



**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΘΕΜΑ**

**Η ΣΙΤΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΣΕ ΤΥΠΙΚΑ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΑ**  
**ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

**SUBJECT: FEEDING AND FEEDING DIFFICULTIES IN TYPICALLY**  
**DENELOPING PRESCHOOL CHILDREN**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Ζησιάδου Χίλντα,**  
**Τσουκούρογλου Βικτώρια**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. Κωτσοπούλου Αγγελική**

**ΠΑΤΡΑ 2010**

## **Ευχαριστούμε θερμά,**

Την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, κα Κωτσοπούλου Αγγελική, για την πολύτιμη συνεργασία και βοήθεια που προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας, καθώς και για το υλικό και τις γνώσεις που προσέφερε παράλληλα με τον πολύτιμο χρόνο της για την σωστή διεξαγωγή της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστούμε θερμά όλη την επιστημονική ομάδα της Εταιρίας Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας – ΕΨΥΠΕΑ (Γκούμα Καλλιόπη, Γυφτογιάννη Μαρία, Τρούπου Αντιγόνη, Γαστεράτος Ανδρέας, Γεωργίου Αναστασία, Γυφτογιάννη Κατερίνα) για τον χρόνο και τις γνώσεις που αφιέρωσαν στην δημιουργία του ερωτηματολογίου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ αφιερώνεται στα σχολεία καθώς και στις νηπιαγωγούς για την προθυμία τους και την βοήθεια που προσέφεραν για την διεξαγωγή της έρευνας. Παράλληλα, ευχαριστούμε θερμά τους γονείς όλων των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα τόσο για την συνεισφορά τους αλλά και για την προθυμία τους να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Χωρίς αυτούς θα ήταν αδύνατη η διεξαγωγή της έρευνας και για αυτό είμαστε απόλυτα ευγνώμονες.

Επίσης, ευχαριστούμε όλους τους καθηγητές και επόπτες κλινικών ασκήσεων για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια, καθώς και για την βοήθεια τους στην υλοποίηση της παρούσας έρευνας.

Για την πολύτιμη συνεργασία του ευχαριστούμε και τον φίλο στατιστικόλόγο, κ. Καποδίστρια Νίκο, για την βοήθεια του στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας καθώς και στους ανθρώπους γύρω μας, για την στήριξη και την βοήθεια τους σε κάθε μας εγχείρημα.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	Σελ:4
Πρόλογος	Σελ:7
Εισαγωγή	Σελ:9
<b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b>	Σελ:13
<b>Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας</b>	Σελ:14
<b>Μέρος Α: Μελέτη της σίτισης</b>	Σελ:14
<input type="checkbox"/> Ορισμός Σίτισης	Σελ:15
<input type="checkbox"/> Ανάπτυξη σίτισης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά	Σελ:15
<input type="checkbox"/> Νευρομυϊκός έλεγχος σίτισης	Σελ:18
<input type="checkbox"/> Διαταραχές σίτισης	Σελ:19
<input type="checkbox"/> Συμπτωματολογία	Σελ:19
<input type="checkbox"/> Αποφυγή και άρνηση τροφής	Σελ:20
<input type="checkbox"/> Αίτια	Σελ:22
<input type="checkbox"/> Αιτιολόγηση ερευνητικού ενδιαφέροντος στη σίτιση	Σελ:22
<input type="checkbox"/> Επιδημιολογικά στοιχεία	Σελ:23
<input type="checkbox"/> Διαταραχές σίτισης και διάφορες διαταραχές (αναπτυξιακές ή επίκτητες)	Σελ:23
<input type="checkbox"/> Διάκριση διαταραχών σίτισης και διατροφικών διαταραχών	Σελ:24
<input type="checkbox"/> Διάκριση διαταραχών σίτισης και κατάποση	Σελ:25
<b>Μέρος Β: Αυτισμός</b>	Σελ:26
<input type="checkbox"/> Ορισμός	Σελ:26
<input type="checkbox"/> Χαρακτηριστικά	Σελ:27
<input type="checkbox"/> Δευτερογενή χαρακτηριστικά	Σελ:27
<input type="checkbox"/> Επιδημιολογία	Σελ:28
<b>Αυτισμός και Διαταραχές σίτισης</b>	Σελ:28
<input type="checkbox"/> Αίτια επιστημονικού ενδιαφέροντος στη σχέση Αυτισμού και Διαταραχών Σίτισης	Σελ:29
<b>Μέρος Γ: Λίγα λόγια για το ερωτηματολόγιο</b>	Σελ:32
<b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></b>	Σελ:33
<b>Μεθοδολογία της Έρευνας</b>	Σελ:34
<b>Υλικό – μέθοδος</b>	Σελ:34
<input type="checkbox"/> Σχεδιασμός της έρευνας	Σελ:34
<input type="checkbox"/> Πληθυσμός – δείγμα	Σελ:34
<input type="checkbox"/> Τόπος και χρόνος έρευνας	Σελ:35
<input type="checkbox"/> Συλλογή δεδομένων	Σελ:35
<input type="checkbox"/> Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων	Σελ:36

<input type="checkbox"/> Ζητήματα βιοηθικής	Σελ:37
<input type="checkbox"/> Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση	Σελ:37
<b>Περιγραφική κατανομή</b>	Σελ:38
<b>Στατιστικές συγκρίσεις</b>	Σελ:38
<b>Κεφάλαιο 3°</b>	Σελ:41
<b>Στατιστική Ανάλυση</b>	Σελ:42
<b>Μέρος Α: Στατιστική Ανάλυση με βάση τον πληθυσμό</b>	Σελ:42
<input type="checkbox"/> Δημογραφικά στοιχεία	Σελ:42
<input type="checkbox"/> Μέρος 1°: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο – Διατροφικές συνήθειες	Σελ:44
<input type="checkbox"/> Μέρος 2°: Ιστορικό	Σελ:63
<input type="checkbox"/> Μέρος 3°: Σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία	Σελ:64
<input type="checkbox"/> Μέρος 4°: Προβλήματα σίτισης και κατάποσης	Σελ:76
<b>Μέρος Β: Στατιστική ανάλυση με βάση την ηλικία</b>	Σελ:91
<input type="checkbox"/> Μέρος 1°: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο – Διατροφικές συνήθειες	Σελ:92
<input type="checkbox"/> Μέρος 4°: Προβλήματα σίτισης και κατάποσης	Σελ:106
<b>Σύνοψη αποτελεσμάτων</b>	Σελ:114
<b>Σύνοψη αποτελεσμάτων με βάση το δείγμα</b>	Σελ:114
<input type="checkbox"/> Μέρος 1°: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο – Διατροφικές συνήθειες	Σελ:114
<input type="checkbox"/> Μέρος 2°: Ιστορικό	Σελ:115
<input type="checkbox"/> Μέρος 3°: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο	Σελ:115
<input type="checkbox"/> Μέρος 4°: Προβλήματα σίτισης και κατάποσης	Σελ:117
<b>Σύνοψη αποτελεσμάτων με βάση την ηλικία</b>	Σελ:119
<input type="checkbox"/> Μέρος 1°: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο – Διατροφικές συνήθειες	Σελ:119
<input type="checkbox"/> Μέρος 4°: Προβλήματα σίτισης και κατάποσης	Σελ:121
<b>Κεφάλαιο 4°</b>	Σελ:122
<input type="checkbox"/> Συζήτηση – Άλλες μελέτες	Σελ:123
<input type="checkbox"/> Συστάσεις	Σελ:133
<input type="checkbox"/> Προτάσεις	Σελ:136
<b>Κεφάλαιο 5°</b>	Σελ:138
<b>Παράρτημα</b>	Σελ:138
<input type="checkbox"/> Πίνακας δεξιοτήτων κίνησης & στοματο - κινητικής ανάπτυξης ανά αναπτυξιακό επίπεδο	Σελ:139
<input type="checkbox"/> Ερωτηματολόγιο Προβλημάτων Σίτισης και Κατάποσης	Σελ:141
<input type="checkbox"/> Στατιστική ανάλυση Κεφαλαίου 2	Σελ:149
<b>Βιβλιογραφία</b>	Σελ:152

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της σίτισης των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών προσχολικής ηλικίας, ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών με αυτά άλλων ερευνών, σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές και κυρίως με τον Αυτισμό.

Διερευνήθηκαν διάφοροι τομείς της σίτισης, όπως οι προτιμήσεις και οι αποστροφές τροφίμων, οι εκδηλώσεις προτιμήσεων και οι αντιδράσεις σε διαφορετικές τροφές, καθώς και η ύπαρξη διαφόρων διαταραχών στην σίτιση και στην κατάποση, που μπορεί να εμφανίζονται στις ηλικίες μεταξύ 2 έως 5 ετών. Παράλληλα, μελετήθηκαν και οι αλλαγές που υφίστανται στους παραπάνω τομείς κατά την ανάπτυξη.

### **Μεθοδολογία**

Για το σκοπό αυτό χορηγήθηκε το «Ερωτηματολόγιο για Προβλήματα Σίτισης και Κατάποσης» σε 110 γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας, τα οποία τηρούσαν όλες τις προϋποθέσεις της παρούσης έρευνας. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ομάδα ερευνητών του Κέντρου Ημέρας για Παιδιά και Εφήβους με Αναπτυξιακές Διαταραχές, με επικεφαλή την δρ. Κωτσοπούλου Αγγελική. Στο ερωτηματολόγιο έγιναν μικρές προσαρμογές μετά από δική μας πιλοτική έρευνα.

### **Αποτελέσματα**

Τα χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν στη στατιστική ανάλυση αφορούσαν: Α) Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο, Β) Ιστορικό, Γ) Σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία και τέλος Δ) Προβλήματα σίτισης. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι : Η πλειοψηφία των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών θήλασε (81,82%), και ότι από την ηλικία των 15 και 18 μηνών αντίστοιχα τα παιδιά έπιναν από το ποτήρι και χρησιμοποιούσαν το κουτάλι.

Τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά αντιδρούσαν συχνά αρνητικά σε διάφορες τροφές και μυρωδιές, αρκετές φορές αρνούσαν να φάνε το φαγητό τους, και πολύ συχνά απέφευγαν τα λαχανικά, τα φρούτα και τα χορταρικά. Επίσης 11,8% εμφάνιζαν συμπτώματα οισοφαγικής παλινδρόμησης με εμετούς και 3,6% έως 6,4% εμφάνιζαν σιελόρροια και βήχα μετά την ηλικία των τριών χρόνων. Το 1 στα 5 παιδιά παρουσίαζε κατά περιόδους προβλήματα κατάποσης κυρίως στο στάδιο της μάσησης, που αποδίδονταν συχνά από τους γονείς στο ότι «βαριόταν να μασήσει»

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι παιδιά με Αυτισμό παρουσιάζουν τις ίδιες συμπεριφορές και δυσκολίες στη σίτιση σε πολύ όμως υψηλότερο βαθμό και με ορισμένες ιδιοσυγκρασιακές εμμονές και στερεοτυπίες.

### **Περιορισμοί /Συστάσεις**

Συνιστάται η χορήγηση του ερωτηματολογίου σε μεγαλύτερο αριθμό παιδιών με μικρότερο εύρος συμπεριλαμβανόμενων ηλικιών.

## **ABSTRACT**

**Aim:** The aim of the present research was the study of feeding in typically developing preschool children for comparison of the results in the future with similar studies in children with developmental disorders, mainly autism.

Different aspects of feeding were studied including preferences of food, denial of certain foods, presence of feeding deficits and the changes in feeding according to age.

### **Methodology**

The “Questionnaire for feeding and Swallowing Difficulties” was administered to 110 parents of typically developing children. This questionnaire was created by the research team of the Day Centre for Children with Developmental Disorders under Dr. Kotsopoulou.

### **Results**

Statistical analysis was performed on data regarding : A: Feeding at the present time. B: Case History C. Feeding during infancy. D. Feeding difficulties.

The results showed: The majority of the children were breast fed (81,8%) and used a spoon for feeding and cup for drinking at 18 and 15 months respectively. They often reacted negatively to different foods and smells. They refused certain foods, and did not like fruit and vegetables. Also, 11,8% showed reflux and vomiting, and 3,6 to 6,4% had drooling and cough after the age of three. Furthermore 1 in 5 children had periodically difficulty with biting and swallowing. The parents attributed problems with mastication to being lazy.

Review of the literature showed that children in the autistic spectrum present with the same behaviors and difficulties in feeding but at much higher frequencies and with idiosyncratic behaviors and stereotypes.

### **Limitations and Recommendations**

We recommend the administration of the questionnaire to larger sample and narrower range of ages.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*«Τι να φάει σήμερα; Γιατί δεν τρώει πολύ; Μήπως δεν το ταΐζω σωστά; Γιατί δεν τρώει το ψάρι; Μήπως δεν μπορεί να μασήσει; Γιατί δεν μπορεί να μασήσει; Τι πρέπει να του δίνω να φάει; Τι δεν πρέπει να του δίνω να φάει; Γιατί δεν θέλει να φάει; Μήπως του δίνω πολύ φαγητό; Μήπως δεν του δίνω πολύ φαγητό;»*

Κάθε γονιός έρχεται, σε κάποια στιγμή, αντιμέτωπος με τα παραπάνω ερωτήματα. Η σίτιση των παιδιών, και ιδιαίτερα αυτών προσχολικής ηλικίας, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα της καθημερινότητας. Ερωτήματα όπως «Τι κάνει να φάει;», «Τι δεν κάνει να φάει;», «Γιατί δεν τρώει το φαγητό του;» κ.τ.λ βασανίζουν κάθε γονέα, που προσπαθεί να σιτίσει το παιδί του σωστά, προβληματίζοντας τον για το αν τελικά πράττει σωστά ή λάθος και εν τέλει για το **τι** κάνει λάθος και **πως** να το διορθώσει.

Θα ακούσει συμβουλές του τύπου «Πείσματα κάνει, ασ' το να πεινάσει λίγο και θα φάει!» ή «Το δικό μου το παιδί δεν το έκανε ποτέ αυτό!!! Μήπως να ρωτήσεις ένα γιατρό;», οι οποίες συχνά οδηγούν σε λάθος συμπεράσματα και μη απαραίτητες ανησυχίες.

Τι ισχύει όμως για την σίτιση των παιδιών προσχολικής ηλικίας; Τι είναι αναμενόμενο να παρουσιάσουν κατά την ανάπτυξη στην διατροφή τους και τι όχι; Πότε ένας γονιός πρέπει να ανησυχήσει;

Αυτά τα ερωτήματα δεν είναι αναπάντητα. Το θέμα έχει διερευνηθεί θεωρητικά σε μεγάλο βαθμό τις περασμένες δεκαετίες. Ερευνητές αναλύουν συμπεριφορές και αντιδράσεις παιδιών κατά τη σίτιση με διάφορες τροφές σε διάφορα αναπτυξιακά στάδια ενώ παρουσιάζονται και διάφορες λίστες με συμβουλές για την αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων. Τι όμως ισχύει από τα παραπάνω;

Ποιά είναι η αναμενόμενη συμπεριφορά ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας κατά τη σίτιση; Τι μπορεί και τι του αρέσει να τρώει; Τι αδυνατεί ή δεν του



αρέσει να τρώει; Τι προβλήματα μπορεί να παρουσιαστούν και ποιά από αυτά είναι άξια ανησυχίας και ποιά όχι;

Με τα παραπάνω ερωτήματα καθώς και με άλλα, σχετικά με την σίτιση παιδιών προσχολικής ηλικίας θα ασχοληθεί η παρακάτω έρευνα. Θα παρουσιάσει εξελικτικά την συμπεριφορά και τις προτιμήσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας, ενώ θα μελετήσει διάφορα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της.

Παράλληλα θα εξεταστούν συγκριτικά οι συμπεριφορές και οι προτιμήσεις που παρουσιάζουν τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη σε σχέση με αυτές που παρουσιάζουν παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, και που αντιμετωπίζουν και καταγράφουν καθημερινά οι ερευνητές της Λογοθεραπείας.

Ο Λογοθεραπευτής, ο οποίος βοηθά στην αντιμετώπιση των διαταραχών της επικοινωνίας και στην μείωση των στερεοτυπικών συμπεριφορών σε αυτά τα παιδιά, θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των διαταραχών σίτισης, όπως και των προβλημάτων κατάποσης (δυσφαγία) που μπορεί να παρουσιάζει ένα παιδί, μαθαίνοντάς του όχι μόνο τεχνικές για τον χειρισμό και κατανάλωση όλων των ειδών των τροφών, αλλά μειώνοντας και τις ασυνήθιστες συμπεριφορές (π.χ κλάμα, κλωτσιές, φτύσιμο του φαγητού). Με αυτό τον τρόπο θα βελτιώσει όχι μόνο την ποιότητα της ζωής του παιδιού και της οικογένειάς του, αλλά θα βοηθήσει και στην αντιμετώπιση των αισθητηριακών προβλημάτων.

Στις παρακάτω σελίδες, θα γίνει η προσπάθεια να αναφερθεί όσο το δυνατόν καλύτερα τι είναι η σίτιση, πως αναπτύσσεται φυσιολογικά και ποιές διαταραχές παρουσιάζει κατά την προσχολική ηλικία όπως καταγράφηκαν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με τυπική ανάπτυξη. Τέλος θα επιχειρηθεί η καταγραφή των ομοιοτήτων και των διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα σε τυπικά παιδιά και σε παιδιά με διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το θέμα της σίτισης και των διαταραχών της καθώς και με τα βασικότερα χαρακτηριστικά και προβλήματα που παρουσιάζονται στην κατάποση, όπως παρατηρούνται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική ανάπτυξη. Ωστόσο, θεωρείται απαραίτητο να προσδιοριστούν κάποιοι βασικοί όροι, ώστε να διαχωριστούν τα όρια μεταξύ αυτών καθώς και οι διαφορές τους.

Ως **σίτιση** ορίζεται η διαδικασία λήψης και αποδοχής της τροφής.

**Κατάποση** ονομάζεται η μεταφορά της στερεής τροφής ή και των υγρών από την στοματική κοιλότητα στο στομάχι.

Ως **διαταραχές σίτισης** ορίζονται οποιαδήποτε προβλήματα μπορεί να έχει ένα παιδί στη λήψη της τροφής με τα χέρια του/της ή με ένα πιρούνι ή κουτάλι. Συμπεριλαμβάνονται επίσης οποιαδήποτε προβλήματα προέρχονται από τυχόν άρνηση λήψης συγκεκριμένων τροφών (συγκεκριμένες υφές, θερμοκρασίες κ.τ.λ.).

Οι διαταραχές κατάποσης ή **δυσφαγία** αφορούν την καθυστερημένη ή λανθασμένη μεταφορά της στερεάς τροφής ή και των υγρών από την στοματική κοιλότητα στο στομάχι.

Η κατάποση χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις: την *στοματική προετοιμασία/μάσηση* (η οποία είναι εκούσια και περιλαμβάνει την πρόσληψη και προετοιμασία – μάσηση της τροφής για την κατάποση), την *στοματική* (η οποία είναι και αυτή εκούσια και περιλαμβάνει την προώθηση του βλωμού στο στοματοφάρυγγα και την έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης), την *φαρυγγική φάση* (η οποία είναι ακούσια και περιλαμβάνει την μεταφορά του βλωμού μέχρι τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα) και την *οισοφαγική φάση* (η οποία είναι επίσης ακούσια και διαρκεί 8 -20 sec. όσο δηλαδή χρειάζεται για να διέλθει ο βλωμός από τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα μέχρι το στομάχι με τη βοήθεια περισταλτικών κυμάτων).

Η σίτιση δεν αποτελεί απλά ένα μέσο πρόσληψης των βασικών συστατικών που χρειάζεται ένας οργανισμός για να επιβιώσει. Αποτελεί την πρωταρχική σχέση μεταξύ νεογνού και μητέρας, εφόσον το νεογνό εξαρτάται απόλυτα για την επιβίωση του από την διατροφική προσφορά της μητέρας.

Η σχέση όμως αυτή αποτελεί και την βάση της «επικοινωνίας» αφού ο τύπος και η ποιότητα των ενεργειών κατά τη σίτιση αντανακλούν την φύση και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ μητέρας και νεογνού και σε άλλα πλαίσια. (Southall & Schwartz, 2002)

Παράλληλα, η σίτιση και ιδιαίτερα η κατάποση αποτελούν πρωτογενείς λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και οποιαδήποτε διαταραχή – είτε οργανική είτε αισθητηριακή – μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και την ποιότητα ζωής του ατόμου με ποικίλους τρόπους.

Ανεπίσημες έρευνες αναφέρουν ότι 25% του πληθυσμού των παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη θα εμφανίσουν κάποιο πρόβλημα σίτισης ή κατάποσης κατά την προσχολική ηλικία (Manikam & Pernam, 2000)

Το ποσοστό αυτό αυξάνεται δραματικά σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές ή σύνδρομα. Σύμφωνα με το Centers for Disease Control and Prevention το 80% του πληθυσμού των παιδιών που εμφανίζει κάποια αναπτυξιακή διαταραχή θα εμφανίσει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα σίτισης. Ιδιαίτερα, οι διαταραχές του φάσματος του Αυτισμού σημειώνουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης προβλημάτων σίτισης.

Ο Αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες εμφανίζεται σε 1 ανά 150 παιδιά. (International autism Epidemiology Network (IAEN).

Πρόκειται για διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή η οποία διαρκεί εφόρου ζωής. Χαρακτηρίζεται από έλλειμμα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, έντονες διαταραχές στο λόγο και την ομιλία, περιορισμένα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες με άκαμπτη σκέψη και φαντασία καθώς και έντονες στερεοτυπικές συμπεριφορές.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ατόμων που εμφανίζουν διαταραχές του φάσματος του Αυτισμού. Καθώς τα αίτια της διαταραχής δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένα – ποικίλουν από γενετικά και περιβαλλοντικά αίτια μέχρι και αίτια προκαλούμενα από διάφορα εμβόλια (MMR) – δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο να βρεθούν οι αιτίες αύξησης του πληθυσμού με Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Δ.Α.Φ.).

Παρόλα αυτά, ερευνητές και θεραπευτές υποστηρίζουν ότι ευθύνεται η καλύτερη ενημέρωση του κόσμου σχετικά με τον Αυτισμό και τους τρόπους αντιμετώπισης του καθώς και η εξέλιξη στην διάγνωση και αντιμετώπιση του, η οποία έχει οδηγήσει σε ολοένα και περισσότερους γονείς να ζητούν βοήθεια και υποστήριξη από διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες.

Το αυξανόμενο ποσοστό ατόμων με Δ.Α.Φ., ενισχύει την ανάγκη για περισσότερες μελέτες διαλεύκανσης των χαρακτηριστικών της διαταραχής, όχι μόνο των πρωτευόντων αλλά και των δευτερευόντων, καθώς και για ανάπτυξη νέων και αποτελεσματικότερων τρόπων αντιμετώπισης και θεραπείας.

Ένα από τα «δευτερεύοντα» προβλήματα που συναντάται συχνά σε άτομα με αναπτυξιακές διαταραχές και Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού, είναι τα προβλήματα σίτισης. Ανεπίσημες αναφορές και έρευνες σε κέντρα θεραπείας και αποκατάστασης στις Η.Π.Α αναφέρουν ότι το 60% των ατόμων με Δ.Α.Φ που ζητούν θεραπευτική παρέμβαση, εμφανίζουν προβλήματα σίτισης σε τέτοιο βαθμό ώστε να χρίζει άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα προβλήματα σίτισης, που παρατηρούνται στα άτομα με Δ.Α.Φ. είναι ποικιλόμορφα και διαφέρουν πολύ στο βαθμό σοβαρότητας από άτομο σε άτομο. Παρόλο που υπάρχουν τα αναμενόμενα αισθητηριακά προβλήματα, δεν υπάρχει κάποια βιβλιογραφία που να μελετά ποιες τροφές δεν δέχεται ένα παιδί, τις αιτίες που δεν τις δέχεται καθώς και αν είναι φυσιολογικό για ένα παιδί, σε κάποιο αναπτυξιακό στάδιο να μην δέχεται κάποια τροφή ή να εμφανίζει κάποια δυσλειτουργία, άσχετα με την ύπαρξη άλλων διαταραχών.

Η παρούσα εργασία, μελετά την συμπεριφορά των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών κατά τη σίτιση, ποια φαγητά προτιμούν και ποια όχι καθώς και πως αυτά τα χαρακτηριστικά αλλάζουν κατά την ανάπτυξη.

Η έρευνα απευθύνεται σε παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη και χωρίς παρουσία οργανικών ή λειτουργικών δυσκολιών στον μηχανισμό της κατάποσης.

Στόχος της εργασίας είναι να ερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών ανά αναπτυξιακό στάδιο, να βρεθούν τυχόν προβλήματα ή ιδιορρυθμίες του μηχανισμού κατάποσης που εμφανίζονται σε παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη καθώς και πότε εμφανίζονται, να αναλυθούν οι προτιμήσεις καθώς και οι αντιδράσεις των παιδιών σε διάφορες τροφές καθώς και να εξεταστεί η διατροφική ανάπτυξη των παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αποσκοπεί να διερευνήσει και να αναλύσει τι είναι αναμενόμενο διατροφικά και λειτουργικά σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο, με μακροπρόθεσμο στόχο τη διαλεύκανση των διατροφικών προτιμήσεων και συμπεριφορών που μπορούν να χαρακτηριστούν ως «μη – φυσιολογικές» και μη αναμενόμενες σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ώστε να γίνουν και οι στόχοι θεραπείας σε παιδιά με διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές και κυρίως με Αυτισμό, όπου όπως αναφέρθηκε, οι δυσκολίες στη σίτιση είναι πάρα πολύ συχνές.

Η καταγραφή της πτυχιακής εργασίας θα ακολουθήσει την εξής σειρά: μετά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στα θέματα της σίτισης και της σίτισης στον Αυτισμό, θα γίνει η περιγραφή της μεθοδολογίας, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, τα αποτελέσματα, η συζήτηση των αποτελεσμάτων με αναφορά σε άλλες μελέτες, οι περιορισμοί της έρευνας μας και τέλος, οι συστάσεις.

# Ω Κεφάλαιο 1° Ω

---

---

# ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

## ΜΕΡΟΣ Α: ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Η τροφή, καθώς και η λήψη αυτής, είναι ένα από τα πιο βασικά στοιχεία πάνω στα οποία στηρίζεται η ανθρώπινη ζωή, καθώς παίζει κεντρικό ρόλο όχι μόνο στην βιολογική ανάπτυξη αλλά και στην κοινωνική.

Οι άνθρωποι καταναλώνουν φαγητό, καθημερινά και πολλές φορές κάθε μέρα, με στόχο την ικανοποίηση των σωματικών – φυσιολογικών αναγκών όσο και συναισθηματικών. Καθώς τα γεύματα μοιράζονται συνήθως με άλλους ανθρώπους αποτελούν και την «καρδιά» των κοινωνικών σχέσεων · κατά τη διάρκεια του γεύματος οι άνθρωποι δημιουργούν οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς όπου εκτός από το φαγητό μοιράζονται γεύσεις, εμπειρίες και κατά συνέπεια απόψεις, προτιμήσεις και αξίες. (Coonihan, 1999)

Δεν είναι τυχαίο άλλωστε, ότι σε παγκόσμιο επίπεδο, άσχετα με την ηλικία, το φύλο, τη θρησκεία, το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι άνθρωποι επιλέγουν να γιορτάσουν τα πιο σημαντικά γεγονότα της ζωής τους (θρησκευτικές και εθνικές εορτές, γάμους, βαφτίσια, γενέθλια κτλ) μέσω γευμάτων. Καθώς η κατανάλωση φαγητού δημιουργεί ένα ευφορικό συναίσθημα, η κοινωνική συνδιαλλαγή κατά τη διάρκεια γευμάτων αποτελεί και τον πιο επιτυχημένο τρόπο δημιουργίας καλών κοινωνικών σχέσεων. (Coonihan, 1999)

Το συγκινησιακό περιεχόμενο της τροφής καθώς και της διαδικασίας λήψης της, δημιουργείται από πολύ νωρίς στη ζωή κάθε ατόμου. Οφείλεται στη πρώτη σχέση που δημιουργεί κάθε άτομο στη ζωή του, αμέσως μετά τη γέννηση του, με τη μητέρα, η οποία είναι η πρώτη που θα προσφέρει στο νεογνό το πιο πολύτιμο συστατικό για την διατήρηση και την ανάπτυξη του: την τροφή, μέσω του θηλασμού.

Έτσι, από τη στιγμή που θα κοπεί ο ομφάλιος λώρος, αρχίζει ανάμεσα στο παιδί και την μητέρα – τροφό μια από τις πιο λεπτές σχέσεις.

Η σίτιση, από εκείνη την στιγμή θα γίνει ο βασικός τρόπος ανάπτυξης, όχι μόνο γιατί προσφέρει όσα χρειάζεται ο οργανισμός για να αναπτυχθεί αλλά γιατί κατά κύριο λόγο, την ώρα της σίτισης το νεογνό γίνεται περισσότερο δεκτικό σε εξωτερικά ερεθίσματα, ανακαλύπτοντας έτσι τον κόσμο, ενώ ταυτόχρονα παίρνει και το αποκορύφωμα της τρυφερότητας που χρειάζεται.

Παράλληλα, η σίτιση αποτελεί και έναν από τους σημαντικότερους δείκτες ανάπτυξης και αυτονομίας του ατόμου, καθώς αποτελεί ορόσημο στη ζωή του ατόμου η στιγμή που θα μπορεί πλέον ανεξάρτητα να τρέφει τον εαυτό του, επηρεάζοντας όχι μόνο την προσωπικότητα αλλά και την πορεία των κοινωνικών σχέσεων.

#### ***✧ Τι ορίζεται όμως σαν σίτιση;***

Ένας γενικευμένος όρος της σίτισης υποστηρίζει ότι πρόκειται για την διαδικασία λήψης και αποδοχής της τροφής. Όμως η σίτιση δεν περιορίζεται στην απλή διαδικασία «βάζω τροφή στο στόμα, μασάω, και καταπίνω». Η σίτιση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία μπορεί να αποτελεί πρόκληση για πολλά άτομα, καθώς απαιτεί την συνεργασία και τον συντονισμό πολλών συστημάτων, ενώ υπάρχουν άπειροι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον στοματοκινητικό έλεγχο και τα πρότυπα σίτισης. (Ernsperger et al,2004)

Βλέποντας, λοιπόν το πόσο πολύτιμη είναι η σίτιση για το άτομο και την ανάπτυξη του καθώς και το πόσοι παράγοντες μπορούν να την επηρεάσουν είτε θετικά είτε αρνητικά, είναι σημαντικό οποιεσδήποτε δυσκολίες ή διαταραχές να αντιμετωπίζονται άμεσα.

#### ***✧ Πως όμως αναπτύσσεται η σίτιση στα παιδιά;***

Η ανάπτυξη των ανεξάρτητων, κοινωνικά αποδεκτών διεργασιών σίτισης ξεκινά από τη γέννηση και εξελίσσεται καθ' όλη την διάρκεια των πρώτων



ετών της παιδικής ηλικίας (Pridham et al,1989). Οι στοματικές αισθητηριοκινητικές δεξιότητες του παιδιού, αναπτύσσονται στα πλαίσια της γενικής νευρολογικής ανάπτυξης, απόκτησης μυϊκού ελέγχου (θέση και στάση), καθώς και της ψυχοκοινωνικής διαφοροποίησης.

Η κατανόηση των προτύπων της φυσιολογικής ανάπτυξης κατά τη σίτιση του βρέφους και του παιδιού, είναι σημαντική για τον καθορισμό ύπαρξης ή όχι κάποιας διαταραχής σίτισης.

Ως στοματοκινητικές δεξιότητες αναφέρονται οι κινήσεις των μυών του στόματος, των χειλιών, της γλώσσας, των παρειών και της γνάθου. Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν τις λειτουργίες απομύζησης (sucking), δαγκώματος (biting), μάσησης (chewing) και γλειψίματος (licking). (Ernsperger et al, 2004)

Για να επιτευχθεί αποτελεσματική σίτιση, είναι απαραίτητο το παιδί να έχει επαρκείς στοματοκινητικές δεξιότητες. Η αναπτυξιακή ετοιμότητα αυτών των δεξιοτήτων καθορίζει πότε ένα παιδί θα μπορέσει να συμπεριλάβει στην διατροφή του στερεές τροφές, διαφορετικές υφές τροφών καθώς και πότε και πώς θα διαφοροποιηθεί η σίτιση. (Ernsperger et al,2004)

Ένα νεογνό (0 – 3 μηνών), εξαρτάται από τον γονέα, όχι μόνο για την σίτιση αλλά και για τον προσδιορισμό της κατάλληλης θέσης για την επίτευξη της. Αρχικά, τα μωρά βρίσκονται σε κεκλιμένη θέση και σε μία πλευρά κατά το θηλασμό. Η θέση αυτή επιτρέπει καλύτερη ευθυγράμμιση της κεφαλής και του σώματος, αποτρέπει περιστατικά πνιγμού ενώ επιτρέπει την ελεύθερη και ακούραστη κίνηση της γλώσσας και της γνάθου.

Στην ηλικία των 4 – 6 μηνών, το παιδί είναι ικανό να καθίσει με στήριξη, έχει καλό έλεγχο της κεφαλής και χρησιμοποιεί ολόκληρο το χέρι για να πιάσει αντικείμενα. Συχνά βάζει τα ρούχα, τα δάχτυλα ή και οτιδήποτε άλλο μπορεί να πιάσει με το στόμα του ώστε να το πιπιλίσει. Η αύξηση του ελέγχου της κεφαλής επιτρέπει την σίτιση σε πιο όρθια στάση (45° έως 90°), ενώ η σίτιση γίνεται 7 ή 8 φορές την ημέρα με 200 – 250 γραμμάρια υγρών τη φορά.

Από τον 7<sup>ο</sup> έως και τον 9<sup>ο</sup> μήνα, το παιδί συνήθως κάθεται σε υπερυψωμένη καρέκλα κατά τη σίτιση, η οποία συνοδεύεται και από επιπλέον ενίσχυση. Σε αυτό το στάδιο της ανάπτυξης, είναι πλέον ικανό να ακολουθεί την τροφή με τα μάτια, ενώ αρχίζει να χρησιμοποιεί τον αντίχειρα και το δείκτη για να πιάνει αντικείμενα, κάτι που του επιτρέπει να αρχίσει να ταΐζει τον εαυτό του με τα χέρια του.

Ανακαλύπτει παιχνίδια και αντικείμενα με τη γλώσσα, τα χείλη και τη γνάθο αυξάνοντας την αντίληψη του σχετικά με το μέγεθος, το σχήμα, την επιφανειακή υφή, τη γεύση και το βάρος. Η διαδικασία αυτή λέγεται διαφοροποιητική στοματοποίηση (discriminative mouthing), η οποία είναι απαραίτητη για την εξοικείωση με αισθητηριακά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι θεμελιώδη στην εισαγωγή των στερεών τροφών στη διατροφή. Με αυτό τον τρόπο το παιδί επεκτείνει την αισθητηριακή συνειδητοποίηση και διαφοροποίηση, μαθαίνει πώς να χειρίζεται μικρότερα κομμάτια φαγητού, και να καταπίνει με ασφάλεια.

Από τον 10<sup>ο</sup> μήνα και έπειτα, τα παιδιά αποκτούν καλό συντονισμό χεριού – ματιού, καθώς μπορούν πλέον να φέρουν το ποτήρι και να βάλουν το κουτάλι στο στόμα τους χωρίς βοήθεια. Όταν φτάσουν στον 12<sup>ο</sup> μήνα είναι πολύ ενθουσιώδη και συμμετέχουν ενεργά κατά την σίτιση. Λόγω της αυξανόμενης ανάγκης για ανεξαρτησία, προσπαθούν να τραφούν μόνο τους με το να προσπαθούν να βάλουν το ποτήρι ή το κουτάλι στο στόμα τους. Η προσπάθεια δεν είναι πάντα πετυχημένη και συνήθως η μισή τροφή καταλήγει πάνω τους ή στο πάτωμα.

Σε ηλικία 13 – 15 μηνών, το νήπιο είναι ικανό να καθίσει μόνο του σε καρέκλα ή σκαμπό ώστε να βρίσκεται σε κατάλληλο ύψος για τη σίτιση. Σε αυτό το στάδιο οι ικανότητες πόσης είναι περισσότερο ανεπτυγμένες, επιτρέποντας την μείωση της ποσότητας που διαφεύγει. Σημειώνεται μεγάλη μείωση των περιστατικών πνιγμού ή βήχα, ενώ οι κινήσεις της γνάθου, των

χειλιών, της γλώσσας και των παρειών έχουν γίνει περισσότερο ακριβείς. Μέχρι τον 15<sup>ο</sup> μήνα το νήπιο μπορεί να ελέγχει σε μεγάλο βαθμό την σιελόρροια.

Από τον 19<sup>ο</sup> και μέχρι τον 24<sup>ο</sup> μήνα, το παιδί έχει αποκτήσει όλες τις βασικές ικανότητες για επιτυχή σίτιση. Δίχρονα παιδιά είναι ικανά να τρώνε αυτόνομα, ενώ τα είδη του φαγητού που καταναλώνονται διαφοροποιούνται πλέον με βάση τις γευστικές προτιμήσεις.

Σε αυτό το στάδιο είναι πλέον εφικτή η μεταφορά τροφής στο διάμεσο της γλώσσας, η γλώσσα μπορεί να καθαρίσει τα χείλη από υπολείμματα, ενώ η πόση από καλαμάκι είναι πλήρως εφικτή και η απώλεια υγρών κατά την πόση πολύ σπάνια.

Το τρίτο έτος ζωής (25 – 36 μηνών) χαρακτηρίζεται από συνεχή βελτίωση των στοματοκινητικών ικανοτήτων σίτισης. Η ανάπτυξη των μόνιμων δοντιών συνοδεύεται από ανάπτυξη τις ακρίβειας των κινήσεων των δομών που συμμετέχουν στη σίτιση εφόσον επιτυγχάνονται πολύ λεπτές κινήσεις, όπως καθαρισμός της περιοχής μεταξύ χειλιών και ούλων με τη γλώσσα κ.α.

Οι δεξιότητες σίτισης καθώς και η στοματοκινητική ανάπτυξη παρατίθενται λεπτομερώς στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος.

#### *✧Νευρομυϊκός έλεγχος της σίτισης*

Η σίτιση όπως και η κατάποση, ως κινητική γνωστική λειτουργία περιλαμβάνει την πρόθεση για κίνηση, την έναρξη, τον προγραμματισμό κίνησης, καθώς και την εκτέλεση και μπορεί να επηρεαστεί από άλλες γνωστικές λειτουργίες όπως η προσοχή, η συναίσθηση, η διαύγεια, η μνήμη κ.λ.π. (Παπαθανασίου, Σημειώσεις 2001).

Πέντε **εγκεφαλικές συζυγίες**, τρίδυμο νεύρο V, προσωπικό νεύρο VII, γλωσσοφαρυγγικό νεύρο IX, πνευμονογαστρικό νεύρο X, υπογλώσσιο νεύρο XII, και 3 – 4 αυχενικά νεύρα, που σχηματίζουν το αυχενικό πλέγμα, είναι αναγκαία για την παροχή προσαγωγών και απαγωγών νευρικών ινών για την

διασφάλιση της λειτουργίας της σίτισης και της κατάποσης. (Bigenzahn & Denk, 2007)

Η πλήρης συνεργασία των κέντρων της κατάποσης με κινητικούς και αισθητικούς πυρήνες των εγκεφαλικών συζυγιών και με εγκεφαλικές νευρικές ίνες θεωρείται σημαντική (Bass & Morrell 1992), εφόσον για να επιτευχθεί ασφαλής σίτιση και κατάποση απαιτείται συντονισμός τους με την λειτουργία της αναπνοής ώστε να αποφευχθούν επικίνδυνες καταστάσεις.

Η ανασκόπηση της ανάπτυξης της αισθητηριακής και στοματοκινητικής ανάπτυξης είναι υψηλής σημασίας καθώς βοηθά στην περαιτέρω κατανόηση των εμπειριών και αντιδράσεων των παιδιών κατά την σίτιση. Ένα παιδί, είναι ικανό να σιτιστεί *μόνο* όταν είναι και αναπτυξιακά έτοιμο.

Η πίεση και ο εξαναγκασμός για δοκιμή νέων τροφών που το παιδί ίσως δεν είναι έτοιμο να χειριστεί, θα οδηγήσει το παιδί να αρνείται το φαγητό και να κάνει ό, τι μπορεί για να αποφύγει την εμπειρία της σίτισης. (Ernsperger et al, 2004)

### ✧ Διαταραχές σίτισης

**Διαταραχή σίτισης** ορίζεται μια κατάσταση κατά την οποία ένα νήπιο ή ένα παιδί αδυνατεί/αρνείται να φάει ή έχει δυσκολία να φάει, η οποία μπορεί να καταλήξει σε συχνές ασθένειες, αδυναμία επίτευξης φυσιολογικής και σωστής ανάπτυξης, ή ακόμη και θάνατο. (Pennstate Childrens' Hospital, On – line discussion, 2004)

Οι διαταραχές σίτισης (feeding disorders) είναι σημαντικό να μην συγχέονται με διατροφικές διαταραχές (eating disorders), όπως η ανορεξία και η βουλιμία, οι οποίες είναι περισσότερο συχνές στην εφηβική και ενήλικη ζωή.

Τα **συμπτώματα** των διαταραχών σίτισης είναι πολλά και περίπλοκα. Ένα παιδί με δυσκολίες σίτισης μπορεί να αρνηθεί ολοκληρωτικά να φάει ή να πει οτιδήποτε, να μην είναι σε θέση να ταΐσει τον εαυτό του στην κατάλληλη ηλικία, να χρειάζεται έναν παράλογα μεγάλο χρονικό διάστημα για

ολοκληρώσει την σίτιση ή να τη διακόπτει χωρίς συγκεκριμένο λόγο, να εμφανίζει συχνά περιστατικά πνιγμού, τάσεις εξεμέσεως ή όντως να κάνει εμετό το φαγητό αφού το φάει.

Επιπλέον παρατηρείται ελλιπής αύξηση βάρους, δυσκολία στο συγχρονισμό της σίτισης και της αναπνοής, ανικανότητα μετάβασης σε πολτοποιημένες τροφές και κατ' επέκταση αδυναμία αποδοχής και επεξεργασίας στερεών τροφών.

Παράλληλα, στις διαταραχές της σίτισης συμπεριλαμβάνονται ανάρμοστες συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των γευμάτων, ή ακαμψία σε σχέση με τις προτιμήσεις των τροφών, δηλαδή επιλογή κατανάλωσης τροφών με ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό - συγκεκριμένο χρώμα, είδος, υφή κτλ.

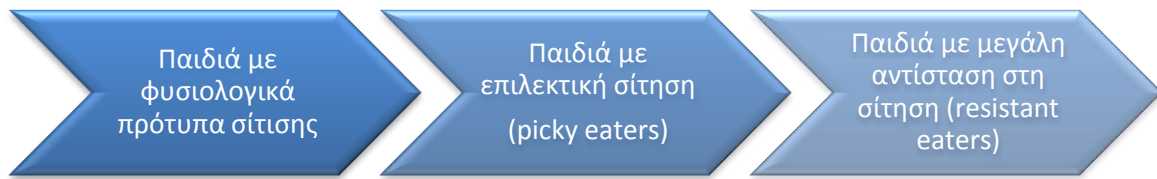
Επειδή τα προβλήματα σίτισης εμφανίζονται σε μικρή ηλικία και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, επηρεάζουν την ανάπτυξη των παιδιών και συνήθως ακολουθούνται από πολλές ασθένειες. Παράλληλα, το παιδί αδυνατεί να ακολουθήσει τα φυσιολογικά στάδια ανάπτυξης, ενώ, σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις, οι διαταραχές της σίτισης μπορεί να καταλήξουν σε θάνατο.

Τέλος, οι διαταραχές σίτισης, εκτός των άλλων, μπορεί να προκαλέσουν και συμπεριφορικά προβλήματα όπως χτυπήματα (hitting), δαγκώματα (biting), κλοτσήματα (kicking), και εμετό (vomiting) κατά τη διάρκεια του γεύματος ως τρόπο πρόκλησης προσοχής.

Τα χαρακτηριστικά των διαταραχών σίτισης, όπως φαίνεται και παραπάνω είναι αρκετά πολύπλοκα. Το βασικότερο χαρακτηριστικό όμως είναι η αποφυγή ή η άρνηση της τροφής.

#### ***✧Πως ορίζεται όμως η αποφυγή και πως η άρνηση της τροφής;***

Επειδή δεν υπάρχει κάποιο διαγνωστικό εργαλείο που να ξεχωρίζει τις κατηγορίες, ερευνητές αποφάσισαν ότι τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (σε σχέση με τα πρότυπα σίτισης) και τα παιδιά με επιλεκτική σίτιση πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να βρίσκονται σε ένα συνεχές σίτισης (eating continuum):



**Συνεχές σίτισης (Eating continuum –Ernsperger et al, 2004)**

Τα παιδιά αναπτύσσουν τις ικανότητες σίτισης καθώς και τις προτιμήσεις στα φαγητά σε διαφορετικούς βαθμούς και διαφορετικά στάδια κατά την παιδική ηλικία. Αυτό συμβαίνει, διότι είναι μια εξελικτική διαδικασία η οποία αλλάζει καθώς το παιδί γίνεται όλο και πιο σίγουρο για τις ικανότητές του.

Πολλά παιδιά ηλικίας δύο έως τριών ετών εμφανίζουν επιλεκτική σίτιση, και αυτό συμβαίνει διότι περνούν μέσω μίας φάσης ανάπτυξης όπου φοβούνται νέα φαγητά. Αυτό σταματά όμως όσο το παιδί μεγαλώνει.

Ως *επιλεκτική σίτιση* (picky eaters) αναφέρεται η κατάσταση κατά την οποία ένα παιδί καταναλώνει λιγότερα από τριάντα είδη τροφών, ενώ τρώει ένα ή περισσότερα τρόφιμα καθώς και από κάθε είδος τροφής. Αν και τα παιδιά με επιλεκτική σίτιση έχουν συγκεκριμένους περιορισμούς και αποστροφές σε ορισμένα φαγητά λαμβάνουν επαρκή αριθμό θερμίδων για την διατήρηση του βάρους αλλά και για την ανάπτυξη τους. (Ernsperger et al, 2004)

Δεν συμβαίνει το ίδιο όμως και με τα *παιδιά που εμφανίζουν μεγάλη αντίσταση στην τροφή* (resistant eaters). Τα παιδιά που εμφανίζουν μεγάλη αντίσταση έχουν σοβαρή αποστροφή προς το φαγητό καθώς και επιπρόσθετα ιατρικά προβλήματα που τα εμποδίζουν από την απόκτηση μιας φυσιολογικής διατροφής.

Τα παιδιά με αυξημένη αντίσταση συνήθως καταναλώνουν λιγότερα από 15 είδη τροφών, τα οποία περιορίζονται και ως προς τις διατροφικές ομάδες. Η εμφάνιση νέων τροφών ακολουθείται τις περισσότερες φορές από άγχος, ξεσπάσματα θυμού, τάση για εμετό ή ενδείξεις επιδείνωσης της υγείας.

Επιμένουν στην κατανάλωση των ίδιων τροφών σε κάθε γεύμα, ενώ για να ενσωματωθεί μια νέα τροφή στο διατροφολόγιο θα πρέπει οπωσδήποτε να παρουσιάζεται με μια τροφή από τις ήδη προτιμώμενες. (Ernsperger et al, 2004)

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι συνήθως συναντάται σε αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο Αυτισμός, το σύνδρομο Asperger ή Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη. Επίσης μπορεί να συνυπάρχει και νοητική καθυστέρηση.

Σε μια απόπειρα ταξινόμησης των διαταραχών σίτισης, οι Tommey et al (2002) ανέφεραν ότι «παιδιά με οργανικά προβλήματα συχνά αναπτύσσουν συμπεριφορικά προβλήματα μετά από πολλαπλές αποτυχημένες προσπάθειες σίτισης, και παιδιά με συμπεριφορικά προβλήματα αναπτύσσουν οργανικές διαταραχές λόγω μακροχρόνιας ελλιπούς διατροφής». Η κατηγοριοποίηση αυτή, ωστόσο δεν έχει υιοθετηθεί και από τον υπόλοιπο επιστημονικό κόσμο.

Υπάρχουν πολλές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να **προκαλέσουν** διαταραχές σίτισης. (Pennstate Childrens' Hospital, On – line discussion, 2004)

Αρχικά, πολλά από τα προβλήματα είχαν αποδοθεί σε ακατάλληλη συμπεριφορά του παιδιού και του γονέα. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι τα αίτια των διαταραχών σίτισης στην παιδική ηλικία είναι αποτέλεσμα κάποιων παθολογικών καταστάσεων, γενετικών ανωμαλιών, αναπτυξιακής καθυστέρησης, αισθητηριακών διαταραχών καθώς και περιβαλλοντικών παραγόντων (Field et al, 2003)

***✧Γιατί όμως οι διαταραχές της σίτισης προκαλούν το επιστημονικό ενδιαφέρον σε τόσο μεγάλο βαθμό;***

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι διαταραχές της σίτισης είναι πολύ επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου, ενώ μειώνουν καταλυτικά την ποιότητα ζωής, γεγονός που κάνει την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους ζήτημα ζωτικής σημασίας (Groher & Crary, 2010)

Παράλληλα, οι διαταραχές σίτισης βρέθηκαν σε ποσοστό 25% του γενικού πληθυσμού, ενώ το ποσοστό αυξάνεται δραματικά ( $\approx 80\%$ ) σε πληθυσμούς με αναπτυξιακές και άλλες διαταραχές (Manikam & Pernam, 2000)

Το αυξημένο αυτό ποσοστό ενισχύει το ενδιαφέρον για την μελέτη της σίτισης και των διαταραχών της, ώστε να διερευνηθούν τα συμπτώματα και οι συνέπειες τους καθώς και περισσότερο αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης τους.

Οι διαταραχές της σίτισης αποτελούν σύμπτωμα διάφορων ιατρικών ή και μη καταστάσεων όπως η προωρότητα, οι αναπνευστικές δυσκολίες, τα προβλήματα στήριξης της κεφαλής και του λαιμού, οι τροφικές αλλεργίες κ.α.

Στην ανασκόπηση όμως των διαταραχών που συνοδεύονται ή προκαλούν διαταραχές στη σίτιση, είναι μεγαλύτερης σημασίας η αναφορά των *αναπτυξιακών ή και μερικών επίκτητων διαταραχών* που τις εμφανίζουν. Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται, όπως προαναφέρθηκε, από πολύ υψηλό ποσοστό εμφάνισης διαταραχών σίτισης (80%), ενώ λόγω της ήδη περίπλοκης κλινικής εικόνας, η διάγνωση και η αντιμετώπιση των διαταραχών σίτισης γίνεται περισσότερο επιτακτική.

Κάποιες από αυτές τις καταστάσεις είναι η οισοφαγική παλινδρόμηση, η εγκεφαλική παράλυση, η εγκεφαλική βλάβη, η σπαστικότητα, η αθέτωση καθώς και το σύνδρομο Down.

Μια από τις αναπτυξιακές διαταραχές που σχετίζεται άμεσα με τις διαταραχές σίτισης είναι οι διαταραχές στην αισθητικότητα.

Οι αισθητηριακές εμπειρίες που αποκτά ένα παιδί μπορεί να έχουν θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις αντίστοιχα, ως προς τις γευστικές προτιμήσεις του παιδιού. Η αισθητηριακή λειτουργία αναφέρεται ως η ικανότητα πρόσληψης πληροφοριών μέσω των αισθήσεων, οργάνωσης των πληροφοριών και δημιουργίας αντιδράσεων στα πλαίσια των εν λόγω πληροφοριών. Η αισθητηριακή διαταραχή είναι μία σύνθετη διαταραχή του εγκεφάλου που επηρεάζει παιδιά και ενήλικες. Άτομα με τις παραπάνω διαταραχές ερμηνεύουν



διαφορετικά καθημερινές αισθητηριακές πληροφορίες. Οι αισθητηριακές διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν αισθητηριακή άμυνα, προβλήματα αισθητηριακού συντονισμού, προβλήματα αισθητηριακής καταχώρησης καθώς και προβλήματα αισθητηριακής ολοκλήρωσης. (Groherb & Crary, 2010)

Οι πιο συχνές μορφές αισθητηριακής εξασθένησης είναι η υπερευαισθησία και υπαισθησία. Η υπερευαισθησία συνήθως εμφανίζεται με αποφυγή συγκεκριμένων τροφών ή ομάδων φαγητών, όπως σκληρών τροφών ή αλεσμένων. Το παιδί συχνά αποφεύγει να λερώσει τα χέρια του, ενώ μπορεί κάνει εμετό κατά την παρουσία, μυρωδιά, γεύση ή και υφή κάποιου συγκεκριμένου φαγητού. Συχνά *αποκαλείται* «*ricky eater*». Αντίθετα το παιδί με υπαισθησία γεμίζει το στόμα του και δεν αντιλαμβάνεται την διαρροή τροφής από το στόμα. Μπορεί να μασά, να γλείφει ή να καταπίνει διάφορα αντικείμενα. Συνήθως προτιμά τροφές με έντονη γεύση (Groherb & Crary, 2010)

Συχνά προβλήματα σίτισης (49% - 89%) εμφανίζουν και τα παιδιά με Αυτισμό, παράλληλα με δυσλειτουργία αισθητηριακής ολοκλήρωσης, της ικανότητας δηλαδή να αισθανθούν, να κατανοήσουν, και να οργανώσουν τις αισθητηριακές πληροφορίες που λαμβάνουν από το σώμα τους και από το εξωτερικό περιβάλλον (Godwin & McKendry, 2006).

#### ***✧ Διαταραχή της σίτισης, διατροφική διαταραχή ή δυσφαγία;***

Οι **διατροφικές διαταραχές** τείνουν να είναι σπάνιες στην πρώιμη παιδική ηλικία (Lask & Bryant-Waugh, 1996) και σχετίζονται με τη διαστρεβλωμένη εικόνα του σώματος και τον φόβο αύξησης του βάρους, χαρακτηριστικά τα οποία απουσιάζουν από τα προβλήματα σίτισης. Τα προβλήματα σίτισης χαρακτηρίζονται από μια ανικανότητα ή άρνηση λήψης ορισμένων τροφών, λόγω φυσιολογικών ή και ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Babbitt et al, 1994).

Τα διαστρεβλωμένα πρότυπα διατροφής μπορεί επίσης να αφορούν ανεπαρκή έως και υπερβολική κατανάλωση τροφής η οποίας όμως στοχεύει στην εξισορρόπηση συναισθηματικών διαταραχών. Συνήθως εμφανίζονται όταν

προϋπάρχει μια ψυχολογική διαταραχή, όπως κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, ψυχαναγκαστική διαταραχή, ΔΕΠΥ κ.α. (Edwards, 2003)

Ενώ οι διατροφικές διαταραχές είναι σπάνιες στα μικρά παιδιά, τα προβλήματα σίτισης εμφανίζονται αρκετά συχνά. Τα περισσότερα παιδιά διανύουν περιόδους άρνησης τροφής και αυτό είναι εντός των ορίων της φυσιολογικής συμπεριφοράς κατά τα πρώτα χρόνια. Με κατάλληλο χειρισμό αυτές οι δυσκολίες συνήθως ξεπερνιούνται. Ωστόσο για μερικά παιδιά αυτό δεν ισχύει. Τα προβλήματα δεν ξεπερνιούνται μόνα τους και σε μερικές περιπτώσεις, χωρίς την παρέμβαση παιδιάτρων, διαιτολόγων, παιδιατρικών νοσηλευτών, λογοθεραπευτών και ψυχολόγων, μπορεί να γίνουν απειλητικά για τη ζωή. (Southall & Schwartz, 2000)

Οι πιο συχνές μορφές των διατροφικών διαταραχών είναι η νευρική ανορεξία, η βουλιμία, μη δυνατόν περιορισίμη διατροφική διαταραχή (binge eating disorder) κ.α.

Η **διαταραχή της κατάποσης** αναφέρεται ως Δυσφαγία (Buchholz ,1996), η οποία μπορεί είτε υπό τη μορφή δυσθρεψίας είτε ως εισρόφηση να είναι απειλητική για τον ασθενή και την ζωή του. Πιο συγκεκριμένα δυσφαγία είναι η καθυστέρηση ή εσφαλμένη κατεύθυνση του υγρού ή στερεού βλωμού τροφής από το στόμα στο στομάχι (Cray & Groher, 2003). Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες στις Η.Π.Α. 15 εκατομμύρια Αμερικανών, 6-7% του πληθυσμού, πάσχουν από διαταραχές κατάποσης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η επιστημονική ενασχόληση με τη δυσφαγία να έχει σαφώς αυξηθεί στις Η.Π.Α καθώς και στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια. Οι διαταραχές της κατάποσης εκτός από τους ενήλικες μπορούν να εμφανιστούν και σε παιδιά, από την πρώιμη βρεφική ηλικία. Οι παιδικές δυσφαγίες μπορεί να είναι χρόνιες σταθερές ή χρόνιες εξελισσόμενες (Bigenzahn & Denk, 2007).

Η παρούσα εργασία θα ασχοληθεί με την σίτιση και τις διαταραχές της όπως αυτές εμφανίζονται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική ανάπτυξη.

Παράλληλα, θα γίνει προσέγγιση και σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσης έρευνας με αντίστοιχα στοιχεία που αφορούν την αναπτυξιακή διαταραχή του Αυτισμού, η αιτιολόγηση της οποίας ακολουθεί παρακάτω.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αν και η παρούσα εργασία αναφέρεται και εξετάζει ένα μικρό μέρος των διαταραχών της κατάποσης, *δεν* θα υπάρξει εκτεταμένη αναφορά, αιτιολόγηση ή χρήση στα επόμενα κεφάλαια της εργασίας.

Οι λόγοι που οδήγησαν σε μια τέτοια απόφαση, είναι διότι οι διαταραχές της σίτισης εμφανίζονται σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού με φυσιολογική ανάπτυξη (25%) καθώς και του πληθυσμού με κάποια διαταραχή (80%) σε σχέση με τις διαταραχές της κατάποσης ( 6 – 7% και 18% αντίστοιχα).

Παράλληλα το αντικείμενο της δυσφαγίας έχει εκτεταμένη ερευνητική βιβλιογραφία και ως προς τη συμπτωματολογία αλλά και ως προς τη διάγνωση και την θεραπεία, κάτι που δυστυχώς δεν συμβαίνει και στο αντικείμενο των διαταραχών σίτισης.

## **Μέρος Β: Αυτισμός**

Ο **Αυτισμός** είναι μια αρκετά περίπλοκη διαταραχή η οποία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τον κόσμο που το περιβάλλει και αλληλεπιδρά με αυτόν, χωρίς να επηρεάζει την εξωτερική του εμφάνιση. (Lennard – Brown S.,2004)

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών: DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV,2000) για να γίνει διάγνωση Αυτισμού ή Αυτιστικής Διαταραχής ένα άτομο πρέπει να εμφανίζει τρία **βασικά χαρακτηριστικά** ή όπως αναφέρεται από τον επιστημονικό κόσμο την *τριάδα των διαταραχών του Αυτισμού*:

- 1) Ποιοτική ανεπάρκεια στην κοινωνική αλληλεπίδραση (μη λεκτικές συμπεριφορές, εκφράσεις προσώπου, στάσης σώματος, έλλειψη αυθορμητισμού, έλλειψη κοινωνικής ή συναισθηματικής αμοιβαιότητας κ.α.)
- 2) Ποιοτική υποβάθμιση της επικοινωνίας (καθυστέρηση, ή παντελή έλλειψη της ανάπτυξης της προφορικής γλώσσας χωρίς προσπάθεια αντιστάθμισης μέσω εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας, - σε άτομα με επαρκή ομιλία – ένδειξη διαταραχής στην ικανότητα να ξεκινήσει ή να διατηρήσει μια συνομιλία με άλλους, στερεότυπη και επαναλαμβανόμενη χρήση της γλώσσας ή ιδιοσυγκρασιακής γλώσσας, και έλλειψη ποικίλων, αυθόρμητων «προσποιητών παιχνιδιών» (make – believe play) ή κοινωνικά μιμητικού παιχνιδιού κατάλληλο για το αντίστοιχο αναπτυξιακό επίπεδο)
- 3) Περιορισμένα επαναλαμβανόμενα και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες (άκαμπτη προσκόλληση σε συγκεκριμένες, μη λειτουργικές ρουτίνες ή τελετουργίες, στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες ιδιομορφίες σωματικών κινήσεων (π.χ. το χέρι ή το δάχτυλο χτύπημα ή συστροφή, ή περίπλοκες κινήσεις του σώματος συνολικά), επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων κ.α.)

Ο Αυτισμός, παρ' όλα αυτά, δεν πρέπει να θεωρείται μια στατική κατάσταση. Πρόκειται για μια διαταραχή που επηρεάζει ολόκληρη τη νοητική ανάπτυξη και τα συμπτώματα που εμφανίζονται διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και από ένα αναπτυξιακό επίπεδο σε άλλο. (Frith, 1992)

Στη διαφορετικότητα της κλινικής εικόνας, συμβάλλει και η ύπαρξη **δευτερογενών συμπτωμάτων**, ανεξάρτητων από την διάγνωση και την ύπαρξη της τριάδας των διαταραχών.

Θα έλεγε κανείς ότι είναι αδύνατο να προσδιοριστεί ο ακριβής αριθμός των αυτιστικών ατόμων, εφόσον δεν είναι πλήρως γνωστή η φύση του

Αυτισμού. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει. Οι πληθυσμιακές έρευνες βασίζονται σε συγκεκριμένα συμπεριφορικά κριτήρια. (Frith, 1992)

Ο Αυτισμός θεωρείται από τις πιο βαριές εξελικτικές διαταραχές. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ανεξήγητη αύξηση στον αριθμό των παιδιών που παρουσιάζουν την εν λόγω διαταραχή ή στοιχεία της. (Βάρβογλη, 2007)

Σύμφωνα με το Διεθνές Δίκτυο Επιδημιολογίας Αυτισμού (International Autism Epidemiology Network – IAEN) και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) 1 στα 150 παιδιά στις Η.Π.Α εμφανίζει χαρακτηριστικά Αυτισμού, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο εκτιμάται ότι η αναλογία είναι 1- 2 ανά 1.000 παιδιά. Ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο αν πρόκειται για πραγματική αύξηση των περιστατικών Αυτισμού ή αν η αύξηση αυτή οφείλεται στην σταδιακή αποσαφήνιση των χαρακτηριστικών του Αυτισμού, της γνώσης που προσφέρεται πλέον στους γονείς καθώς και των διαγνωστικών εργαλείων που υπάρχουν πλέον για την ανίχνευση του.

Σημαντικό επίσης, είναι το γεγονός ότι ολοένα και περισσότεροι γονείς ζητούν βοήθεια από τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, ενώ ανεπίσημες πηγές αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αποτελούν περιστατικά με ελαφριές μορφές Αυτισμού με αυξημένη ανάγκη βοήθειας στην αντιμετώπιση των δευτερέων συμπτωμάτων της διαταραχής.

### **Αυτισμός και Διαταραχές Σίτισης**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο Αυτισμός είναι μια σοβαρή νευρο – αναπτυξιακή διαταραχή (Nicolson & Szatmari, 2003), με ετερογενή παρουσίαση συμπτωμάτων (Appelgate, Matson, & Cherry, 1999; Matson, 2007a, 2007b; Matson et al., 1996; Matson, Nebel-Schwalm, & Matson, 2007). Επιπρόσθετα, οι δυσκολίες διαρκούν εφ’ όρου ζωής, ενώ τα συμπτώματα περνούν από διάφορους βαθμούς κορύφωσης και

εξασθένησης. (Cherry, Matson, & Paclawskyj, 1997; Landa, 2008; Matson, LoVullo, Boisjoli, & Gonzalez, 2008).

*Γιατί όμως, η συσχέτιση του Αυτισμού και των Διαταραχών Σίτισης προσελκύει τόσο επιστημονικό ενδιαφέρον; Επίσης, γιατί οι διαταραχές σίτισης ελκύουν περισσότερο ενδιαφέρον σε σχέση με τον Αυτισμό από ότι οι διαταραχές κατάποσης – Δυσφαγία;*

Ερευνητές ανακάλυψαν ότι συνυπάρχουσες καταστάσεις όπως Νοητική Καθυστέρηση, Συναισθηματικές Διαταραχές καθώς και διαφοροποιημένες συμπεριφορές εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα με Αυτισμό ή Δ.Α.Φ. από ότι σε άτομα με φυσιολογική ανάπτυξη. (Coe et al., 1999; Duncan, Matson, Bamburg, Cherry, & Buckley, 1999; Matson & Mayville, 2001; Matson et al., 1999; Paclawskyj, Matson, Rush, Smalls, & Vollmer, 2007; Rojahn, Aman, Matson, & Mayville, 2003).

Ένα από τα πιο σοβαρά επιπρόσθετα προβλήματα στον Αυτισμό, είναι οι Διαταραχές Σίτισης (Matson, Kiely, & Bamburg, 1997; Matson & Kuhn, 2001). Οι διαταραχές αυτού του τύπου εμφανίζονται σύμφωνα με ανεπίσημες έρευνες σε ποσοστό 46% - 89% του πληθυσμού των ατόμων με Αυτισμό (Comish, 1998; Ahearn, Castine et al, 2001; Bowers, 2002; Comish, 2001, Collins et al, 2003; Field et al, 2003; Schreck et al, 2004), σε αντίθεση με τις Διαταραχές Κατάποσης – Δυσφαγία, στην οποία εμφανίζεται στο 15% του αντίστοιχου πληθυσμού (Joanne Barratt & Victoria Ogle, 2010). Τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία ενισχύουν το επιστημονικό ενδιαφέρον προς την διερεύνηση των Διαταραχών Σίτισης παρά των Διαταραχών Κατάποσης.

Τα προβλήματα σίτισης, είτε στο σύνολο τους είτε μεμονωμένα, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά ιατρικά προβλήματα, όπως εισρόφηση, ενώ μπορεί να επέλθει και θάνατος σε περιπτώσεις πνιγμού. Επιπρόσθετα, τυχόν προσπάθειες παρεμπόδισης του ατόμου να εμφανίσει τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα, αυτό – τραυματισμό και αδυναμία συμμόρφωσης.

Πολλοί γονείς παιδιών με Αυτισμό ή με Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού, αναφέρουν συνεχώς δυσκολίες κατά την σίτιση των παιδιών τους, ενώ ταυτόχρονα μη επίσημες έρευνες αναφέρουν ότι έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των γονιών που ζητούν από τους επαγγελματίες της υγείας βοήθεια για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της σίτισης.

Παράλληλα, οι περισσότεροι θεραπευτές καθώς και τα βασικότερα διαγνωστικά εργαλεία (American Psychiatric Association, 1994) συμφωνούν, με τους γονείς ότι τα προβλήματα στη σίτιση αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα της καθημερινότητας για αυτά τα παιδιά. Υπάρχουν ανέκδοτες αναφορές και εκθέσεις γονέων και θεραπευτών, στις οποίες περιγράφονται προτιμήσεις σε σχέση με την γεύση ή την υφή (π.χ. κατανάλωση μόνο τραγανών ή αλμυρών τροφών), ενώ παρουσιάζονται ιδιοσυγκρασιακές συμπεριφορές (πόση μόνο από μπιμπερό ή ειδικών ποτηριών). Δυστυχώς, όμως, δεν υπάρχει κάποια έρευνα που να μελετά *ποία* προβλήματα σίτισης συγκεκριμένα εμφανίζουν αυτά τα παιδιά. (Schrech & Williams, 2004)

Παρόλο που θεραπευτές και γονείς δέχονται πλήρως ότι τα παιδιά με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα σίτισης σε σχέση με τα παιδιά αντίστοιχης ηλικίας με φυσιολογική ανάπτυξη, δεν υπάρχουν πολλές πληροφορίες σε σχέση με ποια χαρακτηριστικά τροφών είναι αποδεκτά από αυτά τα παιδιά, καθώς και ποιοι παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση προβλημάτων σίτισης.

Ενώ λοιπόν, τα τελευταία χρόνια σημειώνεται ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών σχετικών με τον Αυτισμό ή με τις Δ.Α.Φ., ένα πολύ μικρό ποσοστό αυτών ασχολείται με τα προβλήματα σίτισης που σημειώνονται σε αυτόν τον πληθυσμό (Ledford & Gust, 2006).

Μια έρευνα με σκοπό την μελέτη των χαρακτηριστικών των τροφών που προτιμούν ή αποφεύγουν τα άτομα με Αυτισμό θα προσέφερε πολύτιμες πληροφορίες σε θεραπευτές και γονείς, διευκολύνοντας όχι μόνο την καθημερινότητα αλλά και την θεραπευτική παρέμβαση σε τέτοιου είδους

διαταραχές. Παράλληλα, θα εφησύχαζε αρκετούς από τους φόβους των γονέων καθώς θα εξηγούσε ποιες δυσκολίες στην σίτιση απαιτούν προσοχής και ποιες όχι.

Για να είναι δυνατή όμως η εύρεση τέτοιων πληροφοριών, απαιτείται πρωτίστως η γνώση των προτιμήσεων και των διαταραχών κατά την σίτιση σε παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη, ώστε να είναι εφικτή η επίτευξη μιας έγκυρης σύγκρισης μεταξύ των προτιμήσεων και των διαταραχών στη σίτιση μεταξύ των δύο πληθυσμών – παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη και παιδιά με Αυτισμό – ώστε να εξαχθούν έγκυρα αποτελέσματα.

Στόχος, λοιπόν, αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση των προτιμήσεων και διαταραχών που εμφανίζονται κατά την σίτιση σε παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη.



## Μέρος Γ: Λίγα λόγια για το ερωτηματολόγιο

Για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε να δημιουργηθεί ένα νέο ερωτηματολόγιο για την σίτιση και τις διαταραχές της σε φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Το ερωτηματολόγιο, με τίτλο «Ερωτηματολόγιο για προβλήματα Σίτισης και Κατάποσης» σχεδιάστηκε κατάλληλα από την ομάδα επιστημών του Κέντρου Ημέρας για Παιδιά με Δυσκολίες στην Επικοινωνία της Εταιρίας Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας – ΕΨΥΠΕΑ, υπό την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας Κα. Κωτσοπούλου Αγγελική.

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου έγινε με βάση τα πιο έγκυρα σύγχρονα συγγράμματα πάνω στην σίτιση και την κατάποση, ενώ συμπεριλήφθηκαν πληροφορίες από πρόσφατα σχετικά συνέδρια καθώς και σημειώσεως των καθηγητών του τμήματος της Λογοθεραπείας.

Συγκεκριμένα, η σύνταξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε:

- Σεμινάριο Δυσφαγίας «Αξιολόγηση και θεραπεία των διαταραχών κατάποσης», Βασικές έννοιες στην αντιμετώπιση ασθενών με δυσφαγία: Μια προσέγγιση βασισμένη στη γνώση και στην κλινική έρευνα, Jeri A. Logemann, Ph.D., CCC-SLP, BRS-S
- «Σημειώσεις Κατάποσης» (Δρ. Ηλίας Παπαθανασίου & Πατρίτσια Γιαννίκα)
- Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες Αιτιολογία, Κλινική Εικόνα και θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης, Wolfgang Bigenzahn, Doris Maria Denk, 2007, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
- Σημειώσεις για το μάθημα "Διαταραχές της Κατάποσης-Δυσφαγία" (Δρ. Μαρία Καμπανάρου).

## ⌘ Κεφάλαιο 2° ⌘

---

---

# ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

## Υλικό – Μέθοδος

### ❖ Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος της έρευνας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας που υποστηρίζει ότι περιγράφονται οι μεταβλητές και ομάδες ατόμων συγκρίνονται με κάποια μεταβλητή (Σαχίνη – Καρδάση 2000)

### ❖ Πληθυσμός – Δείγμα

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο σχεδιάστηκε κατάλληλα από την ομάδα επιστημών του Κέντρου Ημέρας για Παιδιά με Δυσκολίες στην Επικοινωνία της Εταιρίας Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας – ΕΨΥΠΕΑ, υπό την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας Κα. Κωτσοπούλου Αγγελική.

Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε 110 παιδιά (53 αγόρια και 57 κορίτσια) προσχολικής ηλικίας 2;0 – 4;11 ετών.

Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από την καταγωγή, την κοινωνική, την οικονομική καθώς και την οικογενειακή κατάσταση.

Το όργανο της μέτρησης ήταν γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 43 ερωτήσεις χωρισμένες σε 4 κατηγορίες: Α. Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο, Β. Ιστορικό, Γ. Σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία και Δ. Προβλήματα σίτισης και κατάποσης. Από τις ερωτήσεις, 6 ήταν ανοιχτού τύπου, 24 διχοτομικές (Ναι – Όχι) και οι υπόλοιπες 13 εναλλακτικών απαντήσεων.

### ❖ Τόπος και Χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν από τον Νοέμβρη του 2009 έως και τον Μάρτη του 2010. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους εξής παιδικούς σταθμούς τη Αττικής:

- Ε' Δημόσιος Βρεφονηπιακός σταθμός Αλίμου Αττικής
- Β' Δημόσιος Παιδικός Σταθμός Π. Φαλήρου Αττικής
- Ιδιωτικός Παιδικός Σταθμός «Τα καινούργια μπαλόνια» Π. Φαλήρου Αττικής
- Ιδιωτικός Παιδικός Σταθμός «Παραμυθένιο σπιτάκι» Αγ. Δημητρίου Αττικής
- 17<sup>ο</sup> Δημόσιο Νηπιαγωγείο Κερατσινίου
- 7<sup>ο</sup> Δημόσιο Νηπιαγωγείο Κερατσινίου
- 1<sup>ο</sup> Δημόσιο Νηπιαγωγείο Νίκαιας

### ❖ Συλλογή Δεδομένων

Το περιεχόμενο και η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Το διάστημα Νοέμβρη – Δεκέμβρη 2009 χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή πιλοτικής έρευνας ώστε να διαπιστωθεί η ευκρίνεια και η καταλληλότητα των ερωτήσεων καθώς και για να διαπιστωθούν τυχών ελλείψεις.

Για την πιλοτική έρευνα μοιράστηκαν 50 ερωτηματολόγια σε γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας 2;0 – 5;11. Από το σύνολο των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν επιστράφηκαν μόνο 30. Τα αποτελέσματα έδειξαν επιτακτική ανάγκη απλοποίησης των ερωτήσεων καθώς και χρήση επεξηγήσεων για την μέγιστη κατανόηση των ερωτήσεων από τους γονείς.

Επίσης, αφαιρέθηκαν οι δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούσαν το φύλο του γονέα καθώς και το μορφωτικό του επίπεδο διότι προκάλεσαν αρνητικές αντιδράσεις από ορισμένους γονείς.

Βαθύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε απαραίτητη τη μείωση του φάσματος των ηλικιών του δείγματος από 2;0 – 5;11 σε 2;0 – 4;11 διότι οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια που αφορούσαν παιδιά μεγαλύτερα των 4<sup>ων</sup> ετών ήταν ιδιαίτερα γενικευμένες και αόριστες κάτι που θα οδηγούσε σε αλλοίωση των αποτελεσμάτων.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για την επίσημη έρευνα μοιράστηκαν στους γονείς από τις νηπιαγωγούς παρουσία των φοιτητριών. Κατά την παρουσίαση του ερωτηματολογίου στους γονείς, επισημάνθηκε ο στόχος και η λειτουργία του ερωτηματολογίου, καθώς και η τήρηση της ανωνυμίας του κάθε ερωτώμενου τόσο σε επίπεδο ονόματος – αφού συμπλήρωναν μόνο τα αρχικά – όσο και όλων των προσωπικών πληροφοριών που μπορεί να αναφέρονταν.

Παράλληλα, υπήρξε και προσωπική συζήτηση με τους γονείς όπου δόθηκαν περαιτέρω εξηγήσεις ενώ υπογραμμίστηκε η διαθεσιμότητα των φοιτητριών για οποιαδήποτε απορία ή πρόβλημα παρουσιαστεί.

Οι ερωτώμενοι μπορούσαν να απαντήσουν όσες και όποιες ερωτήσεις ήθελαν.

Τα ερωτηματολόγια επιστρέφονταν κατά μέσο όρο μετά από 10 ημέρες.

#### ❖ Κριτήρια Εισαγωγής και Αποκλεισμού Δεδομένων

Το βασικό κριτήριο εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- Παιδιά προσχολικής ηλικίας 2;0 – 4;11 ετών

Τα κριτήρια αποκλεισμού δεδομένων ήταν:

- Παιδιά μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας
- Παιδιά με αναπτυξιακές ή διάχυτες διαταραχές
- Παιδιά με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Παιδιά με κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες - σχιστίες
- Παιδιά με αναπτυξιακά σύνδρομα

Ερωτηματολόγια με ελάχιστο αριθμό συμπληρωμένων απαντήσεων

Τελικά από τα 130 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, 110 ήταν εκείνα που τηρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηματολογίων που απορρίφθηκε αφορούσε ανεπαρκή αριθμό συμπληρωμένων ερωτήσεων.

#### ❖ Ζητήματα Βιοηθικής

Για την εξασφάλιση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, ακολουθήθηκε πιστά ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947) καθώς και της διακήρυξης του Ελσίνκι (1964) για την διασφάλιση και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υπό κάθε μορφή έρευνας που μπορεί να διεξάγει κανείς, εξασφαλίζοντας ότι το άτομο έχει συναινέσει στην διεξαγωγή της έρευνας, έχει ελεύθερο το δικαίωμα της επιλογής, κατανοεί τις θεωρητικές και πρακτικές παραμέτρους της έρευνας, καθώς και ότι δεν θα υποστεί καμία βλάβη – σωματική, πνευματική ή/και συναισθηματική ενώ διατηρείται πλήρη διαφάνεια, ανωνυμία, εχεμύθεια και αυτοδιάθεση.

Για το λόγο αυτό, εκτός από την ενημέρωση που γινόταν κατά την παράδοση των ερωτηματολογίων στους γονείς, υπήρχε επισύναψη στο ερωτηματολόγιο που εξηγούσε το στόχο και τη λειτουργία του ερωτηματολογίου, τον φορέα της έρευνας – σχολή φοίτησης καθώς και την διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων.

Η επισύναψη παρατίθεται αναλυτικά μαζί με το ερωτηματολόγιο της έρευνας στο Παράρτημα αυτής της εργασίας.

#### ❖ Κωδικοποίηση και Στατιστική ανάλυση

Οι απαντήσεις κάθε ερώτησης κατηγοριοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με το πλήθος των δυνατών απαντήσεων. Τα δεδομένα εισήχθησαν σε πρόγραμμα ανάλυσης σε ηλεκτρονικό υπολογιστή όπου κάθε μία από τις μεταβλητές εκπροσωπούσε και μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή και στατιστική ανάλυση των δεδομένων σε ηλεκτρονικό υπολογιστή είναι το SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

### **A. Περιγραφική Κατανομή**

Τα αποτελέσματα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια εισήχθησαν σε πίνακες στους οποίους αναγράφεται το όνομα της μεταβλητής η οποία αντιστοιχείται σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και οι εξεταζόμενες ομάδες ηλικιών ενώ ακολουθούν και τα σύνολα των απαντήσεων.

Οι ποιοτικές τυχαίες μεταβλητές του ερωτηματολογίου είναι διχοτομικές με τιμές μηδέν και ένα όπως η τυχαία μεταβλητή φύλο, μεταβλητές των οποίων οι απαντήσεις είναι «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ». Οι ποιοτικές μεταβλητές δεν λαμβάνουν αριθμητική τιμή.

Οι κατηγορικές τυχαίες μεταβλητές παίρνουν τιμές περισσότερες από δύο. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ερωτήσεις με δυνατότητα απαντήσεων σε κλίμακα (π.χ. λίγο, μέτρια, πολύ, πάρα πολύ, κ.τ.λ.).

Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν υπάρχουν συνεχείς μεταβλητές.

### **B. Στατιστικές Συγκρίσεις**

Οι μέθοδοι της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη του δείγματος είναι οι ακόλουθοι:

- Περιγραφικά μέτρα (μέση τιμή, διακύμανση, τυπική απόκλιση).
- Πίνακες συνάφειας (crosstabulation).
- Έλεγχοι ανεξαρτησίας ( τεστ ανεξαρτησίας).
- Διαγράμματα (piecharts, barcharts).

Για να είναι δυνατή η διαπίστωση σε ορισμένες κατηγορίες, δόθηκαν απαντήσεις οι οποίες διαφοροποιούνται σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, και χρησιμοποιήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου, πινάκες δηλαδή που

συνδυάζονται οι απαντήσεις σε δύο ερωτήσεις. Με αυτό τον τρόπο, βρίσκεται ο αριθμός και το ποσοστό στο σύνολο των απαντήσεων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε κατά την ανάλυση των δεδομένων για τον έλεγχο τυχών διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων είναι ο έλεγχος Ανεξαρτησίας  $\chi^2$ .

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας ανήκει στην κατηγορία των μη παραμετρικών ελέγχων και ακολουθεί την κλασική μεθοδολογία ελέγχου ανεξαρτησίας θέτοντας δύο υποθέσεις ( $H_0$  και  $H_1$ ).

Ο λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε το τεστ ανεξαρτησίας είναι διότι αποτελεί την καταλληλότερη μέθοδο ώστε να εξεταστεί κατά πόσο επηρεάζονται οι προτιμήσεις, οι δυσκολίες κ.τ.λ. που εμφανίζει ένα παιδί προσχολικής ηλικίας κατά τη σίτιση και την κατάποση με την πάροδο του χρόνου. Κοινώς, επαληθεύεται αν υφίσταται σχέση ανάμεσα στην ανάπτυξη της σίτισης και της πάροδος του χρόνου, στα πλαίσια της προσχολικής ηλικίας.

Το τεστ ανεξαρτησίας αποτελείται από δύο πίνακες, οι τιμές των οποίων φανερώνουν αν οι δύο υπό εξέταση μεταβλητές παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική σχέση.

Οι γραμμές του πρώτου πίνακα αντιπροσωπεύουν όλες τις κατηγορίες της πρώτης υπό εξέταση μεταβλητής και οι στήλες όλες τις κατηγορίες της δεύτερης υπό εξέταση μεταβλητής. Για να διαπιστώσουμε το βαθμό της σχέσης ανάμεσα στις δύο μεταβλητές χρησιμοποιείται η τιμή του ελέγχου του Pearson. Η τιμή αυτή καθορίζει αν οι δύο μεταβλητές έχουν κάποια σχέση ή είναι ανεξάρτητες.

Κατά την στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, οι διαφορές και οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σωστές και βάσιμες μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0,05$ . Η πιθανότητα αυτή για κάθε μεταβλητή είναι διαφορετική, και βρίσκεται σε κάθε ένα έλεγχο.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο στατιστικής ανάλυσης SPSS 17 για το λειτουργικό σύστημα Windows XP/Vista/7.



Τα αποτελέσματα που εξήλθαν από την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν και για την εξαγωγή συμπερασμάτων τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στο Κεφάλαιο 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## ⌘ Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> ⌘

---

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

### Μέρος Α:

#### Στατιστική ανάλυση με βάση τον πληθυσμό

##### ❖ Ηλικία:

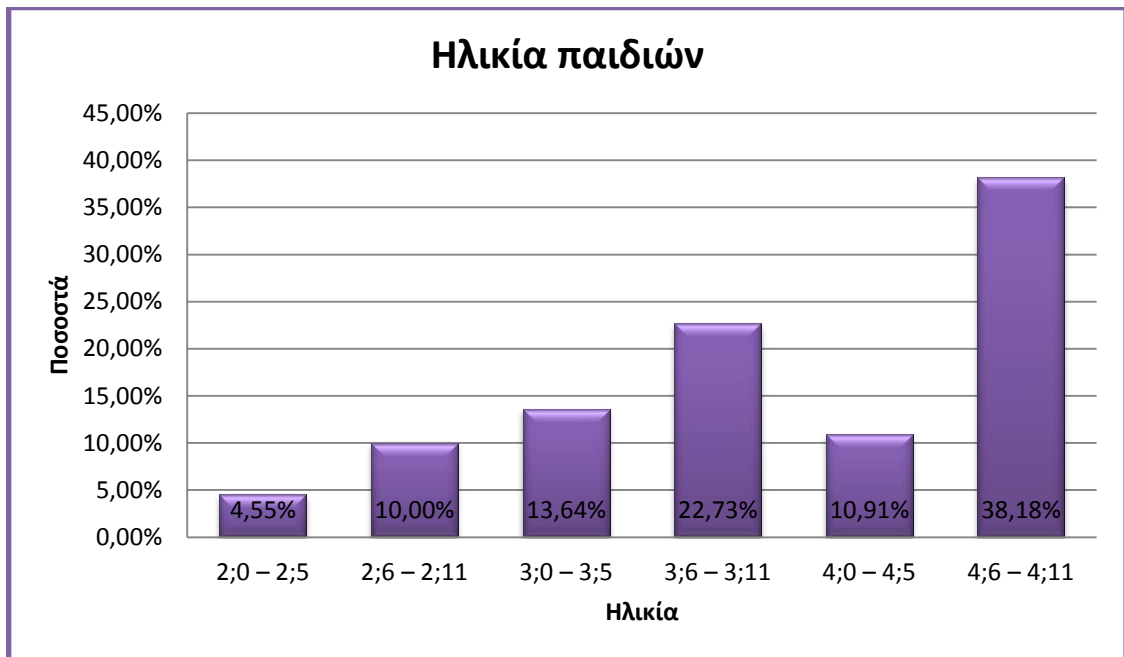
Από τα 110 παιδιά προσχολικής ηλικίας που συμμετείχαν στην έρευνα με θέμα τη σίτιση και τα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν, το 38.5% είναι παιδιά ηλικίας από 4.6 έως 4.11 ετών. Το 22.7% είναι παιδιά ηλικίας από 3.6 έως 3.11 ετών, το 13.6% από 3 έως 3.5 ετών, το 10.9% από 4 έως 4.5 ετών, το 10% ηλικίας από 2.6 έως 2.11 ετών, ενώ τέλος μόλις το 4.5% είναι παιδιά ηλικίας από 2 έως 2.5 ετών.

Πίνακας 1: Κατανομή δείγματος ανά ηλικία παιδιών

	Ηλικία		
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
2;0 - 2;5	5	4,5	4,5
2;6 - 2;11	11	10,0	14,5
3;0 - 3;5	15	13,6	28,2
3;6 - 3;11	25	22,7	50,9
4;0 - 4;5	12	10,9	61,8
4;6 - 4;11	42	38,2	100,0
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 1.

**Διάγραμμα 1: Κατανομή δείγματος ανά ηλικία παιδιών**



❖ **Φύλο:**

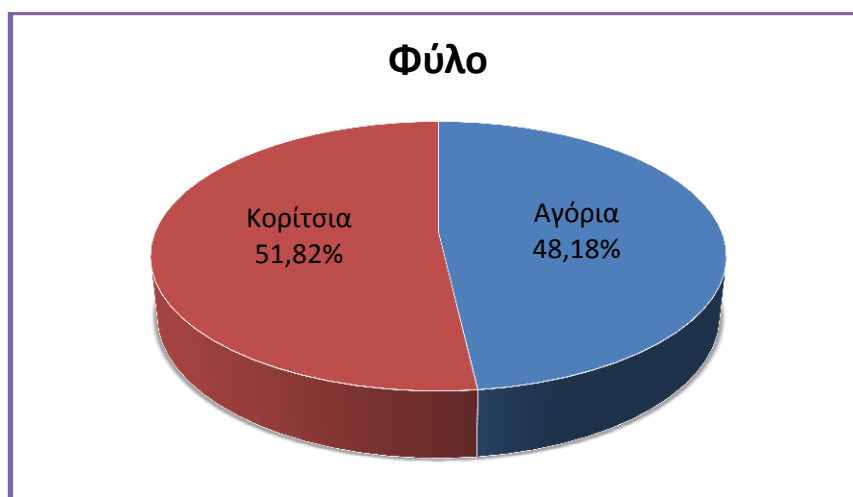
Η κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του εκάστοτε παιδιού δείχνει ότι το 51.8% είναι κορίτσια ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα αγόρια αγγίζει το 48.2%, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2. Φαίνεται λοιπόν, ότι το δείγμα είναι ισορροπημένο όσον αφορά τη μεταβλητή του φύλου των παιδιών.

**Πίνακας 2: Κατανομή δείγματος ανά φύλο**

Φύλο		
	Συχνότητα	Ποσοστό
<b>Αγόρια:</b>	53	48,2
<b>Κορίτσια:</b>	57	51,8
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 2.

**Διάγραμμα 2: Κατανομή δείγματος ανά φύλο**



**Μέρος 1<sup>ο</sup>: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο – Διατροφικές συνήθειες**

❖ **Παρούσα μέθοδος σίτισης:**

Λαμβάνοντας υπόψη τη μέθοδο σίτισης των παιδιών, προκύπτει ότι επτά στα δέκα παιδιά προσχολικής ηλικίας τρέφονται με το κουτάλι, ένα στα δέκα παιδιά με τη χρήση μπουκαλιού ή πιρουνιού, ενώ μικρό είναι το ποσοστό των παιδιών για τα οποία η παρούσα μέθοδος σίτισης είναι ο θηλασμός. Στα αποτελέσματα όμως αυτά, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και ο παράγοντας της ηλικίας.

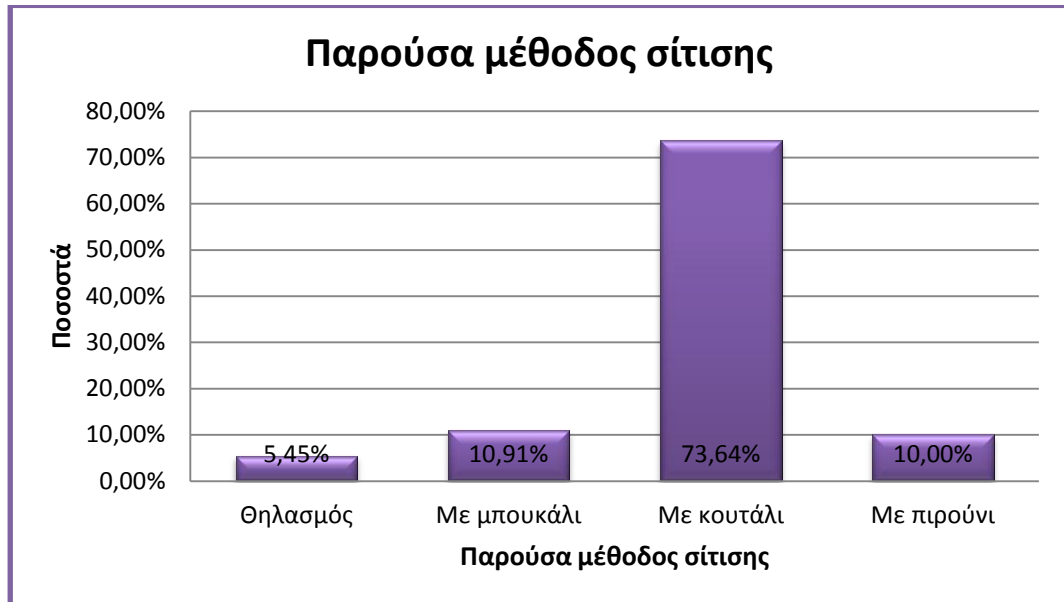
**Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος ανά παρούσα μέθοδο σίτισης**

**Παρούσα μέθοδος σίτισης**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
<b>Θηλασμός</b>	6	5,5	5,5
<b>Με μπουκάλι</b>	12	10,9	16,4
<b>Με κουτάλι</b>	81	73,6	90,0
<b>Με πιρουνί</b>	11	10,0	100,0
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 3.

**Διάγραμμα 3:** Κατανομή δείγματος ανά παρούσα μέθοδο σίτισης



❖ **Αυτονομία παιδιού κατά τη σίτιση:**

Οι γονείς φαίνεται να δηλώνουν σε ποσοστό 86.4% ότι το παιδί τους έχει αυτονομία έως ένα βαθμό ως προς τη διαδικασία της σίτισης. Αντίθετη άποψη διατηρεί το 13.6% του δείγματος.

**Πίνακας 4:** Κατανομή δείγματος ανά αυτονομία του παιδιού κατά τη σίτιση

Αυτονομία παιδιού κατά τη σίτιση		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	95	86,4
Όχι	15	13,6
Σύνολο	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 4.

**Διάγραμμα 4:** Κατανομή δείγματος ανά αυτονομία του παιδιού κατά τη σίτιση



❖ **Βαθμός συμμετοχής παιδιού στη σίτιση:**

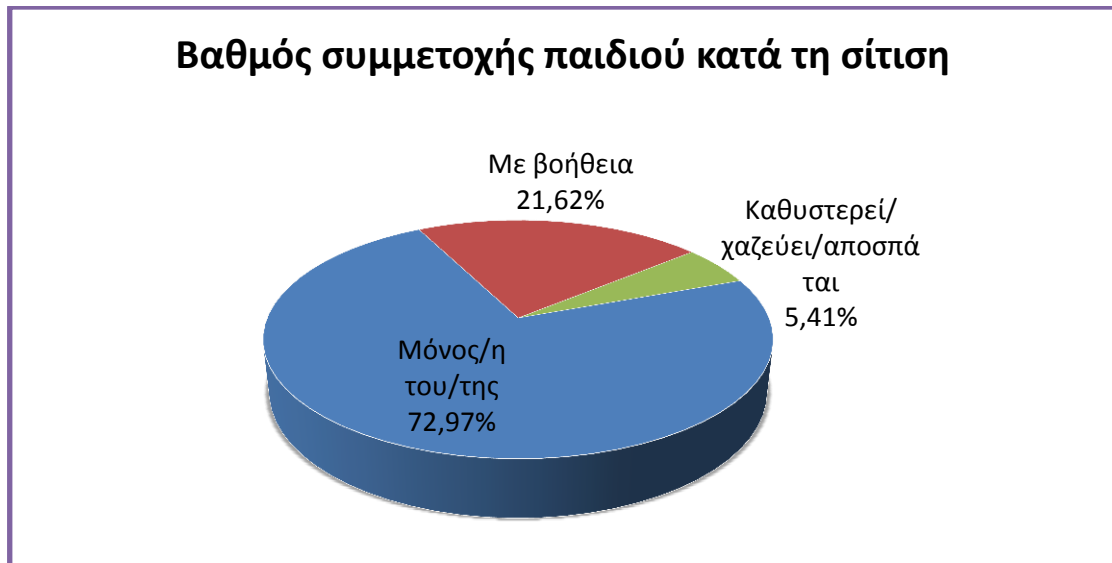
Από το σύνολο των γονέων οι οποίοι προηγουμένως δήλωσαν ότι το παιδί τους έχει αυτονομία κατά τη σίτιση, ένα σημαντικό ποσοστό δε θέλησε να δηλώσει το βαθμό της αυτονομίας, ενώ το 73% όσων απάντησαν, δηλώνουν ότι το παιδί τρέφεται μόνο του με τη διακριτική επιτήρηση των γονιών του. Το 21.6% αναφέρει ότι χρειάζεται μία μικρή βοήθεια, ενώ το 5.4% δηλώνει ότι τρέφεται μόνο του, αλλά απλά καθυστερεί, χαζεύει και αποσπάται.

**Πίνακας 5:** Κατανομή δείγματος ανά βαθμό συμμετοχής του παιδιού στη σίτιση

<b>Βαθμός συμμετοχής παιδιού κατά τη σίτιση</b>			
	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>Μόνος/η του/της</b>	27	73,0	73,0
<b>Με βοήθεια</b>	8	21,6	94,6
<b>Καθυστερεί/χαζεύει/ αποσπάται</b>	2	5,4	100,0
<b>Σύνολο:</b>	37	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 5.

**Διάγραμμα 5: Κατανομή δείγματος ανά βαθμό συμμετοχής του παιδιού στη σίτιση**



❖ **Βαθμός βοήθειας που χρειάζεται κατά τη σίτιση:**

Από το 21.6% των ερωτηθέντων που δήλωσε ότι το παιδί χρειάζεται κάποια βοήθεια κατά τη σίτιση, το 67.6% δήλωσε ότι ο βαθμός βοήθειας προς το παιδί είναι λίγος, το 24.3% συμμετέχει σε μέτριο βαθμό, ενώ το 8.1% σε μεγάλο βαθμό.

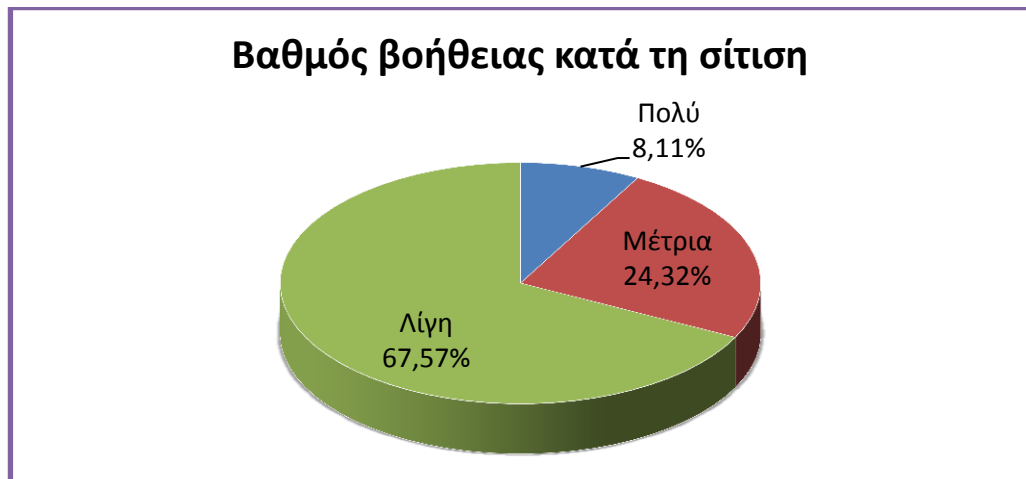
**Πίνακας 6: Κατανομή δείγματος ανά βαθμό βοήθειας στη σίτιση**

<b>Βαθμός βοήθειας κατά τη σίτιση</b>			
	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>Πολύ</b>	3	8,1	8,1
<b>Μέτρια</b>	9	24,3	32,4
<b>Λίγη</b>	25	67,6	100,0
<b>Σύνολο:</b>	37	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 6.



**Διάγραμμα 6: Κατανομή δείγματος ανά βαθμό βοήθειας στη σίτιση**



### Διατροφικές συνήθειες

#### ❖ Τόπος σίτισης:

Όσον αφορά τον τόπο σίτισης των παιδιών, αναλύοντας τα αποτελέσματα, γίνεται φανερό ότι η πλειοψηφία προτιμά τον χώρο της κουζίνας ή της τραπεζαρίας (66.4%). Η επόμενη επιλογή γονιών και παιδιών φαίνεται να μην είναι κάποιος σταθερός χώρος, αφού 17.3% δήλωσε ότι η σίτιση γίνεται σε διαφορετικό χώρο κάθε φορά, είτε πρόκειται για την κουζίνα/τραπεζαρία, το δωμάτιο του παιδιού, το σχολικό χώρο ή μπροστά στην τηλεόραση. Ωστόσο, γίνεται φανερό ότι η τραπεζαρία και η κουζίνα είναι ο βασικός τόπος σίτισης – είτε σταθερά, είτε με εναλλαγή – εφόσον οι υπόλοιπες επιλογές συγκέντρωσαν πολύ μικρά ποσοστά (δωμάτιο παιδιού: 2.7%, σχολείο: 5.5%, και μπροστά στην τηλεόραση: 8,2%)

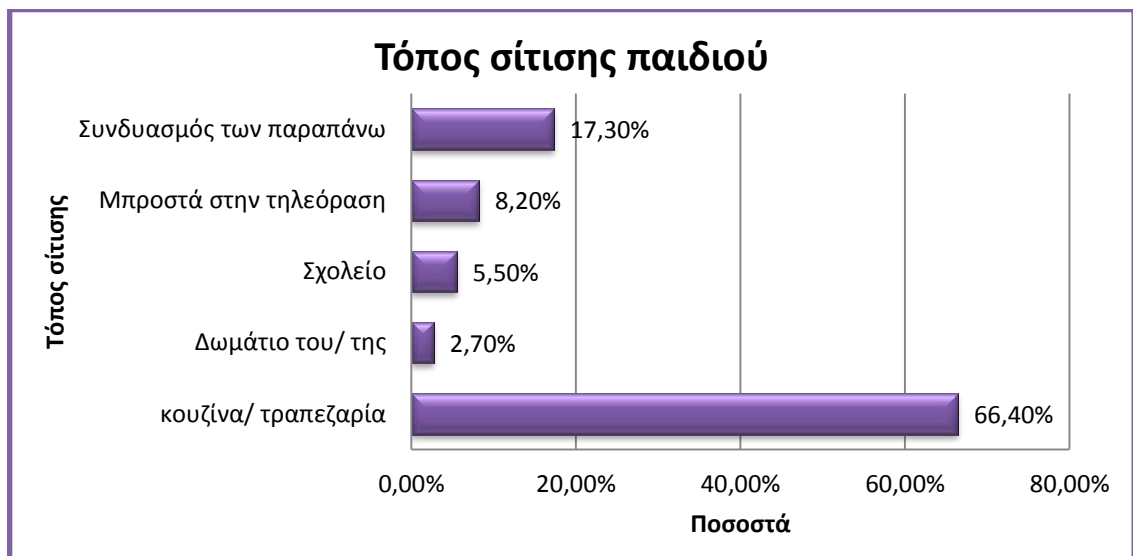
**Πίνακας 7: Κατανομή δείγματος ανά τόπο σίτισης του παιδιού**

**Τόπος σίτισης παιδιού**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>Κουζίνα/ τραπεζαρία</b>	73	66,4	66,4
<b>Δωμάτιο του/της</b>	3	2,7	69,1
<b>Σχολείο</b>	6	5,5	74,5
<b>Μπροστά στην τηλεόραση</b>	9	8,2	82,7
<b>Συνδυασμός των παραπάνω</b>	19	17,3	100,0
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 7.

**Διάγραμμα 7: Κατανομή δείγματος ανά τόπο σίτισης του παιδιού**



❖ **Ποσότητα τροφής:**

Σχετικά με την ποσότητα της τροφής την οποία καταναλώνει το παιδί, το 69.1% των παιδιών προσχολικής ηλικίας παρατηρείται να τρέφεται φυσιολογικά. Το 7.3% προτιμά μεγάλες ποσότητες τροφής, ενώ το 23.6% των παιδιών μικρή ποσότητα.

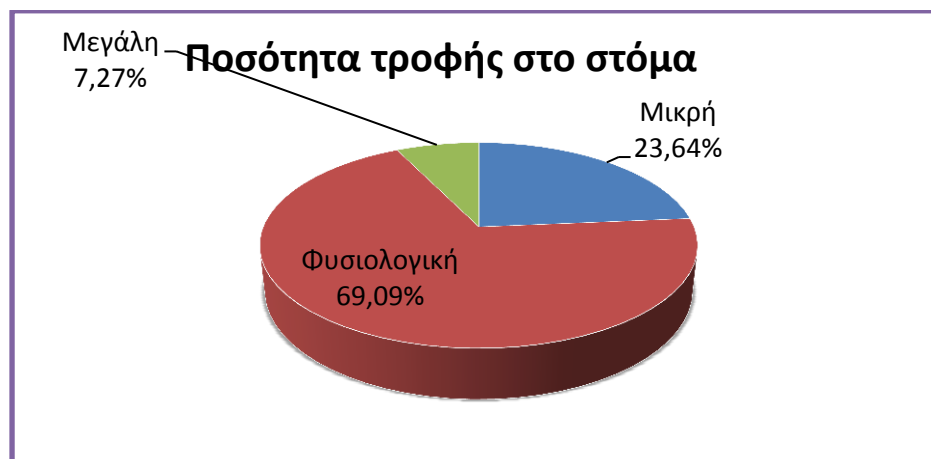
**Πίνακας 8:** Κατανομή δείγματος ανά ποσότητα τροφής στο στόμα

**Ποσότητα τροφής στο στόμα**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Μικρή	26	23,6	23,6
Φυσιολογική	76	69,1	92,7
Μεγάλη	8	7,3	100,0
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 8.

**Διάγραμμα 8:** Κατανομή δείγματος ανά ποσότητα τροφής στο στόμα



❖ **Προτιμώμενη σύσταση τροφής:**

Ως προς τη σύσταση της τροφής παρατηρείται ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας προτιμούν τις στερεές τροφές σε ποσοστό 47,3%. Αμέσως μετά στις προτιμήσεις τους ακολουθούν οι ημι – στερεές τροφές και οι ημι – υγρές τροφές με ποσοστά 22,78% και 21,8% αντίστοιχα. Αντίθετα, πολύ μικρό ποσοστό των παιδιών φαίνεται να προτίμα τις υγρές τροφές (8,2%).

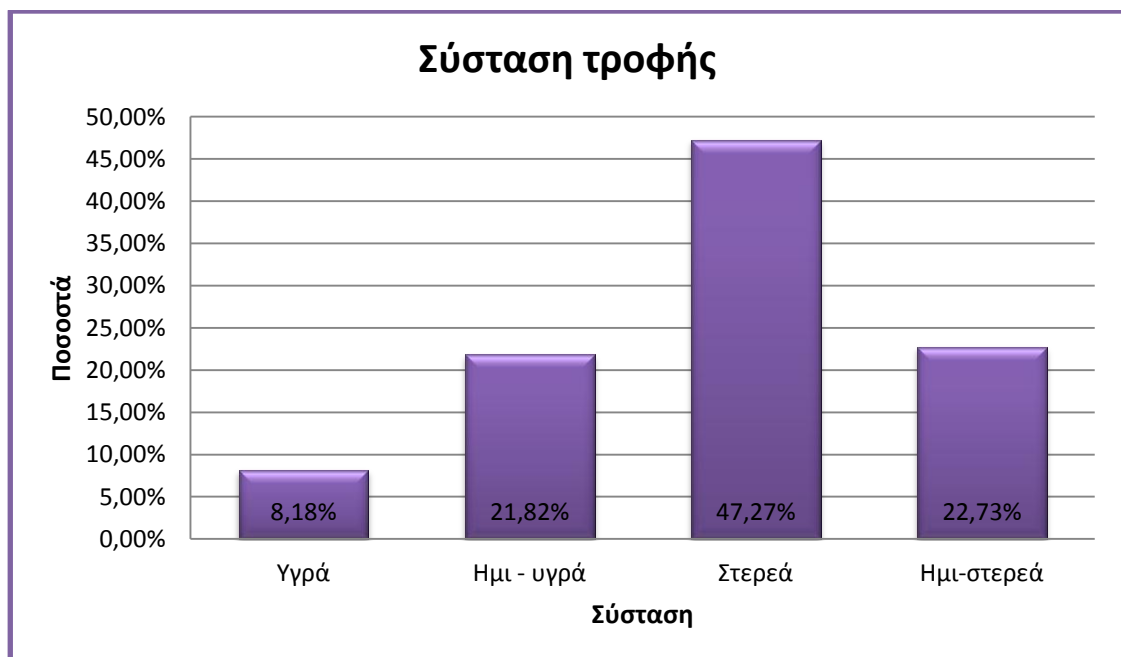
**Πίνακας 9:** Κατανομή δείγματος ανά σύσταση της τροφής την οποία προτιμούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας

**Σύσταση τροφής**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Υγρά	9	8,2	8,2
Ημι-στερεά	24	21,8	30,0
Στερεά	52	47,3	77,3
Ημι-στερεά	25	22,7	100,0
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 9.

**Διάγραμμα 9:** Κατανομή δείγματος ανά σύσταση της τροφής την οποία προτιμούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας



### ❖ Προτιμώμενη θερμοκρασία τροφής:

Η θερμοκρασία στην οποία προτιμούν τα παιδιά το φαγητό τους είναι κατά πλειοψηφία χλιαρή. Παρόλα αυτά το 20% των παιδιών αρέσκονται στα ζεστά, ενώ το 4.5% στα κρύα.

**Πίνακας 10:** Κατανομή δείγματος ανά θερμοκρασία της τροφής την οποία προτιμούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας

<b>Θερμοκρασία</b>			
	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>Κρύα</b>	5	4,5	4,5
<b>Χλιαρά</b>	83	75,5	80,0
<b>Ζεστά</b>	22	20,0	100,0
<b>Σύνολο</b>	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 10.

**Διάγραμμα 10:** Κατανομή δείγματος ανά θερμοκρασία της τροφής την οποία προτιμούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας



### ❖ Προτιμώμενη γεύση τροφής:

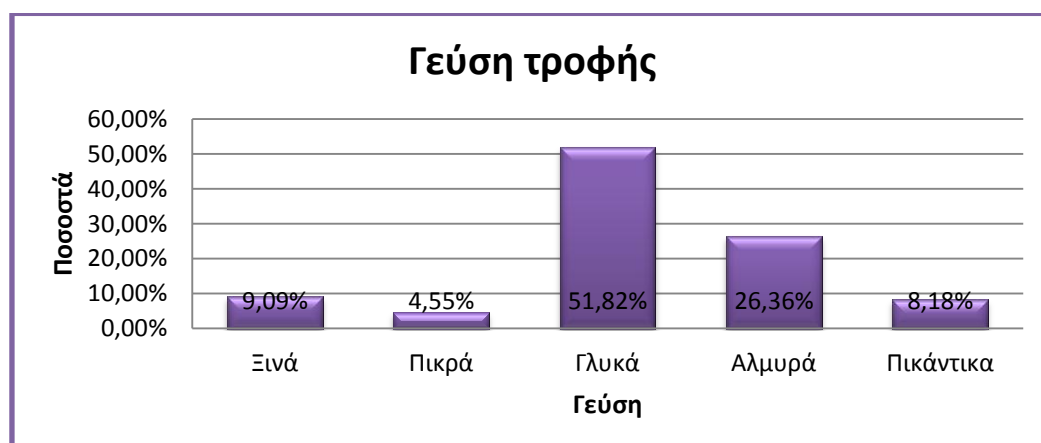
Όσον αφορά τη γεύση των φαγητών, ένα αναμενόμενο υψηλό ποσοστό γονέων (51.8%) αναφέρει ότι τα παιδιά τους προτιμούν τις γλυκές γεύσεις. Ενώ όμως ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό (26.4%) δείχνει να προτιμά και τις αλμυρές γεύσεις μόνο 9.1% προτιμά τις ξινές, ενώ 8.2% τις πικάντικες, και μόλις 4.5% αναφέρει τις πικρές.

**Πίνακας 11:** Κατανομή δείγματος ανά γεύση της τροφής την οποία προτιμούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας

Γεύση			
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Ξινά	10	9,1	9,1
Πικρά	5	4,5	13,6
Γλυκά	57	51,8	65,5
Αλμυρά	29	26,4	91,8
Πικάντικα	9	8,2	100,0
<b>Σύνολο:</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 11.

**Διάγραμμα 11** Κατανομή δείγματος ανά γεύση της τροφής την οποία προτιμούν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας



❖ Υπαρξη έντονης αντίδρασης σε τροφές ή/ και μυρωδιές:

Όσον αφορά την ύπαρξη έντονης αντίδρασης σε τροφές και μυρωδιές, φαίνεται ότι το δείγμα είναι σχεδόν ισότιμα μοιρασμένο αφού μόλις το 49.1% έδωσε θετική απάντηση, με το υπόλοιπο 50.9% να δηλώνει αντίθετη άποψη.

Πίνακας 12 Αντιδράει έντονα σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές το παιδί

**Έντονη αντίδραση σε ορισμένες  
τροφές και μυρωδιές**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	54	49,1
Όχι	56	50,9
Σύνολο:	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 12.

Διάγραμμα 12: Αντιδράει έντονα σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές το παιδί



❖ **Αντίδραση σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές:**

Λαμβάνοντας υπόψη τους γονείς οι οποίοι δήλωσαν ότι τα παιδιά τους αντιδρούν σε τροφές και μυρωδιές (49.1%), φαίνεται ότι:

- Το 31.5% αρνείται τροφές τις οποίες έχει ήδη δοκιμάσει και δεν του αρέσουν.
- Το 18.5% κλείνει το στόμα του και αρνείται να φάει.
- Το 14.8% κάνει μορφασμούς απέχθειας σε μυρωδιές, φτύνει το φαγητό ή ακόμη κάνει και εμετό.
- Ενώ 5.6% πετάει τα σκεύη του φαγητού.

**Πίνακας 13: Αντίδραση παιδιών σε τροφές και μυρωδιές**

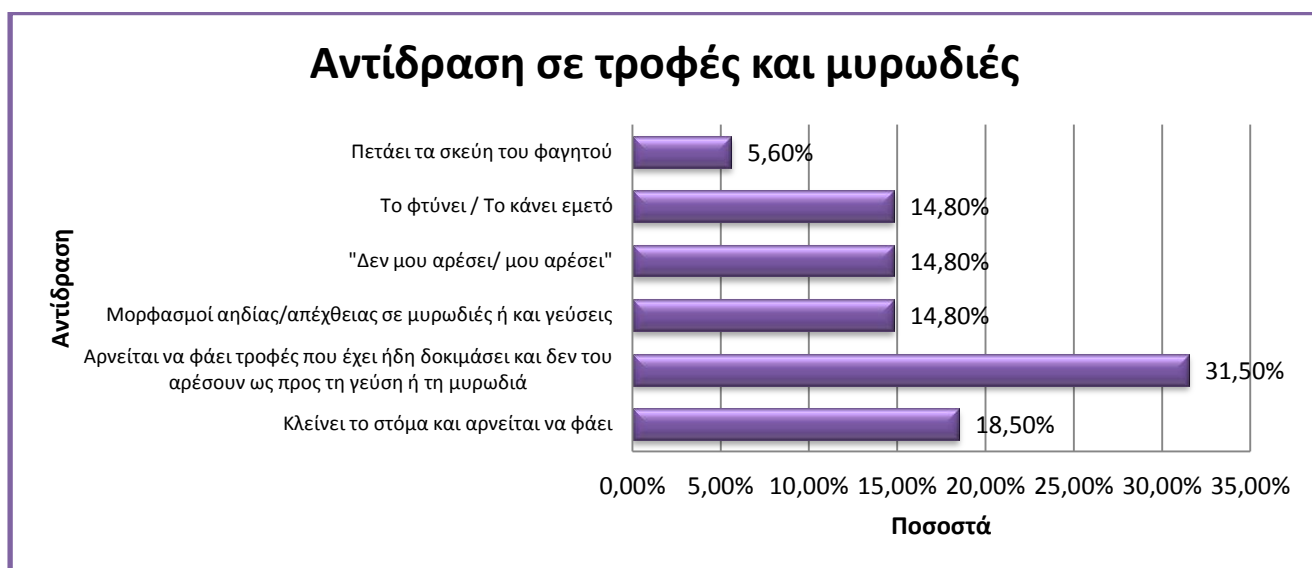
**Αντίδραση σε τροφές και μυρωδιές**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σχ.Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Κλείνει το στόμα και αρνείται να φάει	10	9,1	18,5	18,5
Αρνείται να φάει τροφές που έχει ήδη δοκιμάσει και δεν του αρέσουν ως προς τη γεύση ή τη μυρωδιά	17	15,5	31,5	50,0
Μορφασμοί αηδίας/απέχθειας σε μυρωδιές ή και γεύσεις	8	7,3	14,8	64,8
«Δεν μου αρέσει/ μου αρέσει»	8	7,3	14,8	79,6
Το φτύνει / Το κάνει εμετό	8	7,3	14,8	94,4
Πετάει τα σκεύη του φαγητού	3	2,7	5,6	100,0
<b>Σύνολο:</b>	54	49,1	100,0	
<b>Ελλιπείς τιμές:</b>	56	50,9		
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 13.



### Διάγραμμα 13: Αντίδραση παιδιών σε τροφές και μυρωδιές



#### ❖ Στάση σώματος κατά τη σίτιση:

Η προτιμώμενη στάση σίτισης της πλειοψηφίας των παιδιών προσχολικής ηλικίας φαίνεται να είναι προς τα εμπρός (49,1%). Επίσης, πολλά παιδιά (38.2%) προτιμούν να βρίσκονται σε ορθή γωνία, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 7.3% κλίνει προς τα πίσω, με το 5.5% να προτιμά να τρώει με κλίση του σαγονιού προς τα κάτω.

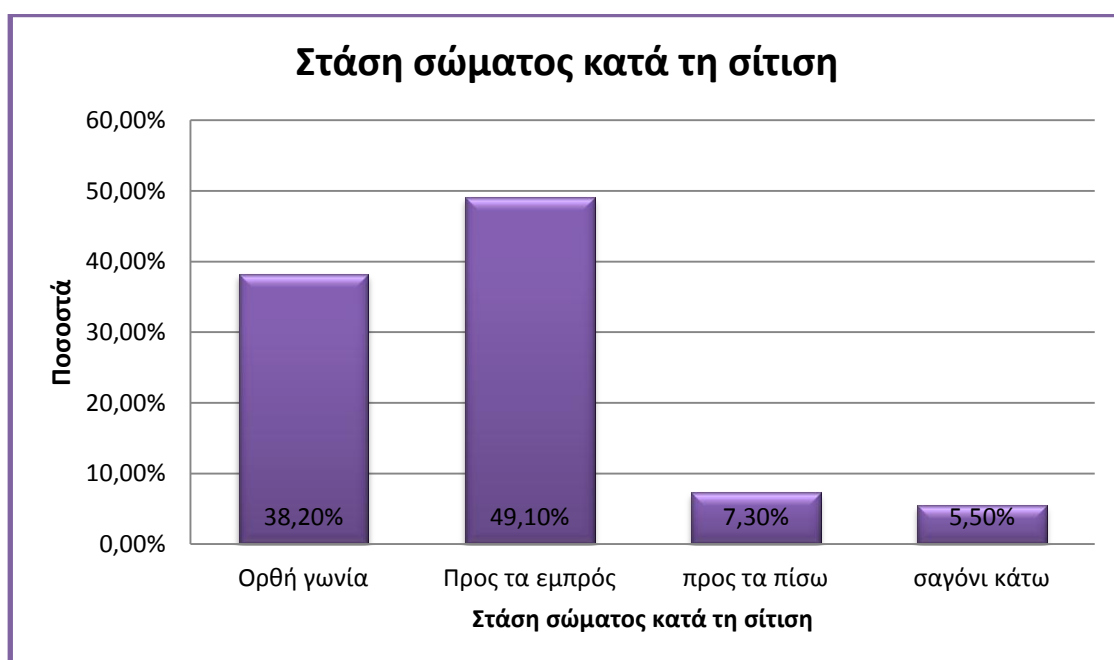
#### Πίνακας 14: Στάση του σώματος κατά τη σίτιση

##### Στάση σώματος κατά τη σίτιση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Ορθή γωνία	42	38,2	38,2
Προς τα εμπρός	54	49,1	87,3
Προς τα πίσω	8	7,3	94,5
Σαγόني κάτω	6	5,5	100,0
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 14.

**Διάγραμμα 14: Στάση του σώματος κατά τη σίτιση**



❖ **Θέση το γονέα κατά τη σίτιση:**

Η θέση του γονιού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σίτιση του παιδιού και για το λόγο αυτό το 43.1% των γονέων προτιμούν να βρίσκονται δίπλα στο παιδί σε υποστηρικτική ή υποβοηθητική θέση. Το 32.1% των γονέων αναφέρει ότι βρίσκονται όλοι μαζί στον ίδιο χώρο ή στο ίδιο τραπέζι. Τέλος, 6.4% των γονέων δεν βρίσκονται σε θέση σχετική με αυτή του παιδιού, αλλά βρίσκεται σε διαφορετικό χώρο μέσα στο σπίτι, ενώ το 18.3% έδωσε διάφορες άλλες απαντήσεις όπως ότι αλλάζει κάθε φορά ανάλογα με την διάθεση του παιδιού ή του ίδιου του γονιού ή ανάλογα με το φαγητό που υπάρχει εκείνη την ημέρα.

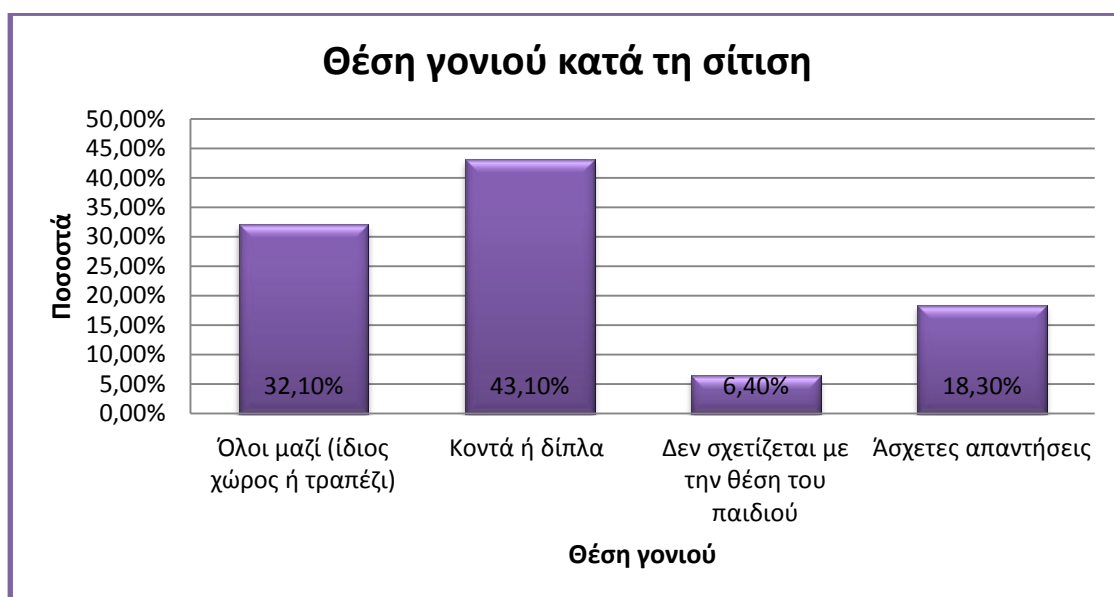
### Πίνακας 15: Θέση του γονιού κατά τη σίτιση

#### Θέση γονιού κατά τη σίτιση

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σχετ. Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Όλοι μαζί (ίδιος χώρος ή τραπέζι)	35	31,8	32,1	32,1
Κοντά ή δίπλα	47	42,7	43,1	75,2
Δεν σχετίζεται με την θέση του παιδιού	7	6,4	6,4	81,7
Άσχετες απαντήσεις	20	18,2	18,3	100,0
<b>Σύνολο:</b>	109	99,1	100,0	
Ελλιπείς τιμές:	1	,9		
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 15.

### Διάγραμμα 15: Θέση του γονιού κατά τη σίτιση



### ❖ Διάρκεια γευμάτων:

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των παιδιών προσχολικής ηλικίας χρειάζεται περίπου 20 λεπτά (41.8%) για να ολοκληρώσει το γεύμα του. Αρκετά παιδιά φαίνεται να χρειάζονται λιγότερο χρόνο, μόλις δηλαδή 15 λεπτά (27.3%), ενώ 20.9% του δείγματος ανέφερε ότι χρειάζεται μισή ώρα. Ωστόσο το ποσοστό των παιδιών που χρειάζονταν περισσότερη από μισή ώρα ήταν μόλις 10%.

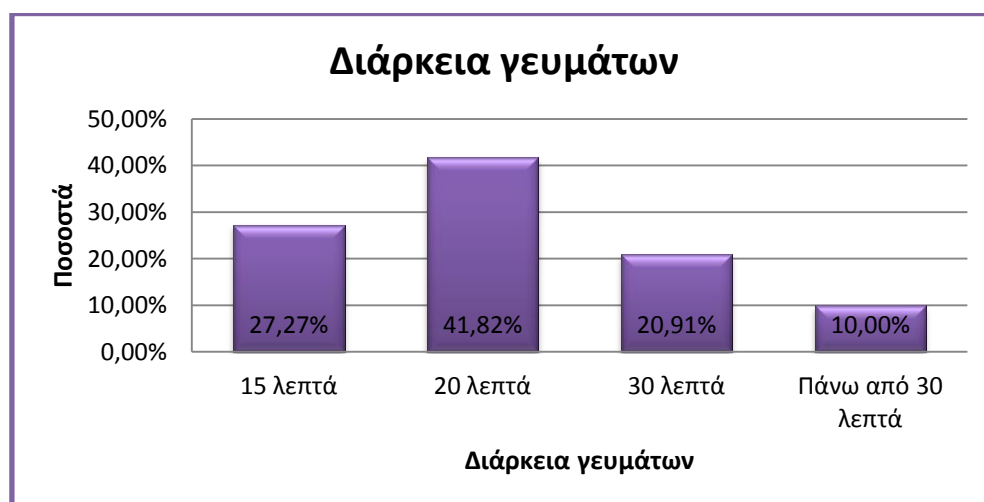
**Πίνακας 16:** Διάρκεια γευμάτων των παιδιών προσχολικής ηλικίας

#### Διάρκεια γευμάτων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
15 λεπτά	30	27,3	27,3
20 λεπτά	46	41,8	69,1
30 λεπτά	23	20,9	90,0
Πάνω από 30 λεπτά	11	10,0	100,0
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 16.

**Διάγραμμα 16:** Διάρκεια γευμάτων των παιδιών προσχολικής ηλικίας



#### ❖ Πόση νερού με γεμάτο στόμα:

Ένα στοιχείο αρκετά σημαντικό για την έρευνα είναι ότι το 76.4% των γονέων αναφέρει ότι το παιδί δεν πίνει νερό όταν το στόμα του είναι γεμάτο με τροφή. Ωστόσο ανησυχητικό παραμένει το γεγονός ότι 23.6% των γονέων παρατήρησε ότι τα παιδιά τους πίνουν νερό κατά τη διάρκεια του φαγητού, με κίνδυνο τον πνιγμό του ίδιου του παιδιού.

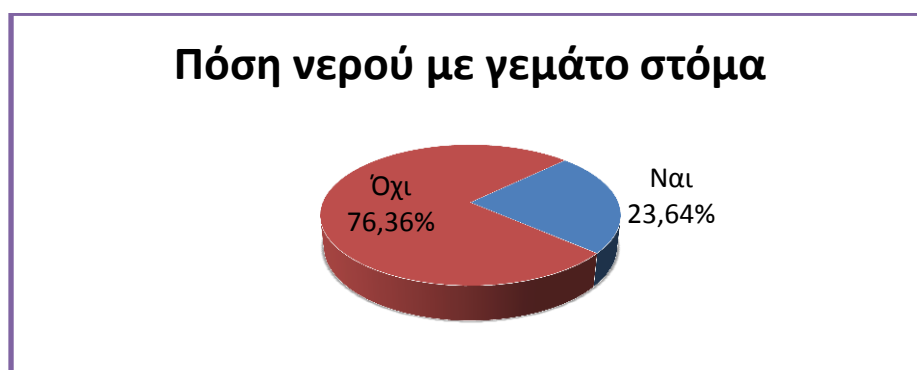
**Πίνακας 17: Πόση νερού με στόμα γεμάτο**

#### **Πόση νερού με γεμάτο στόμα**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>Ναι</b>	26	23,6	23,6
<b>Όχι</b>	84	76,4	100,0
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 17.

**Διάγραμμα 17: Πόση νερού με στόμα γεμάτο**



#### ❖ Αποφυγή τροφών με χειριστικό τρόπο:

Εξετάζοντας κατά πόσο τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας αποφεύγουν κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα ή κάποιες κατηγορίες τροφίμων, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία (63.6%) των παιδιών όντως αποφεύγει κάποιο φαγητό, με

35.5% να απαντά αρνητικά, ενώ μόλις 0.9% του δείγματος δε θέλησε να απαντήσει.

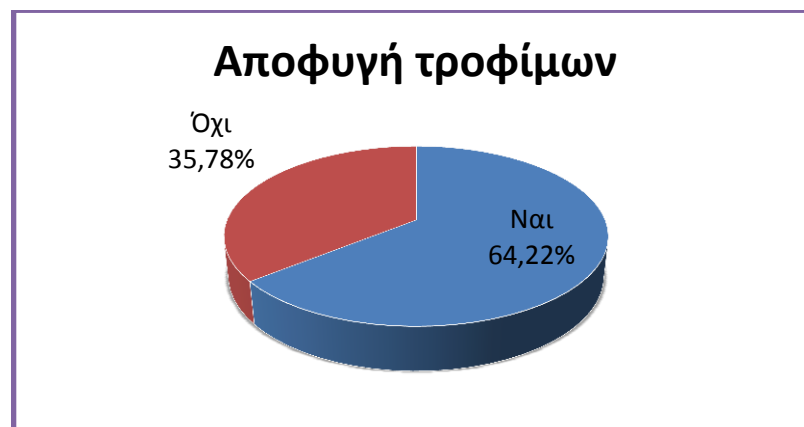
**Πίνακας 18: Αποφυγή ή όχι κατηγορίας φαγητών από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας**

**Αποφεύγει τρόφιμα με χειριστικό τρόπο**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σχ. Ποσοστό
Ναι	70	63,6	64,2
Όχι	39	35,5	35,8
Σύνολο:	109	99,1	100,0
Ελλιπείς τιμές:	1	,9	
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 18.

**Διάγραμμα 18: Αποφυγή ή όχι κατηγορίας φαγητών από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας**



❖ **Τροφές που αποφεύγει το παιδί:**

Αναφορικά με τις κατηγορίες των τροφίμων που αποφεύγουν τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι μεγάλο ποσοστό των γονέων του δείγματος είτε δήλωσε ότι τα παιδιά τους δεν αποφεύγουν

συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων, είτε δε θέλησαν να απαντήσουν στην ερώτηση αυτή. Συνεπώς τα συμπεράσματα για την συμπεριφορά των παιδιών ως προς την αποφυγή τροφών θα βασιστούν στο υπόλοιπο 56.4% του δείγματος το οποίο και απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

- Το 37.1% των παιδιών αποφεύγει τα λαχανικά, τα φρούτα και τα χορταρικά
- Το 29% των παιδιών αποφεύγει τα όσπρια και τα λαδερά
- Το 14.5% των παιδιών αποφεύγει το κρέας και το ψάρι
- Το 6.5% των παιδιών αποφεύγει τις σούπες και τις κρέμες
- Το 8.1% των παιδιών αποφεύγει τροφές με ιδιαίτερη γεύση ή σκληρή σύσταση
- Το 4.85 των παιδιών αποφεύγει τα γαλακτοκομικά προϊόντα και το αυγό

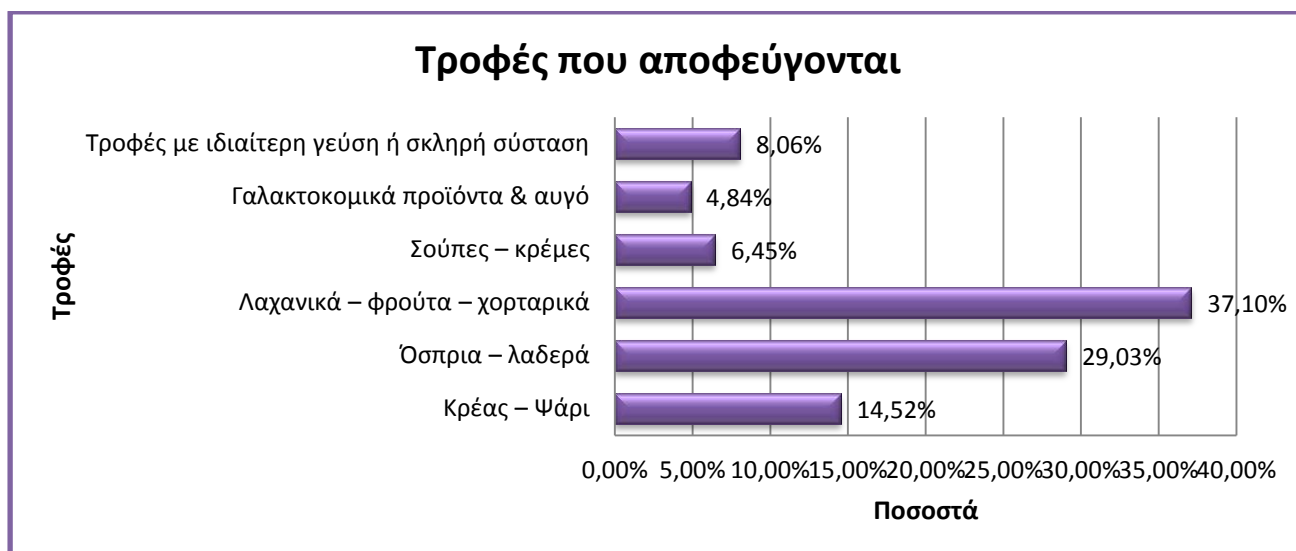
**Πίνακας 19:** Κατηγορίες τροφών που αποφεύγουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας

**Τροφές που αποφεύγει**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σχ. Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Κρέας – Ψάρι	9	8,2	14,5	14,5
Όσπρια – λαδερά	18	16,4	29,0	43,5
Λαχανικά – φρούτα – χορταρικά	23	20,9	37,1	80,6
Σούπες – κρέμες	4	3,6	6,5	87,1
Γαλακτοκομικά προϊόντα & αυγό	3	2,7	4,8	91,9
Τροφές με ιδιαίτερη γεύση ή σκληρή σύσταση	5	4,5	8,1	100,0
Σύνολο:	62	56,4	100,0	
<b>Ελλειπείς τιμές:</b>	48	43,6		
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 19.

**Διάγραμμα 19: Κατηγορίες τροφών που αποφεύγουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας**



### **Μέρος 2<sup>ο</sup>: Ιστορικό (γενικό)**

Στις ερωτήσεις που έγιναν κατά τη λήψη του ιστορικού, σημειώθηκαν μικρά ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες.

Κανένα παιδί δεν σημείωσε χρόνια σίτιση μέσω καθετήρα ή ύπαρξη κάποιας κρανιοπροσωπικής ανωμαλίας, ενώ πολύ μικρά ποσοστά σημειώθηκαν στην ύπαρξη πρόωρου τοκετού (8,2%) στο ιστορικό λιποβαρούς νεογνού (5,5%) καθώς και στην ύπαρξη δυσχέρειας ρινικής αναπνοής (1,8%)

Εξάιρεση αποτελεί το ποσοστό σημειώθηκε στην ύπαρξη κάποιας λοίμωξης στο αναπνευστικό σύστημα (60,9%) το οποίο εκφράζεται ως ύπαρξη λαρυγγίτιδας (32,8%), βρογχίτιδας (47,8%) και σε ένα μικρότερο ποσοστό πνευμονίας (6%).

Οι πίνακες και τα σχεδιαγράμματα για τις παραπάνω πληροφορίες βρίσκονται αναλυτικά στο Παράρτημα.



### Μέρος 3<sup>ο</sup>: Σίτιση κατά την βρεφική και παιδική ηλικία

#### ❖ Ιστορικό θηλασμού:

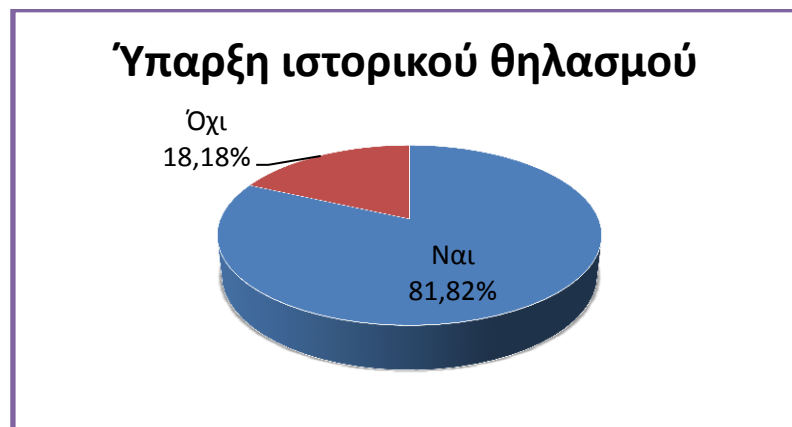
Μελετώντας το ιστορικό θηλασμού είναι εμφανές ότι η πλειοψηφία (81,8%) των μητέρων που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση επέλεξε και είχε τη δυνατότητα να θηλάσει το παιδί της, με αρνητική απάντηση να δίνει το 18.2% του δείγματος.

Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανά ύπαρξης ιστορικού θηλασμού

Θηλασμός		
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	90	81,8
Όχι	20	18,2
Σύνολα:	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 24.

Διάγραμμα 24: Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό θηλασμού



#### ❖ Διάρκεια θηλασμού:

Από το σύνολο των 90 μητέρων οι οποίες δήλωσαν ότι το παιδί τους θηλάσει κατά τη βρεφική ηλικία, το 60% αναφέρει ότι η διάρκεια του θηλασμού

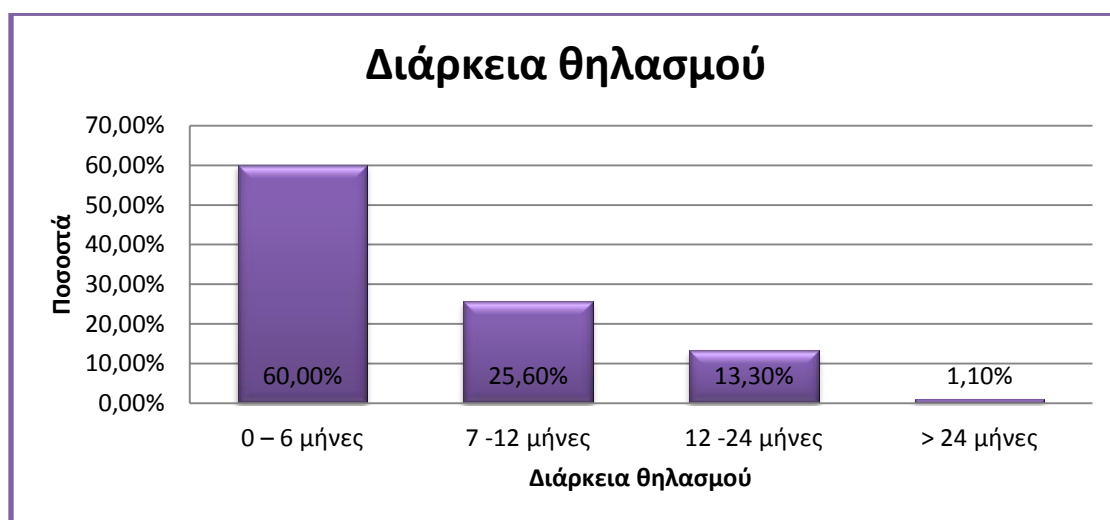
ήταν το πολύ έξι μήνες. Το 25.6% δήλωσε από 7 έως 12 μήνες θηλασμού, 13.3% από 12 έως 24 μήνες, ενώ μόλις 1.1% ανέφερε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο ετών.

**Πίνακας 26:** Κατανομή του δείγματος ανά διάρκεια θηλασμού (μήνες)

Διάρκεια θηλασμού (μήνες)			
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
0 – 6 μήνες	54	60,0	60,0
7 -12 μήνες	23	25,6	85,6
12 -24 μήνες	12	13,3	98,9
> 24 μήνες	1	1,1	100,0
<b>Σύνολο:</b>	90	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 25.

**Διάγραμμα 25:** Κατανομή του δείγματος ανά διάρκεια θηλασμού σε μήνες



### ❖ Λόγοι απουσίας θηλασμού:

Από το 18.2% των μητέρων που δήλωσαν ότι δεν θήλασαν το παιδί τους κατά τη βρεφική ηλικία, η πλειοψηφία δήλωσε ως λόγο την ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος (38.1%). Ο αμέσως επόμενος λόγος για τον οποίο δεν θήλασε ένα παιδί φαίνεται να είναι κάποια δυσκολία κατά το θηλασμό (αδυναμία, δυσκολία, ασθένεια του παιδιού - 28.6%). Ένας επίσης βασικός λόγος σε ποσοστό 14.3% αποτελεί η ασθένεια της μητέρας, ενώ το 19% δήλωσε ότι υπήρξε απουσία θηλασμού λόγω προσωπικών λόγων της μητέρας.

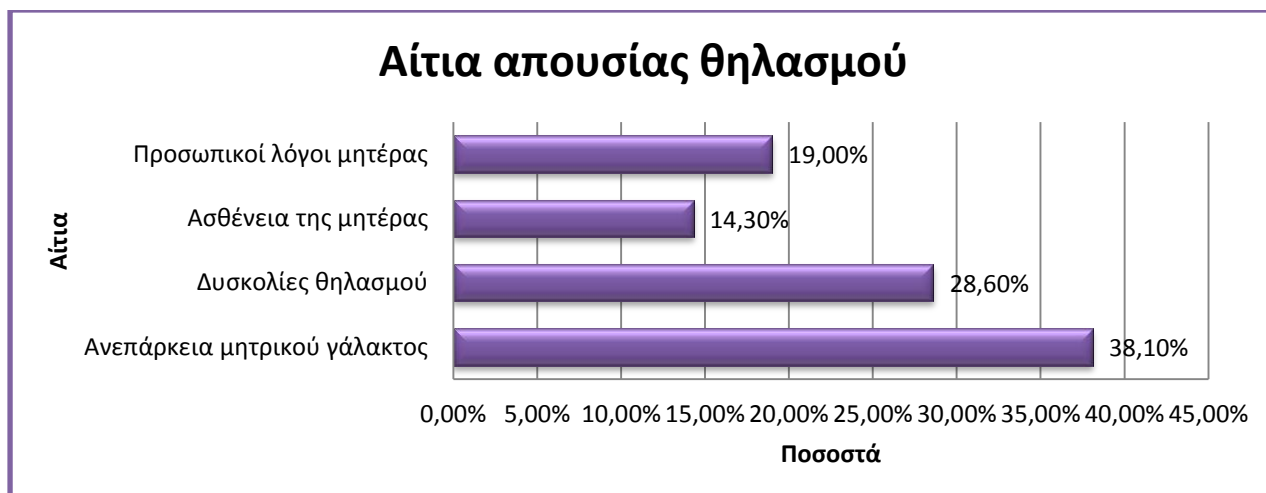
**Πίνακας 27** Κατανομή του δείγματος ανά αιτίες απουσίας του θηλασμού

#### Λόγος απουσίας θηλασμού

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος	8	38,1	38,1
Δυσκολίες θηλασμού	6	28,6	66,7
Ασθένεια της μητέρας	3	14,3	81,0
Προσωπικοί λόγοι μητέρας	4	19,0	100,0
Σύνολο:	21	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 26.

**Διάγραμμα 26:** Κατανομή του δείγματος ανά αιτίες απουσίας του θηλασμού



❖ **Διακοπή σίτισης από μπουκάλι (μήνες):**

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην συγκεκριμένη ερώτηση, είναι φανερό ότι η πλειοψηφία των παιδιών διακόπτει τη σίτιση με το μπουκάλι μετά τον 18<sup>ο</sup> μήνα (40%). Ένα επίσης σημαντικό ποσοστό (36.4%) δήλωσε ότι τα παιδιά χρειάζονται 12 έως και 18 μήνες για να διακόψουν τη σίτιση με μπουκάλι, ενώ μόλις το 17.3% δηλώνει ότι το διάστημα αυτό είναι μικρότερο του έτους. Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 6.4% ανέφερε ότι το παιδί δεν σιτίστηκε ποτέ από το μπουκάλι.

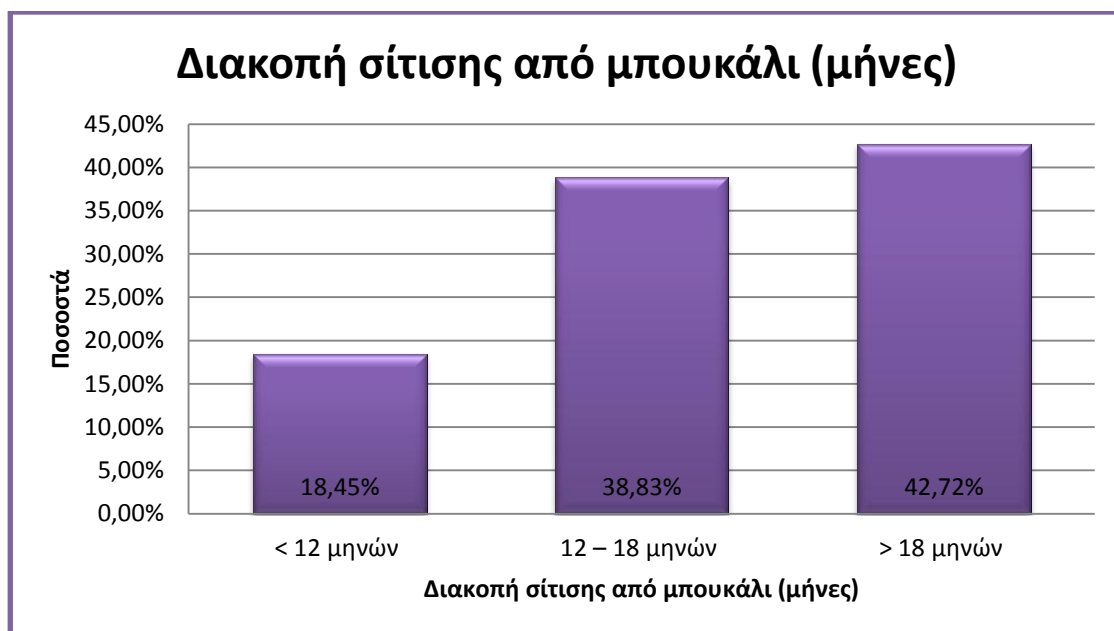
**Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο διακοπής σίτισης του παιδιού από μπουκάλι**

**Διακοπή σίτισης από μπουκάλι (μήνες)**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Σχ. Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>&lt; 12 μηνών</b>	19	17,3	18,4	18,4
<b>12 – 18 μηνών</b>	40	36,4	38,8	57,3
<b>&gt; 18 μηνών</b>	44	40,0	42,7	100,0
<b>Σύνολο:</b>	103	93,6	100,0	
<b>Ελλιπής τιμές:</b>	7	6,4		
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 27.

**Διάγραμμα 27:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο διακοπής σίτισης του παιδιού από μπουκάλι



❖ **Έναρξη σίτισης με καλαμάκι (μήνες):**

Παράλληλα με τη διακοπή της σίτισης με τη χρήση μπουκαλιού, οι γονείς δήλωσαν 39.1% των παιδιών ξεκίνησαν να τρέφονται με καλαμάκι μετά τον 18<sup>ο</sup> μήνα. Στο τέλος του πρώτου χρόνου (12 μήνες) ξεκίνησαν τη σίτιση με καλαμάκι 25.5% των παιδιών, με μόνο 16.4% να χρειάζεται πάνω από 24 μήνες και μόνο 14,5% να χρειάζεται λιγότερο από 12 (11 μήνες). Τέλος, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (4.5%) σημείωσε ότι το παιδί ήταν ικανό να σιτιστεί με καλαμάκι μετά τον δεύτερο χρόνο (> 24 μηνών).

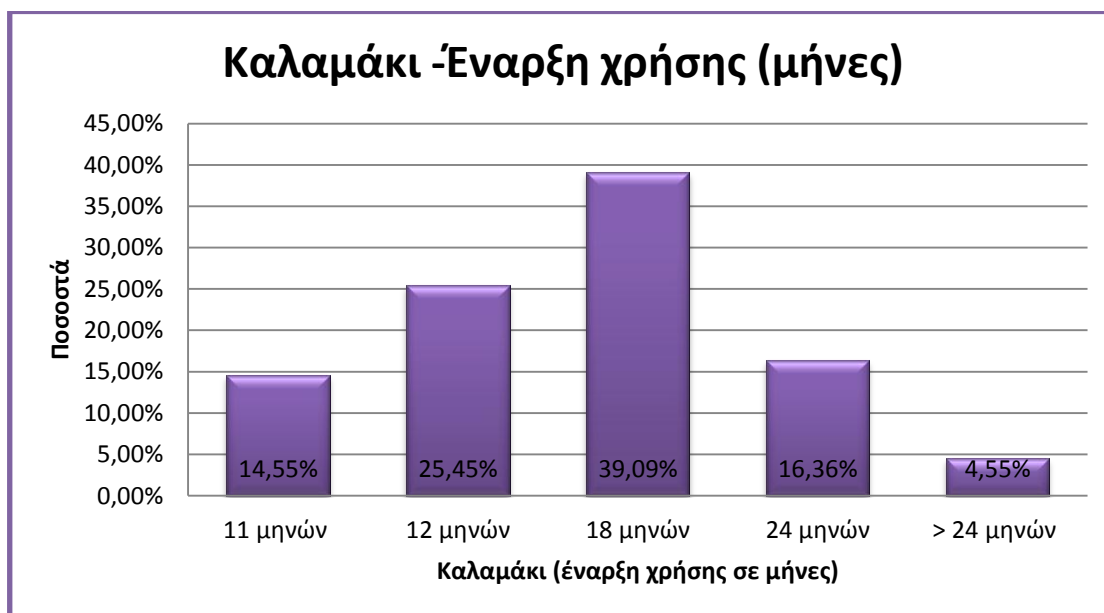
**Πίνακας 29:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της σίτισης του παιδιού με καλαμάκι

**Καλαμάκι (έναρξη χρήσης σε μήνες)**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
11 μήνες	16	14,5	14,5
12 μήνες	28	25,5	40,0
18 μήνες	43	39,1	79,1
24 μήνες	18	16,4	95,5
> 24 μήνες	5	4,5	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 28.

**Διάγραμμα 28:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της σίτισης του παιδιού με καλαμάκι



❖ **Έναρξη σίτισης με κουτάλι (μήνες):**

Συγκριτικά με το καλαμάκι, η σίτιση με τη χρήση κουταλιού παρατηρείται να ξεκινάει νωρίτερα. Συγκεκριμένα το 39.1% των γονέων

ξεκίνησε να ταΐζει το παιδί του με κουτάλι από τον 12<sup>ο</sup> μήνα. Το 30% των γονέων έχει ξεκινήσει από τον 15ο μήνα, ενώ το 30.9% των γονέων του αποφάσισε να ξεκινήσει την σίτιση με κουτάλι από τον 18<sup>ο</sup> μήνα και μετά.

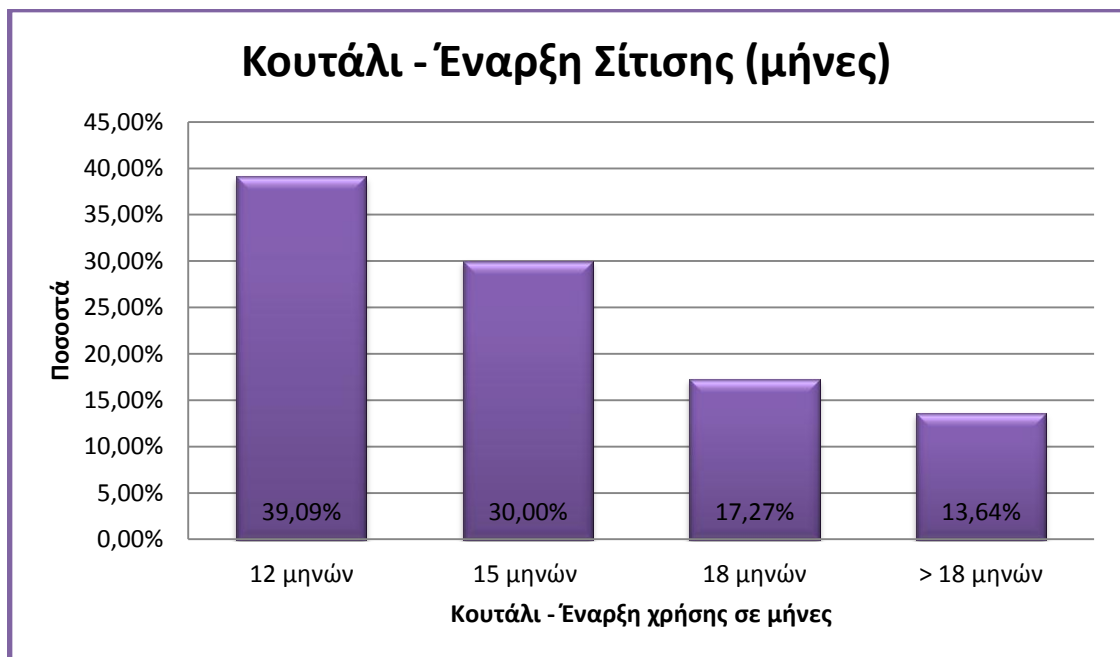
**Πίνακας 30:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της σίτισης του παιδιού με κουτάλι

**Έναρξη σίτισης με κουτάλι (μήνες)**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
12 μηνών	43	39,1	39,1
15 μηνών	33	30,0	69,1
18 μηνών	19	17,3	86,4
> 18 μηνών	15	13,6	100,0
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 29.

**Διάγραμμα 29:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της σίτισης του παιδιού με κουτάλι



### ❖ Έναρξη μάσησης (μήνες):

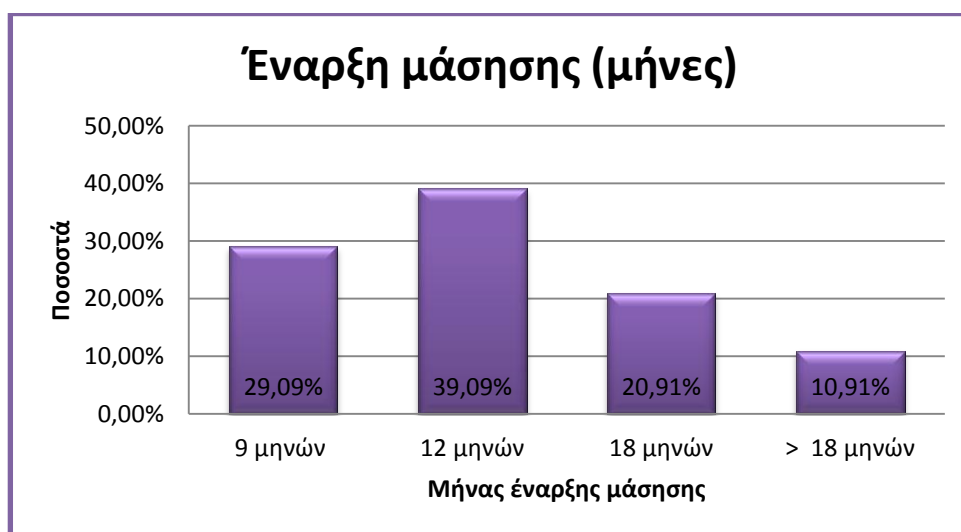
Η πλειοψηφία των παιδιών προσχολικής ηλικίας φαίνεται να ξεκινά τη μάσηση σε ηλικία 12 μηνών (39.1%). Επίσης, αρκετά παιδιά ξεκινούν την μάσηση τον 9<sup>ο</sup> μήνα της ηλικίας τους (29.1%), ενώ δεν είναι σπάνιο ένα παιδί να ξεκινήσει την μάσηση τον 18<sup>ο</sup> της ηλικίας του (20.9%). Ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό (10.9%) χρειάζεται παραπάνω από 18 μήνες.

**Πίνακας 31:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της μάσησης  
**Έναρξη μάσησης (μήνες)**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
9 μηνών	32	29,1	29,1
12 μηνών	43	39,1	68,2
18 μηνών	23	20,9	89,1
> 18 μηνών	12	10,9	100,0
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 29.

**Διάγραμμα 30:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της  
μάσησης





### ❖ Έναρξη πόσης με ποτήρι (μήνες):

Ενώ κατά μέσο όρο ένα παιδί χρειάζεται περίπου 12 μήνες για να ξεκινήσει την μάσηση, βάση των αποτελεσμάτων χρειάζεται περίπου 15 μήνες (46.4%) για να είναι σε θέση να πει ικανοποιητικά και με ασφάλεια από ποτήρι. Ένα επίσης αρκετά μεγάλο ποσοστό (41.8%) χρειάζεται από 18 μήνες και πάνω για να το επιτύχει ενώ είναι αρκετά σπάνιο να επιτευχθεί πόση με ποτήρι από τον 9<sup>ο</sup> μήνα (11.8%)

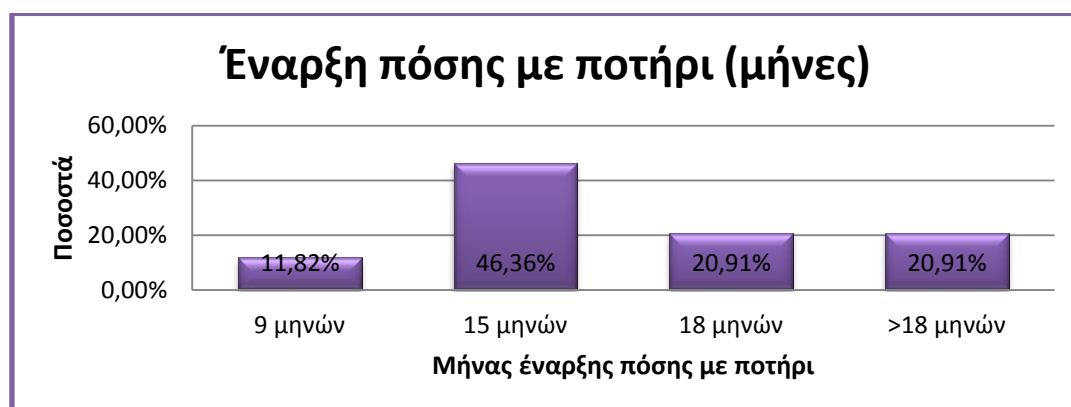
**Πίνακας 32:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της πόσης με ποτήρι

#### Έναρξη πόσης με ποτήρι (μήνες)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
9 μηνών	13	11,8	11,8
15 μηνών	51	46,4	58,2
18 μηνών	23	20,9	79,1
>18 μηνών	23	20,9	100,0
Σύνολο:	110	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 30.

**Διάγραμμα 31:** Κατανομή του δείγματος ανά περίοδο έναρξης της πόσης με ποτήρι



### ❖ Τροφές έναρξης σίτισης:

Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας του δείγματος παρατηρείται κατά πλειοψηφία ότι ξεκίνησαν να τρέφονται σε ποσοστό 43.9% με σούπες και κρέμες, τροφή η οποία είναι καθ' όλα βρεφική. Παρόλα αυτά παρατηρείται ότι παρουσιάζονται ποσοστά μεγαλύτερα του 10% τα οποία υποδεικνύουν ότι υφίστανται παιδιά τα οποία ξεκίνησαν να τρέφονται με αλεσμένες τροφές διαφόρων ειδών (14%), με κρέας και ψάρι (13,1%) καθώς και με φρούτα (12.1%). Τέλος, σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται τα παιδιά τα οποία ξεκίνησαν να τρέφονται με λαχανικά (9.3%) με αυγό (3.7%), καθώς και με ζυμαρικά και ρύζι (3.7%).

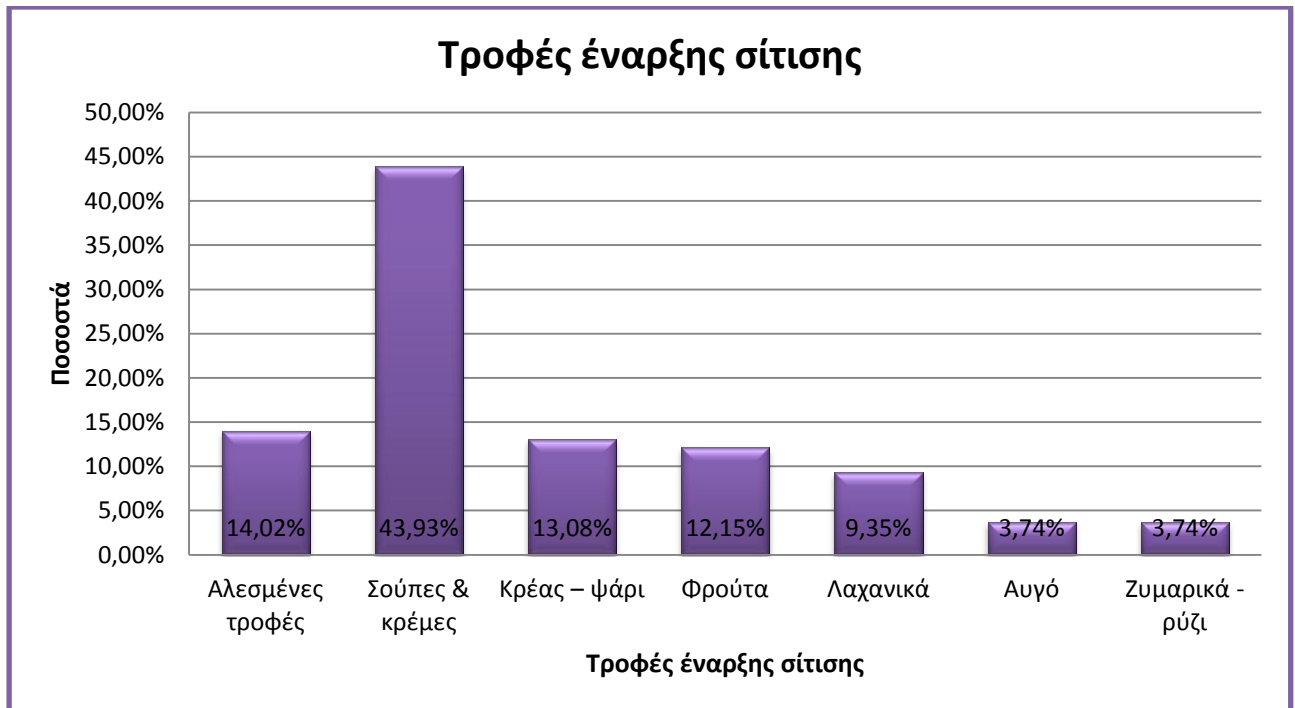
**Πίνακας 33:** Τροφές έναρξης σίτισης ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας

#### Τροφές έναρξης σίτισης

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σχ. Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Αλεσμένες τροφές	15	13,6	14,0	14,0
Σούπες & κρέμες	47	42,7	43,9	57,9
Κρέας – ψάρι	14	12,7	13,1	71,0
Φρούτα	13	11,8	12,1	83,2
Λαχανικά	10	9,1	9,3	92,5
Αυγό	4	3,6	3,7	96,3
Ζυμαρικά - ρύζι	4	3,6	3,7	100,0
Σύνολο:	107	97,3	100,0	
Ελλιπείς τιμές:	3	2,7		
Σύνολο:	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 31.

**Διάγραμμα 32:** Τροφές έναρξης σίτισης ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας



❖ **Διακοπή χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου (μήνες):**

Μελετώντας τις απαντήσεις των γονέων ως προς το μήνα κατά τον οποίο επιτεύχθηκε διακοπή της χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου, παρατηρείται ότι κατά πλειοψηφία τα παιδιά προσχολικής ηλικίας σταματούν μεταξύ πρώτου και δεύτερου χρόνου (41.9%). Ένα σημαντικό ποσοστό δηλώνει ότι η διακοπή επιτεύχθηκε μεταξύ δεύτερου και τρίτου χρόνου (21.1%), ενώ ένα ποσοστό μόλις 7.3% δηλώνει ότι χρειάστηκαν παραπάνω από τρία χρόνια για να επιτευχθεί διακοπή χρήσης. Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι 16.5% του δείγματος δεν χρησιμοποίησε ποτέ πιπίλα ή/και δάχτυλο, ενώ είναι αναμενόμενο το ποσοστό 13.8% που αναφέρει ότι ακόμη χρησιμοποιεί, αν λάβει κανείς υπόψη του τις ηλικιακές ομάδες που συμμετείχαν στην έρευνα.

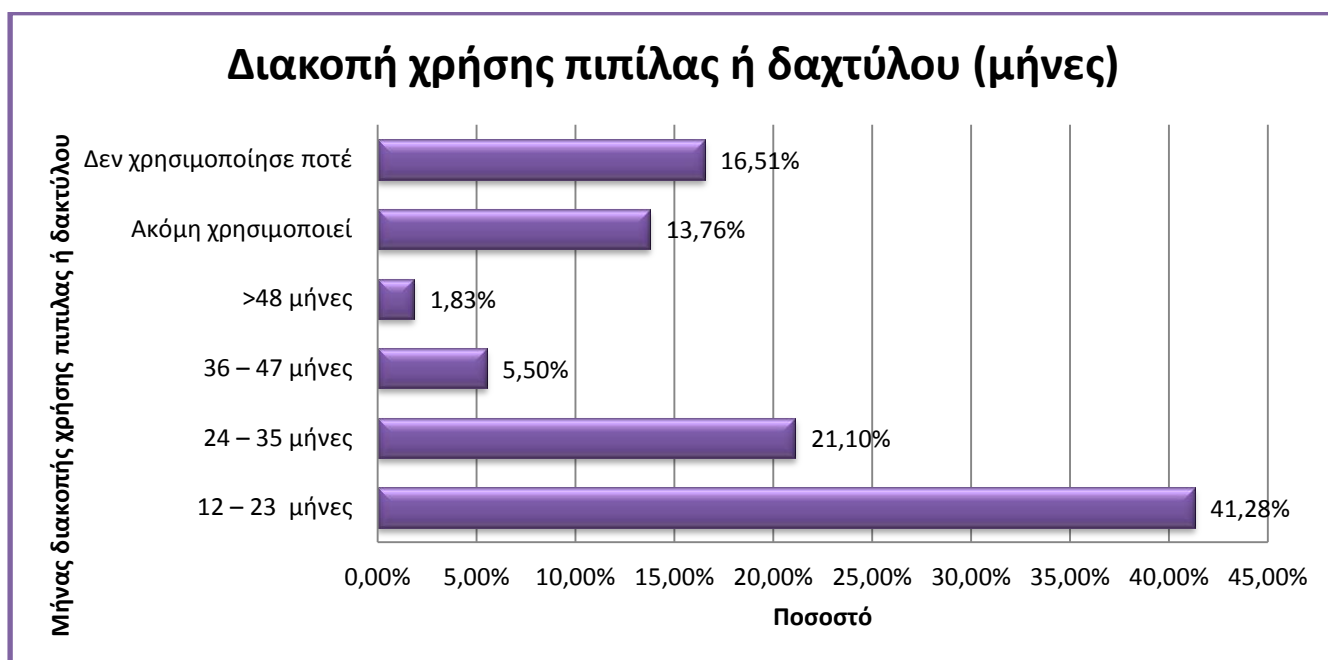
**Πίνακας 33:** Διακοπή χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου ενός παιδιού  
προσχολικής ηλικίας

**Διακοπή χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου (μήνες)**

	Συχνότητα	Ποσοστά	Σχ. Ποσοστά	Αθρ. Ποσοστά
12 – 23 μήνες	45	40,9	41,3	41,3
24 – 35 μήνες	23	20,9	21,1	62,4
36 – 47 μήνες	6	5,5	5,5	67,9
>48 μήνες	2	1,8	1,8	69,7
Ακόμη χρησιμοποιεί	15	13,6	13,8	83,5
Δεν χρησιμοποίησε ποτέ	18	16,4	16,5	100,0
Σύνολο:	109	99,1	100,0	
Ελλιπείς τιμές:	1	,9		
Σύνολο:	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 32.

**Διάγραμμα 33:** Διακοπή χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου ενός παιδιού  
προσχολικής ηλικίας



## Μέρος 4<sup>ο</sup>: Προβλήματα σίτισης & κατάποσης

### ❖ Έναρξη προβλημάτων σίτισης:

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η ανάλυση των απαντήσεων που δόθηκαν στην ερώτηση για την έναρξη των προβλημάτων σίτισης. Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 35, η εμφάνιση των προβλημάτων σίτισης δεν επηρεάζεται ηλικιακά, εφόσον υπήρξε ισοψηφία απαντήσεων στις ηλικιακές ομάδες 0 – 12 μηνών, 13 – 24 μηνών και 25 – 36 μηνών με ποσοστό 20%. Η πλειοψηφία του δείγματος ωστόσο δείχνει ότι τα προβλήματα σίτισης εξαρτώνται από άλλες μεταβλητές όπως η ποσότητα του φαγητού ή οι προτιμήσεις του παιδιού καθώς το 25% του δείγματος δήλωσε ύπαρξη περιστασιακών προβλημάτων ανάλογα με την ποσότητα ή τις προτιμήσεις. Τέλος, 15% των παιδιών φαίνεται να εμφανίζει προβλήματα την περίοδο που αρχίζει να σιτίζεται αυτόνομα.

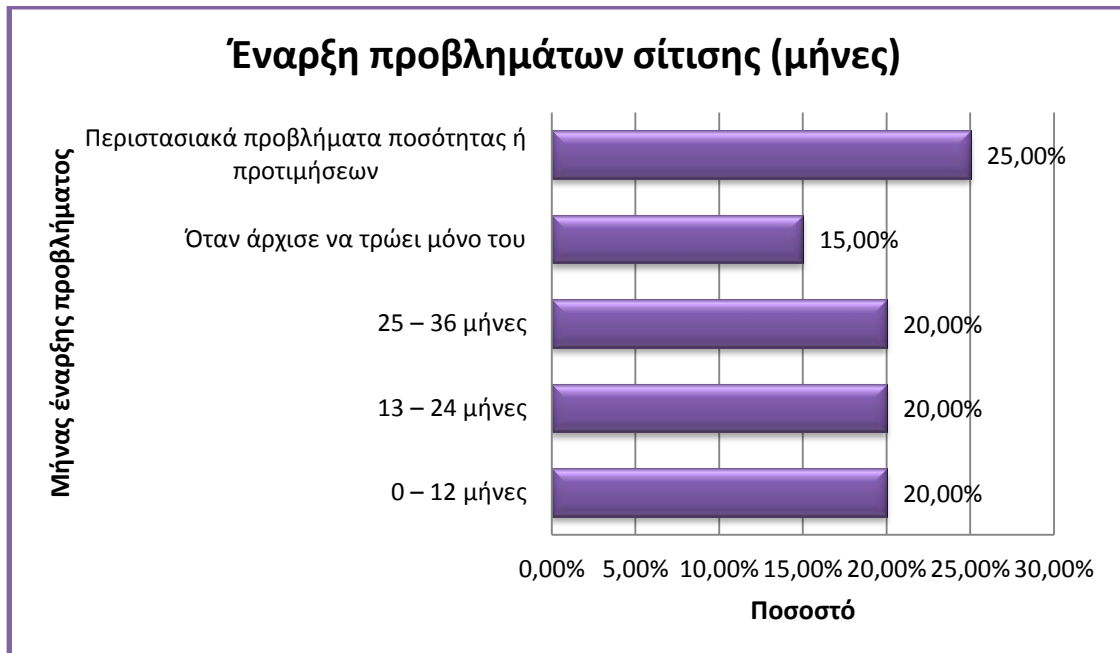
Πίνακας 35: Έναρξη προβλημάτων σίτισης για παιδιά προσχολικής ηλικίας

### Έναρξη προβλημάτων σίτισης (μήνες)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Σχ. Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
0 – 12 μήνες	4	3,6	20,0	20,0
13 – 24 μήνες	4	3,6	20,0	40,0
25 – 36 μήνες	4	3,6	20,0	60,0
Όταν άρχισε να τρώει μόνο του	3	2,7	15,0	75,0
Περιστασιακά προβλήματα ποσότητας ή προτιμήσεων	5	4,5	25,0	100,0
Σύνολο:	20	18,2	100,0	
Ελλιπείς τιμές:	90	81,8		
Σύνολο:	110	100,0		

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 33.

**Διάγραμμα 34:** Έναρξη προβλημάτων σίτισης για παιδιά προσχολικής ηλικίας



❖ **Συσχέτιση ιατρικού προβλήματος με εμφάνιση προβλημάτων σίτισης**

Στην ερώτηση για την εύρεση σύνδεσης μεταξύ των προβλημάτων σίτισης και κάποιου ιατρικού προβλήματος, απάντησαν μόνο 12 ερωτώμενοι ενώ όλες οι απαντήσεις αντιστοιχούσαν στο ίδιο πρόβλημα, την οισοφαγική παλινδρόμηση.

❖ **Διατήρηση ή απώλεια βάρους:**

Από το σύνολο των 110 παιδιών προσχολικής ηλικίας στα 106 παρατηρείται διατήρηση του σωματικού τους βάρους, ενώ μόλις 4 παιδιά παρατήρησαν κάποια απώλεια στο βάρος τους.

**Πίνακας 36: Διατήρηση ή απώλεια βάρους των παιδιών προσχολικής ηλικίας**

**Διατήρηση ή απώλεια βάρους**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Διατήρηση</b>	106	96,4
<b>Απώλεια</b>	4	3,6
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 34.

**Διάγραμμα 35: Διατήρηση ή απώλεια βάρους των παιδιών προσχολικής ηλικίας**



**❖ Πραγματοποίηση κινήσεων απομύζησης:**

Ενδιαφέρον προκαλούν οι απαντήσεις στην ερώτηση για ύπαρξη κινήσεων απομύζησης κατά την βρεφική ηλικία, οι οποίες αποτελούν και σημαντικό αντανακλαστικό το οποίο βοηθά στην ομαλή ανάπτυξη των ικανοτήτων σίτισης των παιδιών. Όπως φαίνεται κινήσεις απομύζησης παρατηρήθηκαν στο 69.4% του δείγματος, με ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 30.6% να δηλώνει το αντίθετο.

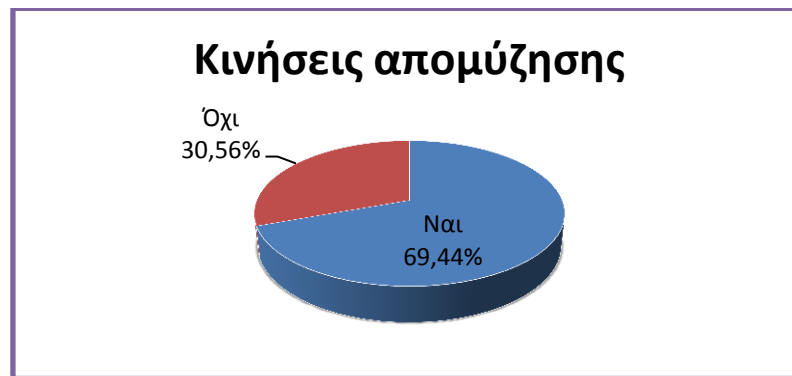
**Πίνακας 37:** Κινήσεις απομύζησης κατά τη βρεφική ηλικία

**Κινήσεις απομύζησης**

	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	75	69,4
Όχι	33	30,6
Σύνολο:	108	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 35.

**Διάγραμμα 36:** Κινήσεις απομύζησης κατά τη βρεφική ηλικία



**Προβλήματα σίτισης – Κατά τη διάρκεια της σίτισης**

❖ **Κλείσιμο χειλιών κατά τη διάρκεια της σίτισης:**

Πολύ σημαντικό αποτελεί επίσης το γεγονός ότι η πλειοψηφία των παιδιών (71.8%) εμφανίζει κλείσιμο των χειλιών κατά τη σίτιση.

**Πίνακας 38:** Κλείσιμο χειλιών κατά τη σίτιση

**Κλείσιμο χειλιών κατά τη σίτιση**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	79	71,8
Όχι	31	28,2
Σύνολο:	110	100,0



Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 36.

**Διάγραμμα 37: Κλείσιμο χειλιών κατά τη σίτιση**



❖ **Βαθμός κλεισίματος χειλιών:**

Από το 72% των παιδιών τα οποία κρατούν τα χείλη τους κλειστά κατά τη σίτιση, 65.8% παρατηρείται ότι πραγματοποιεί χαλαρό κλείσιμο, ενώ το 34.2% πραγματοποιεί σφιχτό χειλικό κλείσιμο.

**Πίνακας 39: Χαλαρό ή σφιχτό κλείσιμο των χειλιών**

**Χαλαρό ή σφιχτό κλείσιμο χειλιών**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Χαλαρό	52	65,8
Σφιχτό	27	34,2
Σύνολο:	79	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 37.

**Διάγραμμα 38: Χαλαρό ή σφιχτό κλείσιμο των χειλιών**



**❖ Πραγματοποίηση κινήσεων μάσησης & απώλεια σάλιου:**

Κινήσεις μάσησης πραγματοποιεί το 89% των παιδιών προσχολικής ηλικίας, ενώ απώλεια σάλιου από το στόμα παρατηρείται ότι έχει μόλις το 3.6% των παιδιών.

**Πίνακας 40: Κινήσεις μάσησης και απώλεια σάλιου από το στόμα**

	Κινήσεις μάσησης		Απώλεια σάλιου	
	Συχνότητα	Ποσοστά	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	97	89,0	4	3,6
Όχι	12	11,0	106	96,4
Σύνολο:	109	100,0	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 38.

**Διάγραμμα 39: Κινήσεις μάσησης και απώλεια σάλιου από το στόμα**



#### ❖ Βήχας κατά την κατάποση και ένταση:

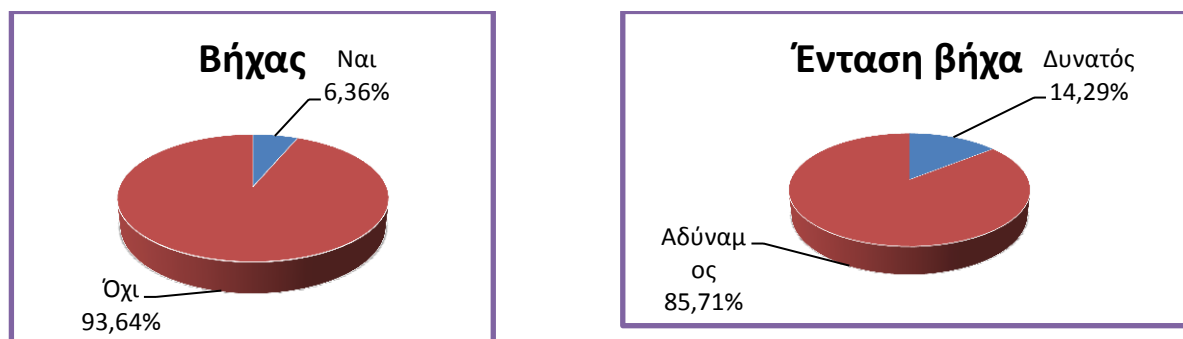
Αναφορικά με τα συμπτώματα βήχα, το 6.4% των παιδιών της προσχολικής ηλικίας εκτιμάται ότι παρουσιάζει τέτοια συμπτώματα, με μόλις μία στις επτά περιπτώσεις ο βήχας αυτός να είναι δυνατός.

**Πίνακας 41:** Περιστατικά βήχα και ένταση συμπτωμάτων

	Βήχας		Ένταση βήχα	
	Συχνότητα	Ποσοστά	Συχνότητα	Ποσοστά
Ναι	7	6,4	Δυνατός	1 14,3
Όχι	103	93,6	Αδύναμος	6 85,7
Σύνολο:	110	100,0	Σύνολο:	7 100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 39.

**Διάγραμμα 40:** Περιστατικά βήχα και ένταση συμπτωμάτων



#### ❖ Πνιγμός ή τάση για εμετός κατά την κατάποση:

Σχετικά με τα συμπτώματα πνιγμού και εμετού, το 11.8% των παιδιών της προσχολικής ηλικίας εκτιμάται ότι παρουσιάζει τέτοια συμπτώματα, με το 30.8% των περιστατικών να δηλώνονται ως πνιγμοί, το 53.8% ως εμετοί και το 15.4% ως η εκδήλωση και των δύο περιστατικών.

**Πίνακας 42:** Περιστατικά πνιγμού ή εμετού των παιδιών προσχολικής ηλικίας

**Πνιγμός ή εμετός**

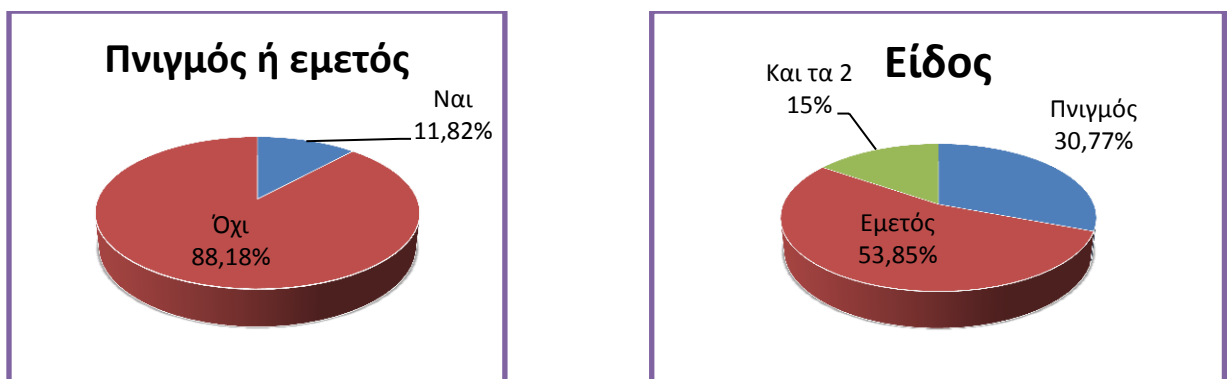
	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	13	11,8
Όχι	97	88,2
<b>Σύνολο:</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Είδος**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Πνιγμός		30,8	30,8
Εμετός	7	53,8	84,6
Και τα 2	2	15,4	100,0
<b>Σύνολο</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 40.

**Διάγραμμα 41:** Περιστατικά πνιγμού ή εμετού των παιδιών προσχολικής ηλικίας



#### ❖ Κούραση κατά τη μάσηση:

Η πλειοψηφία των παιδιών (83.6%) δεν εμφανίζει σημάδια κούρασης κατά τη μάσηση, ενώ μόνο το 16.4% δήλωσε το αντίθετο.

**Πίνακας 43: Κούραση κατά τη μάσηση**

#### Κούραση κατά τη μάσηση

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	18	16,4
Όχι	92	83,6
Σύνολο	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 41.

**Διάγραμμα 42: Κούραση κατά τη μάσηση**



#### ❖ Κούραση κατά τη μάσηση (κουταλιές)

Από το σύνολο των παιδιών τα οποία αναφέρουν συμπτώματα κούρασης κατά τη μάσηση, η πλειοψηφία (38.9%) βαριέται να μασήσει, ενώ το 22.2% κουράζεται μετά την 5<sup>η</sup> – 6<sup>η</sup> κουταλιά. Το 16.7% αναφέρει ότι το παιδί κουράζεται μετά από 7-10 κουταλιές ή μετά από 11-15 κουταλιές. Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 5.6% κουράζεται στη μέση του φαγητού.

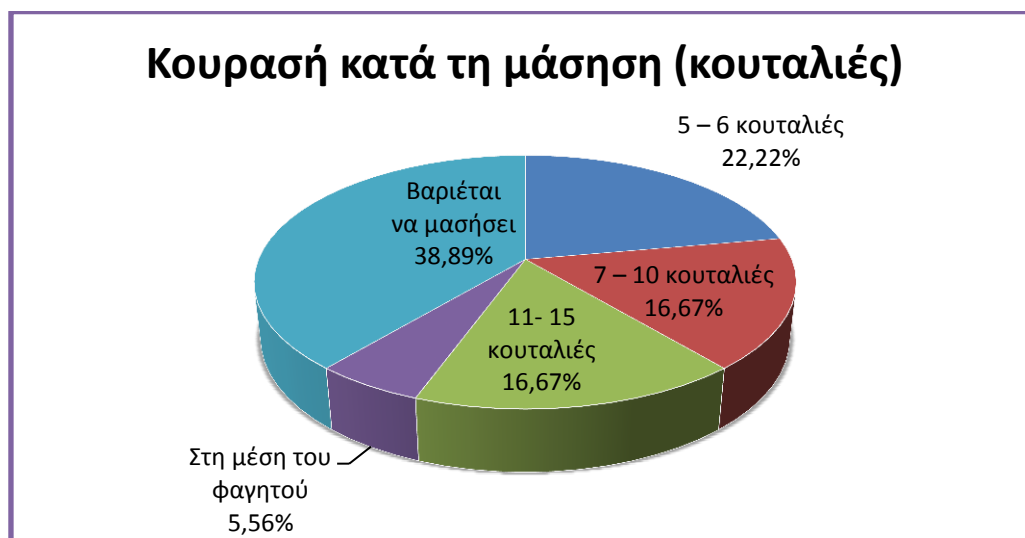
**Πίνακας 44: Κούραση κατά τη μάσηση (ανά κουταλιές)**

**Κούραση κατά τη μάσηση (κουταλιές)**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
5 – 6 κουταλιές	4	22,2	22,2
7 – 10 κουταλιές	3	16,7	38,9
11- 15 κουταλιές	3	16,7	55,6
Στη μέση του φαγητού	1	5,6	61,1
Βαριέται να μασήσει	7	38,9	100,0
Σύνολο:	18	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 42.

**Διάγραμμα 43: Κούραση κατά τη μάσηση (ανά κουταλιές)**



❖ **Υπολείμματα τροφών μετά τη σίτιση:**

Ένα στοιχείο αρκετά σημαντικό είναι το γεγονός ότι μόλις 5 από τα 110 παιδιά του δείγματός ανέφερε την ύπαρξη υπολειμμάτων τροφών μετά τη μάσηση.

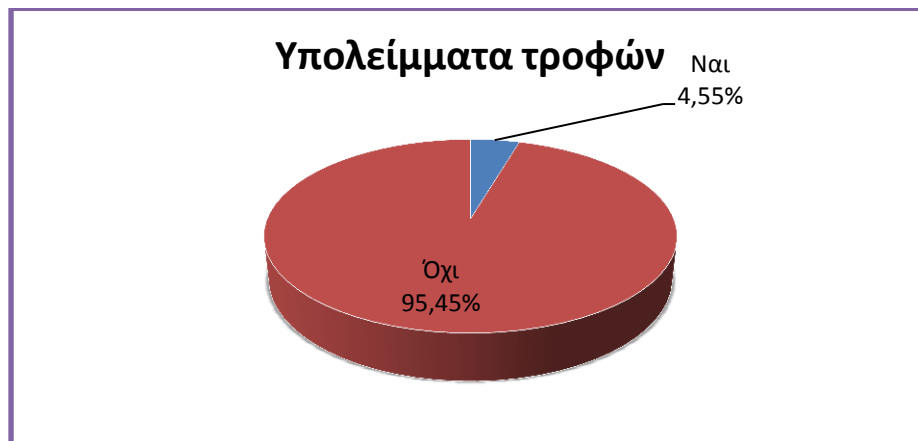
**Πίνακας 45: Υπολείμματα τροφών μετά τη σίτιση**

**Υπολείμματα τροφών**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Ναι</b>	5	4,5
<b>Όχι</b>	105	95,5
<b>Σύνολο</b>	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 43.

**Διάγραμμα 44: Υπολείμματα τροφών μετά τη σίτιση**



❖ **Τόπος και χρόνος προβλημάτων κατάποσης:**

Στην ερώτηση για τον χρόνο και τον τόπο εμφάνισης των προβλημάτων κατάποσης, υπήρχε μεγάλη έλλειψη πληροφοριών καθώς μόνο ένας από τους ερωτώμενους έδωσε απάντηση, και για αυτό το λόγο δεν μπορούν να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα.

❖ **Υπαρξη οισοφαγικής παλινδρόμησης:**

Οισοφαγική παλινδρόμηση παρατηρείται στο 11.8% των παιδιών της προσχολικής ηλικίας, ενώ δεν παρατηρείται στο υπόλοιπο 88.2% των παιδιών.

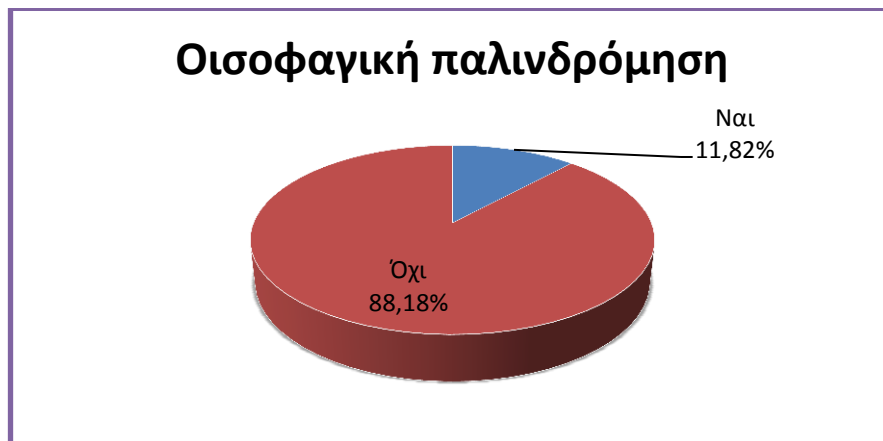
**Πίνακας 46: Οισοφαγική παλινδρόμηση**

**Οισοφαγική παλινδρόμηση**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Ναι</b>	13	11,8
<b>Όχι</b>	97	88,2
<b>Σύνολο:</b>	110	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 44.

**Διάγραμμα 45: Οισοφαγική παλινδρόμηση**



❖ **Σύμπτωμα οισοφαγικής παλινδρόμησης**

Από το σύνολο των παιδιών για τα οποία αναφέρονται περιστατικά οισοφαγικής παλινδρόμησης, στο 38.5% των περιστατικών αναφέρεται δυσοσμία και στο 23.1% των περιπτώσεων αναφέρεται εμετός κατά τη διάρκεια της μάσησης. Σε χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται περιστατικά δυσφορίας, πόνου και εμετού πριν αλλά και μετά τη μάσηση.



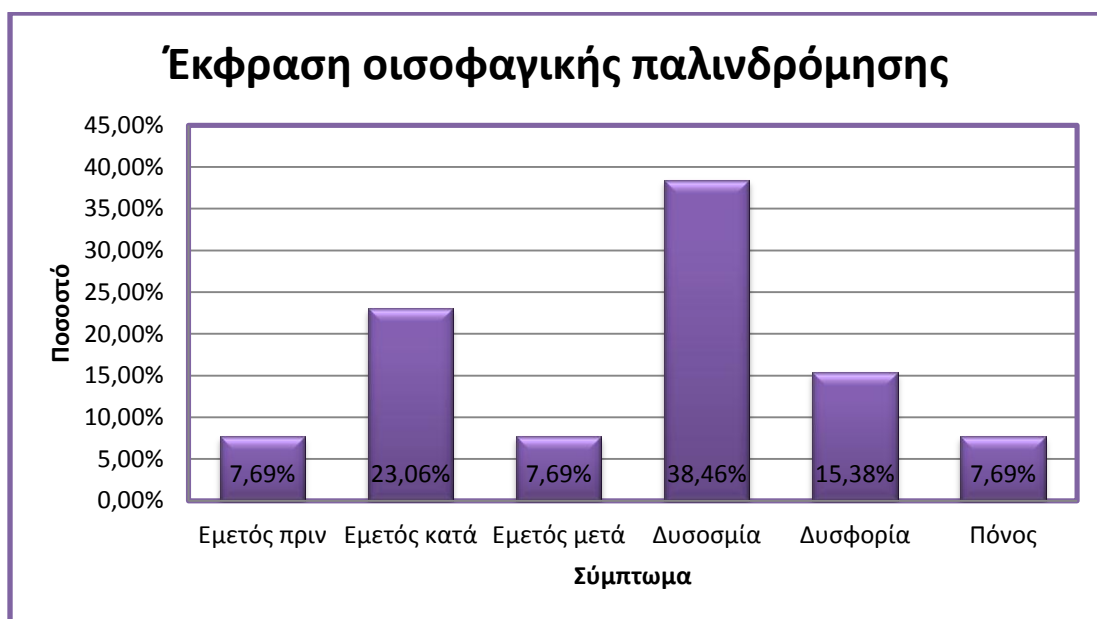
### Πίνακας 47: Σύμπτωμα οισοφαγικής παλινδρόμησης

#### Έκφραση οισοφαγικής παλινδρόμησης

	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Εμετός πριν	1	7,7	7,7
Εμετός κατά	3	23,1	30,8
Εμετός μετά	1	7,7	38,8
Δυσσομία	5	38,5	76,9
Δυσφορία	2	15,4	92,3
Πόνος	1	7,7	100,0
Σύνολο	13	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 45.

### Διάγραμμα 46: Τρόποι οισοφαγικής παλινδρόμησης



#### ❖ Διαρροή υγρών από τη ρινική κοιλότητα:

Στην παρούσα ερώτηση δόθηκαν συνολικά μόνο 7 απαντήσεις, οι οποίες ήταν όλες αρνητικές. Λόγω όμως του μικρού αριθμού απαντήσεων δεν είναι δυνατή η εξαγωγή οποιαδήποτε έγκυρου αποτελέσματος.

❖ **Αλλαγή φωνής μετά την κατάποση:**

Και σε αυτή την ερώτηση υπήρξε μεγάλη έλλειψη δεδομένων, γεγονός που οδηγεί στην αδυναμία εξαγωγής συμπερασμάτων. Αξίζει να σημειωθεί, παρόλα αυτά ότι και οι 6 απαντήσεις που δόθηκαν ήταν αρνητικές.

❖ **Δυσκολία αναπνοής κατά τη διάρκεια της σίτισης:**

Άλλη μία ερώτηση στην οποία παρατηρείται έλλειψη επαρκών δεδομένων αφορά τις δυσκολίες στην αναπνοή κατά την διάρκεια της σίτισης. Και σε αυτή την περίπτωση είναι αδύνατη η εξαγωγή δεδομένων, ενώ όσες απαντήσεις δόθηκαν ήταν αρνητικές.

❖ **Φάση κατάποσης στην οποία εμφανίζεται πρόβλημα:**

Η φάση της κατάποσης κατά την οποία εμφανίζονται πιο συχνά προβλήματα (54.2%) είναι αυτή κατά τη διάρκεια της μάσησης. Το 20.8% των περιστατικών δήλωσε εμφάνιση προβλημάτων κατά την κατάποση, το 16.7% κατά τη λήψη τροφής από το στόμα, ενώ στο 8.3% των περιπτώσεων μετά την κατάποση.

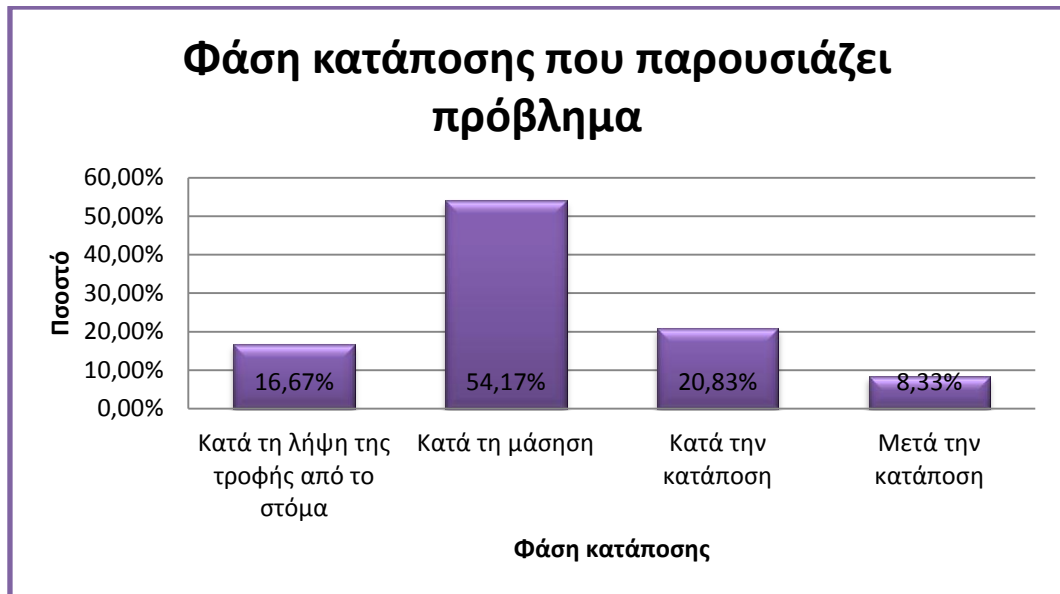
**Πίνακας 48: Φάση κατάποσης κατά την οποία παρουσιάζεται πρόβλημα**

**Φάση κατάποσης που παρουσιάζει πρόβλημα**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Αθρ. Ποσοστό</b>
<b>Κατά τη λήψη της τροφής από το στόμα</b>	4	16,7	16,7
<b>Κατά τη μάσηση</b>	13	54,2	70,8
<b>Κατά την κατάποση</b>	5	20,8	91,7
<b>Μετά την κατάποση</b>	2	8,3	100,0
<b>Σύνολο:</b>	24	100,0	

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 46.

**Διάγραμμα 47: Φάση κατάποσης κατά την οποία παρουσιάζεται πρόβλημα**



❖ **Ωθηση γλώσσας στα μπροστινά δόντια με ανοιχτά χαλαρά χείλη κατά την κατάποση:**

Τέλος, και στην παραπάνω ερώτηση υπάρχουν ελλιπή δεδομένα, καθιστώντας αδύνατη την εξαγωγή συμπερασμάτων. Ας σημειωθεί παρόλα αυτά ότι και οι πέντε απαντήσεις που δόθηκαν ήταν αρνητικές.

## Μέρος Β:

### Στατιστική ανάλυση με βάση την ηλικία

Στο σημείο αυτό της στατιστικής ανάλυσης θα πραγματοποιηθούν ορισμένοι έλεγχοι οι οποίοι σκοπό έχουν να εξετάσουν πιο αναλυτικά θέμα σίτισης καθώς και πως αυτό σχετίζεται με την ηλικία των παιδιών της προσχολικής ηλικίας. Για την ανάλυση αυτή θα γίνει χρήση της μεθόδου του ελέγχου ανεξαρτησίας  $\chi^2$ , ο οποίος σκοπό έχει να την επιβεβαίωση ή απόρριψη των αποτελεσμάτων.

Ο έλεγχος αυτός εξετάζει κατά αντιπαράθεση δύο μεταβλητές και βασίζεται σε δύο υποθέσεις. Η πρώτη υπόθεση την οποία ονομάζεται ως μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) αφορά το γεγονός ότι η πρώτη υπό εξέταση μεταβλητή δεν εξαρτάται (δεν επηρεάζεται) από την δεύτερη υπό εξέταση μεταβλητή. Η δεύτερη υπόθεση την οποία αναφέρεται ως εναλλακτική ( $H_1$ ) αφορά το γεγονός ότι η πρώτη υπό εξέταση μεταβλητή εξαρτάται (επηρεάζεται) από την δεύτερη υπό εξέταση μεταβλητή. Συγκεντρωτικά:

- $H_0$ : η πρώτη υπό εξέταση μεταβλητή είναι ανεξάρτητη από τη δεύτερη υπό εξέταση μεταβλητή
- $H_1$ : η πρώτη υπό εξέταση μεταβλητή εξαρτάται από τη δεύτερη υπό εξέταση μεταβλητή.

Για να αποφασιστεί το ποια από τις δύο υποθέσεις είναι αληθής ο έλεγχος βασίζεται στην τιμή του *P-value* (Significant value ή Sig). Αν το P-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερο από 0.05 τότε είναι αποδεκτή η μηδενική υπόθεση. Αν το P-value είναι μικρότερο του 0.05 τότε απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση έναντι της εναλλακτικής. Το 0.05 ή 5% ονομάζεται επίπεδο σημαντικότητας (συμβολίζεται με  $\alpha$ ) και είναι μία τιμή η οποία δείχνει την πιθανότητα η απόφαση που θα ληφθεί τελικά ως ορθή να είναι λάθος.

## Μέρος 1<sup>ο</sup>: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο.

### ❖ Παρούσα μέθοδος σίτισης

Στον ακόλουθο πίνακα φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους τα παιδιά σιτίζονται με το κουτάλι. Δεν παρατηρείται κάποια διαφοροποίηση στην παρούσα μέθοδο σίτισης, η οποία να σχετίζεται με την ηλικία του παιδιού, ενώ τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας δείχνουν ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 17.118, το P-value του ελέγχου είναι 0.312 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς, γίνεται αποδεκτή η μηδενική υπόθεση, πως η προτιμώμενη μέθοδος σίτισης είναι η χρήση κουταλιού και η επιλογή του οποίου δεν εξαρτάται από την ηλικία

**Πίνακας 48:** Παρούσα μέθοδος σίτισης ανά ηλικία

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Παρούσα μέθοδος	Θηλασμός	20,0%		13,3%			7,1%	5,5%
	Με μπουκάλι	40,0%	18,2%	6,7%	4,0%	8,3%	11,9%	10,9%
	Με κουτάλι	40,0%	81,8%	66,7%	88,0%	83,3%	66,7%	73,6%
	Με πιρούνι			13,3%	8,0%	8,3%	14,3%	10,0%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Chi - Square Tests

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	17,118 <sup>a</sup>	15	,312

### ❖ Αυτονομία παιδιού κατά τη διάρκεια της σίτισης

Εξετάζοντας την αυτονομία του παιδιού κατά τη σίτιση παρατηρείται ότι όταν το παιδί είναι ηλικίας από 2 έως 2.5 δεν είναι σε κανένα βαθμό αυτόνομο.

Τα ποσοστά της αυτονομίας αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ηλικία του παιδιού.

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 22.106, το P-value του ελέγχου είναι 0.000 και ταυτόχρονα μικρότερο του 0.05. Συνεπώς γίνεται αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης. Δηλαδή ότι η αυτονομία του παιδιού κατά τη σίτιση εξαρτάται από την ηλικία και όπως φαίνεται και παραπάνω ξεκινάει όταν είναι μεγαλύτερο από 2.6 ετών και αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία του παιδιού.

**Πίνακας 49:** Αυτονομία του παιδιού κατά τη σίτιση ανά ηλικία

% within Ηλικία

Αυτονομία		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
	<b>Ναι</b>	20,0%	81,8%	86,7%	84,0%	91,7%	95,2%	86,4%
	<b>Όχι</b>	80,0%	18,2%	13,3%	16,0%	8,3%	4,8%	13,6%
	<b>Σύνολο:</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi - Square Tests

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	22,106 <sup>a</sup>	5	,000

#### ❖ Τόπος σίτισης

Μελετώντας τον τόπο σίτισης του παιδιού διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των παιδιών ταΐζονται από τους γονείς τους στο χώρο της κουζίνας και της τραπεζαρίας και μάλιστα σε πολύ υψηλά ποσοστά. Συνεπώς δεν φαίνεται ο παράγοντας της ηλικίας να επηρεάζει τον τόπο σίτισης των παιδιών.

Βάσει των αποτελεσμάτων του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 20.947, το P-value του ελέγχου είναι 0.400 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς

γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης, ότι ανεξαρτήτως της ηλικίας του παιδιού, η πλειοψηφία των γονέων επιλέγει να τα ταΐζει στο χώρο της κουζίνας και της τραπεζαρίας.

**Πίνακας 50:** Τόπος σίτισης των παιδιών ανά ηλικία

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Τόπος σίτισης	Κουζίνα-τραπεζαρία	60,0%	72,7%	60,0%	64,0%	50,0%	73,8%	66,4%
	Δωμάτιο του/της		9,1%	13,3%				2,7%
	Σχολείο			6,7%	8,0%	8,3%	4,8%	5,5%
	Μπροστά στην τηλεόραση	20,0%	18,2%	6,7%	12,0%	8,3%	2,4%	8,2%
	Συνδυασμός των παραπάνω	20,0%		13,3%	16,0%	33,3%	19,0%	17,3%
<b>Σύνολο:</b>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	20,974 <sup>a</sup>	20	,400

❖ **Ποσότητα τροφής (μέσα στο στόμα)**

Ένα σημαντικό στοιχείο είναι το γεγονός ότι η ποσότητα την οποία καταναλώνουν τα παιδιά είναι φυσιολογική ανεξαρτήτως της ηλικίας τους. Φυσικά, μία μικρή διαφοροποίηση παρατηρείται στα παιδιά ηλικίας από 2 έως 2.5 όπου ένα ποσοστό των γονέων επιλέγει να τους δώσει μικρή ποσότητα τροφής.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου δείχνουν ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 4.348, το P-value του ελέγχου είναι 0.930 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς ισχύει η μηδενική

υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι γονείς επιλέγουν φυσιολογικού μεγέθους ποσότητα τροφής ανά κουταλιά, επιλογή που δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου.

**Πίνακας 51 : Ποσότητα τροφής από το στόμα ανά ηλικία**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Ποσότητα	Μικρή	40,0%	18,25	26,7%	32,0%	16,7%	19,0%	23,6%
	Φυσιολογική	60,0%	81,8%	66,7%	60,0%	75,0%	71,4%	69,1%
	Μεγάλη			6,7%	8,0%	8,3%	9,5%	7,3%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	4,348 <sup>a</sup>	10	,930

❖ **Σύσταση τροφής**

Αναφορικά με τη σύσταση των τροφών, παρατηρείται ότι η προτιμώμενη σύσταση τροφής είναι η στερεά και μάλιστα σε σημαντικά ποσοστά σε σχέση με τις άλλες τρεις κατηγορίες σύστασης.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 11.222, το P-value του ελέγχου είναι 0.737 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης η οποία ορίζει ότι η προτιμώμενη σύσταση της τροφής παραμένει σταθερά η στερεή ανεξάρτητα από το αναπτυξιακό επίπεδο.



**Πίνακας 52: Σύσταση φαγητών ανά ηλικία**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Σύσταση	Υγρά	20,0%		6,7%	12,0%	8,3%	7,1%	8,2%
	Ημι –υγρά		36,4%	40,0%	16,0%	8,3%	21,4%	21,8%
	Στερεά	40,0%	45,5%	40,0%	44,0%	66,7%	47,6%	47,3%
	Ημι –στερεά	40,0%	18,2%	13,3%	28,0%	16,7%	23,8%	22,7%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	11,222 <sup>a</sup>	15	,737

❖ **Θερμοκρασία τροφής**

Η προτιμώμενη θερμοκρασία της τροφής είναι κατά βάση χλιαρή για όλες τις ηλικίες των παιδιών. Σε σχετικά μέτρια ποσοστά επιλέγονται οι ζεστές τροφές ενώ σε πολύ χαμηλά ποσοστά οι κρύες τροφές για τα παιδιά.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 6.524, το P-value του ελέγχου είναι 0.769 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς ισχύει η μηδενική υπόθεση, κατά την οποία η θερμοκρασία των τροφών που προτιμάται από τα παιδιά παραμένει σταθερή σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια.

**Πίνακας 53: Θερμοκρασία τροφής ανά ηλικία**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Θερμοκρασία	Κρύα			13,35	4,0%		4,8%	4,5%
	Χλιαρά	60,0%	81,8%	66,7%	76,0%	91,7%	73,8%	75,5%
	Ζεστά	40,0%	18,2%	20,0%	20,0%	8,3%	21,4%	20,0%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	6,524 <sup>a</sup>	10	,769

❖ **Γεύση τροφής**

Όσον αφορά τη γεύση των φαγητών, τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας προτιμούν τις γλυκές αλλά και αλμυρές τροφές. Μικρή διαφοροποίηση στην τάση αυτή παρατηρείται στα παιδιά ηλικίας από 2 έως και 2.5 τα οποία επιλέγουν έντονες γεύσεις, δηλαδή ξινά, αλμυρά και πικρά. Παρόλα αυτά η διαφοροποίηση αυτή δεν είναι σημαντική ώστε να υπάρξει βάσιμη υπόθεση ότι η επιθυμία στις γεύσεις διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας δείχνει ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 22.777, το P-value του ελέγχου είναι 0.300 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς ισχύει η μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας προτιμούν κατά βάση γλυκές αλλά και αλμυρές στη γεύση τροφές, ενώ οι προτιμήσεις τους δεν μεταβάλλονται όσο αυξάνεται η ηλικία.

**Πίνακας 54: Γεύση τροφής ανά ηλικία**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Γεύση	Ξινά	40,0%	9,1%		8,0%		11,9%	9,1%
	Πικρά	20,0%	9,1%	6,7%	4,0%		2,4%	4,5%
	Γλυκά		63,6%	53,3%	44,0%	83,3%	50,0%	51,8%
	Αλμυρά	40,0%	18,2%	26,7%	36,0%	8,3%	26,2%	26,4%
	Πικάντικα			13,3%	8,0%	8,3%	9,5%	8,2%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	22,777 <sup>a</sup>	20	,300

❖ **Έντονες αντιδράσεις σε τροφές ή / και μυρωδιές:**

Αν και σύμφωνα με την προαναφερόμενη στατιστική ανάλυση φαίνεται να σημειώνονται σχεδόν ισότιμα ποσοστά μεταξύ των παιδιών που αντιδρούν και αυτών που δεν αντιδρούν έντονα σε τροφές και μυρωδιές, τα παρακάτω αποτελέσματα αποδεικνύουν, ότι τα παιδιά ανεξαρτήτως της ηλικίας τους δεν εμφανίζουν έντονες αντιδράσεις σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 2.615, το P-value του ελέγχου είναι 0.759 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης κατά την οποία η ηλικία δεν επηρεάζει την εκδήλωση ή όχι έντονων αντιδράσεων σε τροφές και μυρωδιές.

**Πίνακας 55: Έντονη αντίδραση σε τροφές και μυρωδιές ανά ηλικία**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Αвт.	Ναι	40,0%	45,5%	33,3%	56,0%	58,3%	50,0%	49,1%
	Όχι	60,0%	54,5%	66,7%	44,0%	41,7%	50,0%	50,9%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	2,615 <sup>a</sup>	5	,759

❖ **Τρόπος αντίδρασης:**

Αναφορικά με τον τρόπο της αντίδρασης των παιδιών εκείνων εκδηλώνουν έντονες αντιδράσεις σε τροφές ή/και μυρωδιές, φαίνεται ότι κατά πλειοψηφία τα παιδιά προσχολικής ηλικίας προτιμούν να δείχνουν τη δυσαρέσκεια τους με απλή άρνηση να φάνε τροφές τις οποίες έχουν ήδη δοκιμάσει και δεν τους αρέσουν ως προς τη γεύση ή/και τη μυρωδιά.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 26.685, το P-value του ελέγχου είναι 0.372 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς θα πρέπει να γίνει αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης, κατά την οποία τα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία αντιδρούν έντονα σε τροφές και μυρωδιές επιλέγουν να δείξουν την δυσαρέσκεια με άρνηση να δοκιμάσουν κάτι οποίο δεν τους άρεσε, κάτι που δεν αλλάζει ανά αναπτυξιακό στάδιο

**Πίνακας 56:** Τρόπος αντίδρασης σε τροφές και μυρωδιές ανά ηλικία

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Τρόπος αντίδρασης	Κλείνει το στόμα και αρνείται να φάει			66,7%	13,3%	16,7%	21,7%	18,5%
	Αρνείται να φάει τροφές που έχει ήδη δοκιμάσει και δεν του αρέσουν ως προς τη γεύση ή τη μυρωδιά	50,0%	40,0%		20,0%	33,3%	39,1%	31,5%
	Μορφασμοί αηδίας/απέχθειας σε μυρωδιές ή και γεύσεις		20,0%		20,0%	16,7%	13,0%	14,8%
	Δεν του αρέσει/ του αρέσει				26,7%		17,4%	14,8%
	Το φτύνει / Το κάνει εμετό		20,0%	33,3%	13,3%	33,3%	8,7%	14,8%
	Πετάει τα σκεύη του φαγητού	50,0%	20,0%		6,7%			5,6%
	<b>Σύνολο:</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	26,685 <sup>a</sup>	25	,372

❖ **Στάση σώματος κατά τη σίτιση:**

Εξετάζοντας τη στάση του σώματος των παιδιών κατά τη σίτιση φαίνεται ότι η πλειοψηφία προτιμά την όρθια στάση ή τη στάση προς τα εμπρός. Σε γενικές γραμμές δεν εντοπίζεται κάποια διαφοροποίηση στην στάση σίτισης του παιδιού η οποία να σχετίζεται με την ηλικία του.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 13.547, το P-value του ελέγχου είναι 0.560 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του

0.05. Συνεπώς ισχύει η μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία η προτιμώμενη στάση σίτισης δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου

**Πίνακας 57: Στάση σώματος κατά τη σίτιση ανά ηλικία**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Στάση σώματος	Ορθή γωνία	60,0%	54,5%	60,0%	20,0%	41,7%	33,3%	38,2%
	Προς τα εμπρός	40,0%	36,4%	33,3%	68,0%	50,0%	47,6%	49,1%
	Προς τα πίσω		9,1%		8,0%	8,3%	9,5%	7,3%
	Σαγόνι κάτω			6,7%	4,0%		9,5%	5,5%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	13,547 <sup>a</sup>	15	,560

❖ **Θέση γονιού κατά τη σίτιση:**

Η θέση του γονιού κατά τη σίτιση παρατηρείται ότι κατά κανόνα είναι δίπλα στο παιδί σε υποστηρικτική ή υποβοηθητική στάση, επιλογή που διατηρείται σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 20.863, το P-value του ελέγχου είναι 0.141 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης σύμφωνα με την οποία η προτιμώμενη στάση σίτισης παραμένει σταθερή σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια χωρίς να επηρεάζεται από χρονικές μεταβολές.

**Πίνακας 58:** Θέση γονιού κατά τη σίτιση ανά ηλικία του παιδιού

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Θέση γονιού	Όλοι μαζί (ίδιος χώρος ή τραπέζι)		30,0%	53,3%	32,0%	8,3%	35,7%	32,1%
	Κοντά ή δίπλα	60,0%	60,0%	33,3%	40,0%	83,3%	31,0%	43,1%
	Δεν σχετίζεται με την θέση του παιδιού				8,0%		11,9%	6,4%
	Άσχετες απαντήσεις	40,0%	10,0%	13,3%	20,0%	8,3%	21,4%	18,3%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	20,863 <sup>a</sup>	15	,141

❖ **Διάρκεια γευμάτων:**

Η διάρκεια των γευμάτων παρατηρείται να είναι κατά πλειοψηφία 20 λεπτά σε όλα τα αναπτυξιακά στάδια, ενώ σε μερικές περιπτώσεις είναι και 15 λεπτά.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 6.256, το P-value του ελέγχου είναι 0.975 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς ισχύει η μηδενική υπόθεση, κατά την οποία η διάρκεια της σίτισης των παιδιών προσχολικής ηλικίας διαρκεί κατά κανόνα 20 λεπτά ανεξαρτήτως της ηλικίας τους.

**Πίνακας 59: Διάρκεια των γευμάτων ανά ηλικία του παιδιού**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Διάρκεια	15 λεπτά	40,0%	27,3%	26,75	24,0%	25,0%	28,6%	27,3%
	20 λεπτά	60,0%	45,5%	40,0%	52,0%	41,7%	33,3%	41,8%
	30 λεπτά		18,2%	20,0%	20,0%	16,7%	26,2%	20,9%
	>30 λεπτά		9,1%	13,3%	4,05	16,7%	11,9%	10,0%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	6,256 <sup>a</sup>	15	,975

❖ **Πόση νερού με γεμάτο στόμα:**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα φαίνεται ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αποφεύγουν να πίνουν νερό όταν το στόμα τους είναι γεμάτο.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 6.620, το P-value του ελέγχου είναι 0.250 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Κατά συνέπεια γίνεται αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης σύμφωνα με την οποία αποφεύγεται η πόση νερού κατά τη διαδικασία σίτισης του παιδιού ανεξάρτητα με το ηλικιακό επίπεδο.



**Πίνακας 60: Πόση νερού με στόμα γεμάτο ανά ηλικία του παιδιού**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Πόση	Ναι	20,0%	18,2%	6,7%	28,0%	8,3%	33,3%	23,6%
	Όχι	80,0%	81,8%	93,3%	71,0%	91,7%	66,7%	76,4%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	6,620 <sup>a</sup>	5	,250

❖ **Αποφυγή τροφίμων:**

Η πλειοψηφία των γονέων αναφέρουν ότι το παιδί τους αποφεύγει τρόφιμα και μάλιστα το ποσοστό των παιδιών αυτών είναι πολύ υψηλό σε όλες τις κατηγορίες των ηλικιών. Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 1.615, το P-value του ελέγχου είναι 0.899 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Άρα ισχύει η μηδενική υπόθεση κατά την οποία η πλειοψηφία των παιδιών της προσχολικής ηλικίας αποφεύγει τροφές, συμπεριφορά που δεν αλλάζει ανάλογα το αναπτυξιακό στάδιο.

**Πίνακας 61: Αποφυγή τροφίμων ανά ηλικία του παιδιού**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Αποφ.	Ναι	50,0%	72,7%	60,0%	60,0%	75,0%	64,3%	64,2%
	Όχι	50,0%	27,3%	40,0%	40,0%	25,0%	35,7%	35,8%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	1,615 <sup>a</sup>	5	,899

❖ **Είδη τροφών που αποφεύγουν τα παιδιά:**

Εξετάζοντας τις τροφές τις οποίες αποφεύγουν τα παιδιά γίνεται εμφανές ότι τα παιδιά ηλικίας από 2 έως 2.5 αποφεύγουν το κρέας, το ψάρι και λαχανικά. Τα παιδιά ηλικίας από 2.6 έως 2.11 αποφεύγουν το κρέας και το ψάρι. Τα παιδιά ηλικίας από 3 έως 3.5 αποφεύγουν κατά κανόνα τις σούπες. Τα παιδιά ηλικίας από 3.6 έως και 3.11 αποφεύγουν όσπρια-λαδερά αλλά και λαχανικά, ενώ τέλος τα παιδιά ηλικίας από 4 έως και 4.11 αποφεύγουν κατά πλειοψηφία τα λαχανικά, τα φρούτα και τα χορταρικά.

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 41.415, το P-value του ελέγχου είναι 0.021 και ταυτόχρονα μικρότερο του 0.05. Αυτό αποδεικνύει ότι ισχύει η εναλλακτική υπόθεση, κατά την οποία οι τροφές που αποφεύγουν τα παιδιά εξαρτώνται και από το ηλικιακό επίπεδο. Το παραπάνω ενισχύεται και από το γεγονός καθώς το παιδί αναπτύσσεται διαμορφώνει την προσωπικότητα του και κατ' επέκταση και τις διατροφικές προτιμήσεις του.

## Πίνακας 62: Είδη τροφίμων που αποφεύγουν τα παιδιά ανά ηλικία

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
<b>Τροφές που αποφεύγει</b>	Κρέας – ψάρι	50,0%	28,6%	25,0%	8,3%	16,7%	7,4%	14,5%
	Όσπρια - λαδερά		14,3%	25,0%	33,3%		40,7%	29,0%
	Λαχανικά – φρούτα - χορταρικά	50,0%	14,3%	12,5%	33,3%	50,0%	48,1%	37,1%
	Σούπες - κρέμες		14,3%	37,5%				6,5%
	Γαλακτοκομικά προϊόντα – αυγό		14,3%		16,7%			4,8%
	Τροφές με ιδιαίτερη γεύση ή σκληρή σύσταση		14,3%		8,3%	33,3%	3,7%	8,1%
<b>Σύνολο:</b>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Chi - Square Tests

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	41,415 <sup>a</sup>	25	,021

## Μέρος 4<sup>ο</sup>: Προβλήματα σίτισης

### ❖ Κλείσιμο χειλιών κατά τη σίτιση:

Η πλειοψηφία των παιδιών φαίνεται να πραγματοποιεί κλείσιμο των χειλιών κατά τη σίτιση, με μικρή διαφοροποίηση εκείνων των παιδιών τα οποία είναι ηλικίας 2 έως 2.5 ετών. Παρόλα αυτά δεν εντοπίζεται κάποια τάση για αύξηση ή μείωση της στάσης αυτής η οποία να σχετίζεται με την ηλικία.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 9.090, το P-value του ελέγχου είναι 0.106 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς ισχύει η μηδενική υπόθεση, κατά την οποία το κλείσιμο των χειλιών των παιδιών δεν εξαρτάται από το αναπτυξιακό επίπεδο.

### Πίνακας 63: Κλείσιμο των χειλιών κατά τη σίτιση ανά ηλικία παιδιών

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Κλείσιμο	Ναι	20,0%	90,9%	66,7%	76,0%	75,0%	71,4%	71,8%
	Όχι	80,0%	9,1%	33,3%	24,0%	25,0%	28,6%	28,2%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi - Square Tests

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	9,090 <sup>a</sup>	5	,106

#### ❖ Κινήσεις μάσησης:

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προηγούμενης ανάλυσης, η πλειοψηφία των παιδιών πραγματοποιεί κινήσεις μάσησης. Μελετώντας τη συμπεριφορά της μεταβλητής σε σχέση με την ηλικία, παρατηρείται ότι αν και όλα τα παιδιά πραγματοποιούν κινήσεις μάσησης, το ποσοστό μειώνεται σε κάποιο βαθμό μετά το 3<sup>ο</sup> έτος με τη βαθμιαία αύξηση της ηλικίας. Το γεγονός αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί, αν λάβει κανείς υπόψη τους ότι τα προβλήματα σίτισης εμφανίζονται κυρίως όταν το παιδί έχει αναπτύξει γευστικές προτιμήσεις και όταν είναι σχετικά αυτόνομο κατά τη σίτιση, δηλαδή από τον τρίτο χρόνο ζωής.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας ωστόσο, δείχνει ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 4.550, το P-value του ελέγχου είναι 0.473 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς γίνεται αποδοχής της μηδενικής υπόθεσης η οποία υποδεικνύει ότι αν και παρατηρείται η μερική (αν και όχι σταδιακή) μείωση του ποσοστού, η ύπαρξη κινήσεων μάσησης δεν εξαρτώνται από τα αναπτυξιακά επίπεδα.

**Πίνακας 64: Κινήσεις μάσησης ανά ηλικία παιδιών**

% within Ηλικία		Ηλικία						
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	Total
Κιν	Ναι	100,0%	100,0%	86,7%	88,0%	75,0%	90,2%	89,0%
	Όχι			13,3%	12,0%	25,0%	9,8%	11,0%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
Chi - Squared	4,550 <sup>a</sup>	5	,473

❖ **Απώλεια σάλιου από το στόμα:**

Απώλεια σάλιου από το στόμα δεν φαίνεται να εντοπίζεται σε υψηλά ποσοστά και μάλιστα με τάση αυξητική ή μη η οποία να σχετίζεται με την ηλικία του παιδιού.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 2.997, το P-value του ελέγχου είναι 0.700 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς ως βάσιμη υπόθεση θα πρέπει να γίνει δεκτή η μηδενική κατά την οποία ακόμη και τα μικρά ποσοστά εμφάνισης σιελόρροιας δεν εξαρτώνται από το στάδιο ανάπτυξης. Ωστόσο, δεν είναι απίθανο η ύπαρξη αυτών των ποσοστών στα συγκεκριμένα στάδια να οφείλεται σε άλλους παράγοντες.

**Πίνακας 65:** Απώλεια σάλιου από το στόμα ανά ηλικία παιδιών

% within Ηλικία		Ηλικία						
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	Total
Απώλ	Ναι			6,7%	8,0%		2,4%	3,6%
	Όχι	100,0%	100,0%	93,3%	92,0%	100,0%	97,6%	96,4%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	2,997 <sup>a</sup>	5	,700

❖ **Βήχας:**

Αν και τα ποσοστά εμφάνισης βήχα στο δείγμα είναι μικρά, είναι ενδιαφέρον ότι εμφανίζονται μετά τα 3,5 έτη. Παρόλα αυτά δεν φαίνεται να υπάρχει σύνδεση μεταξύ των περιστατικών εμφάνισης βήχα και της ηλικίας.

Από τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας προκύπτει ότι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 5.199, το P-value του ελέγχου είναι 0.392 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05, κάτι που υποδεικνύει ότι ισχύει η μηδενική υπόθεση, ότι δηλαδή δεν παρατηρείται κάποια τάση η οποία να συσχετίζει την εμφάνιση βήχα με τον παράγοντα της ηλικίας.

Ωστόσο, μια θεωρητική υπόθεση μπορεί να υποστηρίξει ότι μπορεί να υπάρχει σύνδεση μεταξύ της ύπαρξης προβλημάτων σίτισης και περιστατικών βήχα, καθώς όπως προαναφέρθηκε τα προβλήματα σίτισης εμφανίζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες κάτι που μπορεί να δικαιολογεί και την ύπαρξη του βήχα.

**Πίνακας 66: Βήχας ανά ηλικία παιδιών**

		% within Ηλικία						
		Ηλικία						
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	Total
Βήχας	Ναι				8,0%		11,9%	6,4%
	Όχι	100,0%	100,0%	100,0%	92,0%	100,0%	88,1%	93,6%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	5,199 <sup>a</sup>	5	,392

❖ **Πνιγμός ή εμετός:**

Αναφορικά με τα συμπτώματα εμετού ή πνιγμού η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών δεν παρουσιάζει τέτοια συμπτώματα ούτε και κάποια ένδειξη για ύπαρξη τάσης εμφάνισης στο μέλλον. Ωστόσο, είναι αδύνατο να μην παρατηρηθεί ότι περιστατικά πνιγμού ή εμετού εμφανίζονται και μάλιστα σχετικά σταδιακά μετά το 3<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 4.033, το P-value του ελέγχου είναι 0.545 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Επομένως, γίνεται δεκτή η μηδενική υπόθεση κατά την οποία δεν εμφανίζεται συσχέτιση μεταξύ των περιστατικών πνιγμού ή εμετού και της ηλικίας.

Και σε αυτή την περίπτωση όμως, τα μικρά και βαθμιαίως αυξανόμενα ποσοστά που εμφανίζονται μετά το 3<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας μπορούν να αποδοθούν σε πιθανή σχέση με την εμφάνιση των προβλημάτων σίτισης που κατά κύριο λόγο εμφανίζονται στα ίδια ηλικιακά επίπεδα.

**Πίνακας 67: Πνιγμός ή εμετός ανά ηλικία παιδιών**

% within Ηλικία

		Ηλικία						Total
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	
Πνιγμός	Ναι			6,7%	16,9%	8,3%	16,7%	11,8%
	Όχι	100,0%	100,0%	93,3%	84,0%	91,7%	83,3%	88,2%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	4,033 <sup>a</sup>	5	,545

❖ **Κούραση κατά τη μάσηση:**

Όλα τα παιδιά ανεξαρτήτως της ηλικίας τους δεν κουράζονται κατά τη διαδικασία της μάσησης. Ωστόσο, υψηλότερα ποσοστά σημειώνονται στις μικρότερες ηλικίες.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 5.199, το P-value του ελέγχου είναι 0.392 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05, γεγονός που υποδεικνύει ότι ισχύει η μηδενική υπόθεση, κατά την οποία η ηλικία των παιδιών δεν σχετίζεται με την εμφάνιση σημείων κούρασης κατά τη σίτιση.

Αυτό δικαιολογείται και από το γεγονός ότι κατά πλειοψηφία, τα παιδιά καταναλώνουν τροφές που είναι κατάλληλες με το αντίστοιχο αναπτυξιακό επίπεδο, και επομένως δεν απαιτούν αυξανόμενη προσπάθεια επεξεργασίας άρα και κούρασης.



**Πίνακας 68:** Κούραση κατά τη μάσηση ανά ηλικία παιδιών

		Ηλικία						% within Ηλικία
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6	4;6-4;11	Total
Κούραση	Ναι	20,0%	27,3%	13,3%	12,0%	16,7%	16,7%	16,4%
	Όχι	80,0%	72,7%	86,7%	88,0%	83,3%	83,3%	83,6%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
Chi - Squared	1,457 <sup>a</sup>	5	,918

❖ **Οισοφαγική παλινδρόμηση:**

Τέλος εξετάζοντας την οισοφαγική παλινδρόμηση παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των παιδιών δεν παρουσιάζει κάποιο τέτοιο σύμπτωμα. Αντιθέτως τα ποσοστά των παιδιών με συμπτώματα είναι λιγότερα από 17% σε όλες τις κατηγορίες των ηλικιών.

Η τιμή της στατιστικής συνάρτησης του ελέγχου του Pearson είναι 2.698, το P-value του ελέγχου είναι 0.746 και ταυτόχρονα μεγαλύτερο του 0.05. Συνεπώς θα πρέπει γίνει αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης κατά την οποία, τα παιδιά ανεξαρτήτως της ηλικιακής κατηγορίας στην οποία ανήκουν δεν εμφανίζουν συμπτώματα οισοφαγικής παλινδρόμησης σε ποσοστό άνω του 83%.

**Πίνακας 69: Οισοφαγική παλινδρόμηση ανά ηλικία παιδιών**

% within Ηλικία

		Ηλικία					Total	
		2;0-2;5	2;6-2;11	3;0-3;5	3;6-3;11	4;0-4;6		4;6-4;11
Ο.π.	Ναι		9,1%	6,7%	8,0%	16,7%	16,7%	11,8%
	Όχι	100,0%	90,9%	93,3%	92,0%	83,3%	83,3%	88,2%
Σύνολο:		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi - Square Tests**

Pearson Chi - Squared	Value	df	Asymp. Sig (2 - sided)
	2,698 <sup>a</sup>	5	,746

## ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### ΣΥΝΟΨΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Στην εργασία αυτή συμμετείχαν 110 παιδιά προσχολικής ηλικίας 2 - 5 ετών. Το δείγμα ήταν αρκετά ισορροπημένο ως προς το φύλο αφού τα ποσοστά για τα αγόρια και τα κορίτσια είναι 48,2% και 51,8% αντίστοιχα.

Ως προς την ηλικία φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη αντιπροσώπευση όσο αυξάνεται και η ηλικία.

#### ❖ Μέρος 1<sup>ο</sup>: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο – Διατροφικές συνήθειες

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα για το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, φαίνεται ότι η επικρατούσα μέθοδος σίτισης είναι η χρήση κουταλιού (73.6%) με τις άλλες μεθόδους (θηλασμός, μπουκάλι, πιρούνι) να ακολουθούν με πολύ μικρά ποσοστά.

Παράλληλα, ένα σημαντικό ποσοστό (13,6%) των παιδιών προσχολική ηλικίας δεν είναι αυτόνομο κατά τη σίτιση, κάτι όμως που επηρεάζεται και από το ηλικιακό επίπεδο. Σημειώνεται αρκετά μεγάλη συμμετοχή στη σίτιση (73%), ενώ από το ποσοστό που χρειάζεται βοήθεια (21,6%) το μεγαλύτερο μέρος απαιτεί μόνο λίγη (67,6%).

Ως προς τις διατροφικές συνήθειες, είναι εμφανές ότι η πλειοψηφία των παιδιών σιτίζεται στην κουζίνα ή στην τραπεζαρία (66,4%). Όσων αφορά την τροφή, η ποσότητα τροφής που βάζει το παιδί στο στόμα του είναι κατά κύριο λόγο φυσιολογική – φυσιολογικό μέγεθος βλωμού (69,1%)

Ως προς τα χαρακτηριστικά της τροφής, η πλειοψηφία των παιδιών φαίνεται να προτιμά τις στερεές τροφές (47,3%) από τις υγρές, ημι – υγρές και ημι – στερεές, σε χλιαρή θερμοκρασία (75,5%), ενώ οι προτιμώμενες γεύσεις είναι τα γλυκά (51,8%) και τα αλμυρά (26,4%).

Ένα υψηλό ποσοστό (49,1%) σημειώνει παρουσία αντιδράσεων σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές, οι οποίες εκφράζονται κυρίως με άρνηση λήψη τροφών που το παιδί έχει ήδη δοκιμάσει (31,5%).

Κατά την διάρκεια της σίτισης το 49,1% των παιδιών τρώει με κλίση του σώματος προς τα εμπρός, ενώ ο γονιός βρίσκεται κοντά ή δίπλα στο παιδί (43,1%). Η διάρκεια των γευμάτων είναι 20 λεπτά (69,1%), ενώ σημαντικό είναι το γεγονός ότι το 1 στα 5 παιδιά πίνει νερό με γεμάτο στόμα.

Τέλος, ένα αξιόλογο ποσοστό παιδιών προσχολικής ηλικίας σημείωσε ύπαρξη αποφυγής τροφών (64%), ενώ όσων αφορά τα τρόφιμα που αποφεύγουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, το υψηλότερο ποσοστό σημειώνουν τα λαχανικά, τα φρούτα και τα χορταρικά (37,1%), τα οποία ακολουθούν τα όσπρια και τα λαδερά (29%) και το κρέας και το ψάρι (14,5%). Επίσης, μη αναμενόμενο ήταν το 4,5% των παιδιών που απέφευγαν τρόφιμα συγκεκριμένης σύστασης.

### **✧ Μέρος 2<sup>ο</sup>: Ιστορικό.**

Όπως αναφέρθηκε και στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, παθολογικά χαρακτηριστικά εμφανίζει ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος, το οποίο δεν ξεπερνά το 8% σε κανένα χαρακτηριστικό. Εξαιρέση αποτελούν μόνο οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος που εμφανίζονται - αναμενόμενα - σε αρκετά υψηλό ποσοστό (60,9%).

### **✧ Μέρος 3<sup>ο</sup>: Σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία**

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα για τις ερωτήσεις του τρίτου μέρους του ερωτηματολογίου, παρατηρείται ότι το 81,82% των παιδιών θήλασαν κατά τη βρεφική ηλικία, ενώ κατά πλειοψηφία η περίοδος σίτισης μέσω θηλασμού διήρκεσε 6 μήνες (60%).

Αν και οι μητέρες έδωσαν διάφορους λόγους απουσίας του θηλασμού, στο δείγμα η πλειοψηφία δήλωσε την ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος (38,1%) ως λόγο απουσίας θηλασμού, ενώ πολύ υψηλό ποσοστό σημείωσαν και τις δυσκολίες θηλασμού (25,6%) δηλαδή αδυναμία, δυσκολία ή/και ασθένεια του παιδιού που το εμπόδισε να θηλάσει.

Παράλληλα, παρατηρείται ότι το 42,7% των παιδιών διέκοψε την σίτιση από μπουκάλι μετά από 18 μήνες, ενώ 38,8% των παιδιών χρειάστηκε 12 έως και 18 μήνες. Αντίστοιχα, η ηλικία έναρξης σίτισης με καλαμάκι είναι οι 18 μήνες (39,1%) με τους 12 και 24 μήνες να ακολουθούν με αρκετά σημαντικά ποσοστά (25,5% & 16,4% αντίστοιχα).

Ομοίως, παρατηρούνται ομοιόμορφα ποσοστά και στους μήνες έναρξης της σίτισης με κουτάλι, με την πλειοψηφία να δηλώνει τους 12 μήνες (39,1%) και να ακολουθούν με μεγάλο ποσοστό οι 15 μήνες (30,0%).

Ο μήνας κατά τον οποίο άρχισαν την μάσηση τα περισσότερα παιδιά ήταν, σύμφωνα με τους γονείς ο 12<sup>ος</sup> (39,1%), ενώ πολλοί γονείς δήλωσαν ότι τα παιδιά άρχισαν να μασούν επαρκώς τον 9<sup>ο</sup> μήνα (29,1%). Αντίστοιχα ποσοστά εμφανίζονται και για την περίοδο έναρξης της πόσης με ποτήρι, όπου οι περισσότεροι γονείς δήλωσαν τον 15<sup>ο</sup> μήνα (46,4%), ενώ πολλοί γονείς έδειξαν δυσκολία στο να διακρίνουν αν το παιδί άρχισε να πίνει από το ποτήρι ικανοποιητικά τον 18<sup>ο</sup> μήνα (20,9%) ή χρειάστηκε περισσότερο καιρό (> 18 μήνες - 20,9%).

Μεγάλο ενδιαφέρον έχουν τα αποτελέσματα της ερώτησης που αναφέρεται στις τροφές με τις οποίες ξεκίνησε η σίτιση.

Όπως ήταν αναμενόμενο, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού υπέδειξε τις σούπες και τις κρέμες (43,9%) ως την κύρια τροφή για την έναρξη της σίτισης, ενώ δεν υπήρξε μεγάλη διαφορά στις τροφές που ακολούθησαν, καθώς οι αλεσμένες τροφές, το κρέας και το ψάρι καθώς και τα φρούτα σημείωσαν ποσοστά 14%, 13,1% και 12,1% αντίστοιχα.

Τέλος, 41,3% του δείγματος διέκοψε την χρήση πιπίλας ή/και δαχτύλου κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους (12<sup>ο</sup> – 23 μήνα), ενώ 16,5% των παιδιών δεν τα χρησιμοποίησε ποτέ.

#### ✧ Μέρος 4<sup>ο</sup>: Προβλήματα σίτισης

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα του 4<sup>ου</sup> μέρους του ερωτηματολογίου γίνεται εμφανές ότι περίπου ένα 1 στα 5 (20%) παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη εμφανίζει προβλήματα στην κατάποση.

Ωστόσο, το παραπάνω ποσοστό συνοδεύεται από κάποια σημαντικά αποτελέσματα.

Ως προς τον μήνα έναρξης των προβλημάτων υπάρχει ένας σχεδόν ισομερής καταμερισμός των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, ένα 25% δήλωσε ότι τα προβλήματα εμφανίζονται περιστασιακά όταν αλλάζουν οι ποσότητες ή τα χαρακτηριστικά της τροφής, ενώ ισοψηφία (20%) υπήρξε μεταξύ των χρονολογικών ομάδων 0 – 12 μηνών, 13 – 24 μηνών, 25 – 36 μηνών. Λόγω των μικρών ποσοστών θεωρείται σημαντικό και το 15% του πληθυσμού το οποίο δήλωσε ότι τα προβλήματα σίτισης ξεκίνησαν όταν το παιδί ξεκίνησε να τρώει μόνο του.

Σημαντική είναι η ένδειξη ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας διατηρούν το βάρος τους (96,3%), ενώ κινήσεις απομύζησης κατά τη βρεφική ηλικία δεν πραγματοποίησε 30,6% των παιδιών.

Σημαντικές πληροφορίες δίνει και το μέρος του ερωτηματολογίου που ερευνά διάφορα χαρακτηριστικά που συναντώνται κατά τη διάρκεια της σίτισης.

Το 28,2% των γονέων δήλωσε ότι το παιδί δεν κλείνει τα χείλη του κατά τη διάρκεια της σίτισης, ενώ η πλειοψηφία όσων τα κλείνουν είναι σε χαλαρό βαθμό (65,8%).

Ενδιαφέρον έχουν επίσης τα αποτελέσματα που αφορούν την ύπαρξη κινήσεων μάσησης, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό απάντησε αρνητικά (11%).

Παρόμοια, όσων αφορά την ύπαρξη σιελόρροιας κατά την σίτιση, εμφανίζεται στο 3,6% του δείγματος και η οποία παρατηρήθηκε μετά το 3 έτος της ηλικίας.

Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και για το βήχα. Το 6,4% των γονέων δήλωσε ότι το παιδί βήχει κατά την σίτιση, με - κατά κύριο λόγο - αδύναμο βήχα (85,7%), ο οποίος παρατηρείται το δεύτερο μισό του 4<sup>ου</sup> έτους.

Σημαντικό ποσοστό παρατηρήθηκε και στην εμφάνιση πνιγμού ή εμετού, με το 11,8% να δίνει θετική απάντηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης είχε το σύμπτωμα του εμετού (53,8%), ενώ ακολουθούσε ο πνιγμός με 30,8%. Και τα δύο συμπτώματα εμφανίζονταν στο 15,4% του πληθυσμού.

Ταυτόχρονα, 16,4% του δείγματος δήλωσε ότι το παιδί κουράζεται κατά τη σίτιση, με τη πλειοψηφία των παιδιών αυτών να βαριέται να μασήσει (38,9%), και 22,2% να κουράζεται μετά από 5 – 6 κουταλιές, κάτι όμως που συναντάται περισσότερο στις μικρότερες ηλικίες.

Επίσης, αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά που σημειώθηκαν για την ύπαρξη υπολειμμάτων τροφών στη στοματική κοιλότητα (4,55%) καθώς και για την ύπαρξη οισοφαγικής παλινδρόμησης (11,82%), ενώ οι περισσότεροι γονείς που δήλωσαν ύπαρξη οισοφαγικής παλινδρόμησης, παρατήρησαν κυρίως δυσοσμία στόματος (38,46%) και εμετό μετά το γεύμα (23%).

Τέλος, απροσδόκητο ήταν το γεγονός ότι περίπου 1 στα 4 παιδιά προσχολικής ηλικίας παρουσιάζει προβλήματα στην κατάποση, με συχνότερα πρόβλημα να εμφανίζονται στη φάση κατά τη μάσηση (54,1%), ενώ οι φάσεις κατά την κατάποση και κατά τη λήψη της τροφής από το στόμα σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά (20,83% και 16,67% αντίστοιχα).

## ΣΥΝΟΨΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

### ✧ Μέρος 1<sup>ο</sup>: Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας, η μέθοδος σίτισης δεν επηρεάζεται από την ηλικία του παιδιού με τη χρήση κουταλιού να φτάνει το 73,6% στις ηλικίες, παρατηρείται όμως ότι στο αρχικό στάδιο (2;0 – 2;6) τα παιδιά χρησιμοποιούν ισότιμα το κουτάλι και το μπουκάλι (40%) για την σίτιση τους.

Αντίθετα, η αυτονομία των παιδιών κατά τη σίτισης επηρεάζεται από το ηλικιακό επίπεδο καθώς παρατηρείται παράλληλη αύξηση της ηλικίας και της αυτονομίας (20% → 95,2%).

Όσων αφορά τον τόπο σίτισης, η ανάλυση των αποτελεσμάτων δείχνει σε όλες τις ηλικίες επιλέγεται ο χώρος της κουζίνας και της τραπεζαρίας (66.4%). Όμως, αν και το ποσοστό αυτό παραμένει υψηλό σε όλες τις ηλικίες, είναι εμφανές ότι όσο τα παιδιά μεγαλώνουν τόσο αυξάνεται και η επιθυμία τους να φάνε και σε άλλους χώρους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά καταναλώνουν φυσιολογική ποσότητα τροφής (69,1%), με προτίμηση στις στερεές τροφές (47,3%) σε όλες τις ηλικίες. Μεταβολές ωστόσο παρατηρούνται μετά τα 3,5 έτη καθώς εμφανίζεται μια ελαφριά αύξηση του ποσοστού της μεγάλης ποσότητας τροφής στις μεγαλύτερες ηλικίες (≈75%) κάτι που συνδέεται και με την αυξανόμενη αυτονομία. Στις μεγαλύτερες ηλικίες παρατηρείται επίσης μεγαλύτερη δεκτικότητα στις ημι – στερεές (23,8%) και ημι – υγρές (21,4%) τροφές. Η προτιμώμενη θερμοκρασία σε όλες τις ηλικίες παραμένει η χλιαρή (75,5%).

Ως προς τις γευστικές προτιμήσεις, τα παιδιά όλων των ηλικιών προτιμούν τις γλυκές τροφές, αν φανερόνεται μια αρκετά σημαντική προτίμηση στις



έντονες γεύσεις (ξινά & αλμυρά – 40%) στις πολύ μικρές ηλικίες η οποία μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου (αλμυρά και πικάντικα).

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι τα παιδιά όλων των ηλικιών δεν αντιδρούν ιδιαίτερα σε τροφές και μυρωδιές (50.9%).

Ενώ δεν παρατηρείται συσχέτιση της ηλικίας με τον τρόπο αντίδρασης σε τροφές ή/και μυρωδιές αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ κατά κύριο λόγο τα παιδιά αντιδρούν σε όλες τις ηλικίες με άρνηση να καταναλώσουν τροφές που έχουν ήδη δοκιμάσει (31,5%), ενώ μετά το τέταρτο έτος φαίνεται ότι τα παιδιά δείχνουν τη δυσαρέσκεια τους με το να κλείνουν το στόμα (21,7%) και με μορφασμούς αηδίας ή απέχθειας (13%).

Ενώ η στάση σώματος του παιδιού κατά τη σίτιση καθώς και η θέση του γονιού δεν επηρεάζονται από την ηλικία, παρατηρήθηκε μια μικρή αλλαγή στη θέση του γονιού, η οποία από «κοντά η δίπλα» με ποσοστό  $\approx 50\%$  μέχρι το τέταρτο έτος μεταβάλλεται σε «όλοι μαζί –ίδιος χώρος ή τραπέζι» με ποσοστό που αγγίζει το 35,7% στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η διάρκεια των γευμάτων είναι 20 λεπτά (69,1%) με τάση για μείωση κατά την πάροδο του χρόνου (27,3%) ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (76,4%) δεν πίνει νερό με γεμάτο στόμα, χωρίς αυτό να επηρεάζεται από την ηλικία του παιδιού.

Όσον αφορά την αποφυγή τροφίμων, αυτή δεν επηρεάζεται με την πάροδο του χρόνου, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα είδη των τροφών που αποφεύγονται.

Η αποφυγή του κρέατος και του ψαριού εμφανίζει σταδιακή μείωση (50%  $\rightarrow$  7,4%), ενώ το ακριβώς αντίθετο παρατηρείται στην αποφυγή οσπρίων και λαδερών (14,3%  $\rightarrow$  40,7%). Παράλληλα, τα παιδιά όλων των ηλικιών αποφεύγουν τα λαχανικά, τα φρούτα και τα χορταρικά ( $\approx 50\%$ ).

#### ✧Μέρος 4<sup>ο</sup>: Προβλήματα σίτισης και κατάποσης

Μελετώντας την ύπαρξη κλεισίματος των χειλιών με βάση την ηλικία παρατηρείται ότι ενώ δεν συσχετίζεται με τα ηλικιακά στάδια, κλείσιμο των χειλιών εμφανίζουν όλα τα παιδιά μετά τα 2,5 έτη (71,8%), καθώς για ηλικίες μικρότερες από αυτή ύπαρξη κλεισίματός δηλώθηκε μόνο στο 20% του δείγματος.

Επίσης συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ ηλικίας και ύπαρξης κινήσεων μάσησης, αλλά παρατηρείται μια σταδιακή μείωση του ποσοστού όσο αυξάνεται η ηλικία.

Το ίδιο συμβαίνει και με την ύπαρξη σιελόρροιας και βήχα, τα οποία δεν επηρεάζονται από το αναπτυξιακό στάδιο, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με τα περιστατικά πνιγμού ή εμετού, τα οποία εμφανίζονται μετά το τρίτο έτος της ηλικίας με ποσοστό που αυξάνεται σταδιακά (6,7% → 16,7%).

Ταυτόχρονα, ενώ ούτε και η κούραση επηρεάζεται από την ηλικία είναι πιο έκδηλη στα πρώτα στάδια.

Τέλος, δεν βρέθηκε συσχέτιση ούτε και μεταξύ οισοφαγικής παλινδρόμησης και ηλικίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι εμφάνιση περιστατικών παρατηρείται μετά τα 2,5 έτη και το ποσοστό αυξάνεται σταδιακά.

## ⌘ Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> ⌘

---

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ:

Μελετώντας την σίτιση και την κατάποση, καθώς και τυχών διαταραχές τους σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική ανάπτυξη, θα ήταν αδύνατο να μην γίνει αναφορά σε αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει, σε μη τυπικούς πληθυσμούς.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι συγκρίσεις των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφόρων ερευνών και της παρούσας έρευνας, δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, καθώς οι έρευνες διαφέρουν ως προς πολλά χαρακτηριστικά (διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία, μετρήσεις, ετερογενείς πληθυσμοί κτλ.).

Για τους παραπάνω λόγους η εξαγωγή των συμπερασμάτων δεν αφορά μετρήσιμα στοιχεία, αλλά περιγραφή διαφόρων συμπεριφορών και συμπτωμάτων με θεωρητική εξαγωγή συμπερασμάτων.

Όπως προαναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1, ο Αυτισμός είναι μια σοβαρή νευρο – αναπτυξιακή διαταραχή, με ετερογενή παρουσίαση συμπτωμάτων τα οποία διαφέρουν ως προς το βαθμό εμφάνισης τους από άτομο σε άτομο.

Ο Αυτισμός ακολουθείται συνήθως από διάφορα δευτερογενή προβλήματα, τα οποία ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας τους μπορεί να γίνουν πολύ επικίνδυνα για την υγεία και την καθημερινότητα του ατόμου.

Ένα από τα πιο σοβαρά δευτερογενή προβλήματα είναι και οι διαταραχές της σίτισης, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα με μεγάλες επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής του ατόμου.

Επιπλέον, το αυξανόμενο ποσοστό εμφάνισης των διαταραχών σίτισης στον Αυτισμό (46% - 89%, Comish, 1998; Ahearn, Castine et al, 2001; Bowers, 2002; Comish, 2001, Collins et al, 2003; Field et al, 2003; Schreck et al, 2004), σε συνδυασμό με τον αυξανόμενο αριθμό των γονέων που ζητούν βοήθεια στην αντιμετώπιση αυτού του είδους δυσκολιών, κάνουν επιτακτική την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση της συγκεκριμένης δυσκολίας και πως αυτή εμφανίζεται και επηρεάζει τα άτομα με Αυτισμό.

Παρόλο, όμως που θεραπευτές, γονείς καθώς και διάφορα διαγνωστικά εργαλεία, δέχονται πλήρως την ύπαρξη προβλημάτων σίτισης σε παιδιά με Αυτισμό, οι περισσότερες αναφορές που βρίσκονται πάνω σε αυτό το θέμα, αφορούν ανέκδοτες και ανεπίσημες αναφορές γονέων και θεραπευτών από τις εμπειρίες τους και οι οποίες περιγράφουν είτε κάποια συγκεκριμένη γευστική προτίμηση ή ιδιομορφία, είτε κάποια διαφορετική συμπεριφορά.

Δυστυχώς, τα συγκεκριμένα προβλήματα σίτισης που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με Αυτισμό δεν έχουν καταγραφεί ούτε ερευνηθεί συστηματικά.(Schreck K.A., Williams K., 2006).

Μια από τις λίγες έρευνες που υπάρχουν πάνω στις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών με Αυτισμό είναι αυτή των **Schreck & Williams (2005)**, η οποία επικεντρώνεται στις διατροφικές προτιμήσεις αλλά και τους παράγοντες που επηρεάζουν την τροφική επιλεκτικότητα σε παιδιά με Δ.Α.Φ.

Στην έρευνα συμμετείχαν 138 παιδιά, ενώ οι πληροφορίες πάρθηκαν μέσω τεσσάρων ερωτηματολογίων για τους γονείς: το Personal History Test, το Children's Eating Behavior Inventory (CEBI), το Food Preference Inventory (FPI), και τέλος το Gillian Autism Rating Scale.

Όλα τα παιδιά είχαν διάγνωση Αυτισμού, με μέσο όρο ηλικίας 8,3 έτη, με φυσιολογικό βάρος και ύψος, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν αγόρια (88%). Επίσης το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είχε διάγνωση ποικίλων δευτερογενών προβλημάτων.

Η έρευνα χρησιμοποίησε το CEBI, το οποίο καθόρισε τους τύπους δυσκολιών σίτισης σε παιδιά με Αυτισμό, μέσω των απαντήσεων των γονέων. Παράλληλα, εφόσον η πλειοψηφία σημείωνε κάποιο βαθμό τροφικής επιλεκτικότητας, έγινε δυνατή η δημιουργία μιας λίστας στην οποία περιγράφονταν τα είδη των τροφών που κατανάλωναν αυτά τα παιδιά.

Ως προς τα είδη των προβλημάτων σίτισης, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι **όλα** τα παιδιά έτρωγαν μόνο μια μικρή ποικιλία τροφών, και σύμφωνα με τα αποτελέσματα του CEBI, η ποικιλία αυτή **δεν** σχετιζόταν με την

σύσταση των τροφών. Βρέθηκε ότι η άρνηση των τροφών σχετιζόταν περισσότερο με την παρουσίαση (48,6%), καθώς και το είδος των στοματο – κινητικών προβλημάτων (23,2%) παρά της σύστασης (6,5%).

Αντίθετα, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι πιθανότερο να εκφράσουν επιλεκτικότητα με βάση την σύσταση της τροφής (8,1%), παρά με κάποιο άλλο χαρακτηριστικό.

Όσον αφορά τα είδη τροφίμων που προτιμώνται, η έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά κατανάλωναν λιγότερες από τις μισές τροφές που βρίσκονταν σε κάθε κατηγορία. Συγκεκριμένα τα ποσοστά των παιδιών που κατανάλωναν λιγότερο από δέκα ήδη ήταν για τα φρούτα 87%, για τους χυμούς 54%, για τα γαλακτοκομικά προϊόντα 83%, για τα λαχανικά 88%, για τις πρωτεϊνούχες τροφές (κρέας και ψάρι) 78% και για τους υδατάνθρακες 81%.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας πάνω στα τρόφιμα που αποφεύγουν τα παιδιά φαίνεται ότι ενώ και τα φυσιολογικά παιδιά αποφεύγουν τροφές, τα ποσοστά που σημειώνουν είναι σημαντικά μικρότερα. Συγκεκριμένα, ενώ τα παιδιά με Αυτισμό απέφευγαν τα φρούτα και τα λαχανικά σε ποσοστό  $\approx 88\%$  και τις πρωτεϊνούχες τροφές σε ποσοστό 78%, τα αντίστοιχα ποσοστά για τα φυσιολογικά παιδιά είναι 37,1% και 14,5% αντίστοιχα. Η διαφορά είναι ακόμη μεγαλύτερη για τα γαλακτοκομικά προϊόντα εφόσον 83% των παιδιών με Αυτισμό τα απέφευγαν, το αντίστοιχο ποσοστό των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών είναι 4,8%.

Μια άλλη έρευνα που ασχολείται με τις διαταραχές σίτισης σε παιδιά με Αυτισμό είναι των **Ledford & Gast (2006)**.

Το συγκεκριμένο άρθρο αποτελεί μια ανασκόπηση όλων των περιγραφικών ερευνών που είχαν γίνει από το 1998 έως και το 2004 με θέμα σχετικό με τις δυσκολίες σίτισης σε παιδιά με Αυτισμό. Σκοπός του άρθρου ήταν να καθορίσει σφαιρικά τον τύπο των προβλημάτων σίτισης καθώς και πως αντιμετωπίζονται σε παιδιά με Αυτισμό.

Για τον καθορισμό των προβλημάτων σίτισης σε παιδιά με Αυτισμό, οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν επτά περιγραφικές έρευνες: του Cornish (1998), των Ahearn, Castine et al (2001), του Bowers (2002), του Cornish (2002), των Field et al (2003), των Collins et al (2003) και της Schreck et al (2004).

Στην έρευνα του Cornish το 1998, συμμετείχαν 30 παιδιά με Δ.Α.Φ. ηλικίας από 3 έως 14 ετών. Η έρευνα στόχευε την κατηγοριοποίηση των προβλημάτων σίτισης.

Η ερευνά έδειξε ότι 59% των παιδιών έτρωγε λιγότερο από 20 τρόφιμα, ενώ 18% έτρωγε λιγότερο από 8. Παράλληλα, μόνο ένα παιδί (6%) βρέθηκε να τρώει την απαραίτητη ποσότητα λαχανικών και φρούτων, 18% των παιδιών δεν έτρωγε καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές (ψάρι & κρέας ή υποκατάστατα τους), ενώ μόνο το 35% έτρωγε επαρκή γαλακτοκομικά προϊόντα.

Επίσης, βρέθηκε ότι τα παιδιά έπρεπε πάντα να τρώνε στο ίδιο μέρος στο σπίτι, ενώ έδειχνε μεγάλη επιλεκτικότητα στην παρουσίαση, την συσκευασία και το χρώμα, ενώ επικίνδυνη για την υγεία τροφική επιλεκτικότητα σημειώθηκε στο 53% του δείγματος.

Συγκρίνοντας τα παραπάνω αποτελέσματα με τα αποτελέσματα τις παρούσας εργασίας, γίνεται πάλι αντιληπτή η μεγάλη διαφορά στην τροφική επιλεκτικότητα. Ενώ τροφική επιλεκτικότητα συναντάται και στις δύο ομάδες (παιδιά με Αυτισμό και τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά), τα ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα για τα παιδιά με Αυτισμό στις διαφορές ομάδες.

Συγκεκριμένα, όλα τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά έτρωγαν τις απαραίτητες ποσότητες λαχανικών **ακόμη** και αν τα απέφευγαν, ενώ γαλακτοκομικά προϊόντα απέφευγε το 4,8% και το κρέας και το ψάρι το 14,5%. Αντίστοιχα, για τα παιδιά με Αυτισμό μόνο 6% κατανάλωνε απαραίτητες ποσότητες λαχανικών, 65% απέφευγε τα γαλακτοκομικά προϊόντα και 18% το κρέας και το ψάρι.

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι αν και οι γονείς των παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη ανέφεραν ότι τα παιδιά απέφευγαν τις συγκεκριμένες

τροφές, υπήρχαν σε επαρκή ποσότητα στο διατροφολόγιο τους ώστε να λαμβάνουν τα απαραίτητα συστατικά, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με το 53% των παιδιών που αντιμετώπιζαν τροφική επιλεκτικότητα με επικίνδυνες για την υγεία συνέπειες.

Στην έρευνα του Bowers (2002), η οποία αφορούσε τον καθορισμό των διαιτητικών θεμάτων σε παιδιά με Αυτισμό (n = 26), βρέθηκε ότι πάνω από το 50% των παιδιών χρειάζονταν αναδιαμόρφωση του διαιτολογίου τους ώστε να μειωθεί η πρόσληψη γλουτένης και καζεΐνης, συστατικές ουσίες που βρίσκονται στους υδατάνθρακες και στη λακτόζη αντίστοιχα. Παράλληλα, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των παιδιών λάμβανε τις απαραίτητες πρωτεΐνες, οι οποίες βρίσκονται στο κρέας, το ψάρι καθώς και τα υποκατάστατα τους.

Αρχικά, η ανάγκη μείωσης των υδατανθράκων και της λακτόζης, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με Αυτισμό κατανάλωναν τροφές που περιείχαν της συγκεκριμένες ουσίες (ζυμαρικά, ρύζι, ψωμί κτλ και γαλακτοκομικά προϊόντα αντίστοιχα) σε επαρκείς ποσότητες. Η υπόθεση αυτή συμφωνεί και με την διατροφική συμπεριφορά των παιδιών με φυσιολογική ανάπτυξη, τουλάχιστον ως προς την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, αφού μόνο το 4,8% τα απέφευγε. Το ίδιο συμβαίνει και με το κρέας, αφού το ποσοστό αποφυγής κρέατος και ψαριού ήταν μόνο 14,5%.

Σε επόμενη έρευνα του, ο Cornish (2002), με 37 παιδιά με διάγνωση Αυτισμού, βρήκε ότι αν και ένα 19% κατανάλωνε μεγάλες ποσότητες γαλακτοκομικών προϊόντων, παράλληλα κατανάλωνε 0 – 1 είδος φρούτου ή λαχανικού καθημερινά. Επίσης βρήκε ότι 32% - 50% του δείγματος φανέρωνε μεγάλη έλλειψη διάφορων θρεπτικών συστατικών, το οποίο δεν επηρεαζόταν καθόλου από το αν το παιδί ακολουθούσε ειδικό διαιτολόγιο ελεγχόμενης πρόσληψης γλουτένης και καζεΐνης ή όχι.

Τα παραπάνω δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα τις παρούσης έρευνας καθώς όλα τα παιδιά έτρωγαν φρούτα και λαχανικά **ακόμη** και αν τα απέφευγαν, ενώ μόνο 4,8% του δείγματος απέφευγε τα γαλακτοκομικά



προϊόντα, σε αντίθεση με το 81% των παιδιών με Αυτισμό που δεν καταναλώναν μεγάλες ποσότητες.

Οι Collins et al(2003), στην έρευνα τους βρήκαν ότι ένα μικρό ποσοστό από το δείγμα τους (N=107), κατανάλωνε την ίδια ποσότητα και τις ίδιες τροφές με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους.

Επίσης βρήκαν ότι 51% - 64% είχε ασυνήθιστο αριθμό λήψης τροφής (πολύ μεγάλες μπουκιές σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και πολύ μικρή διάρκεια σίτισης ή το αντίθετο), κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τα χαρακτηριστικά διατροφής που σημειώνουν στην παρούσα εργασία παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη, τα οποία βάζουν φυσιολογική ποσότητα τροφής στο στόμα (69.1%), ενώ κατά μέσο όρο χρειάζονται 20 λεπτά για την ολοκλήρωση των γευμάτων τους (41,8%).

Παράλληλα, η έρευνα έδειξε ότι 27% – 55% των παιδιών παίρνουν φαγητό από το πιάτο του διπλανού τους, ενώ 27% - 33% πνίγονταν κατά τη λήψη τροφής. Το ποσοστό αυτό είναι σχεδόν τριπλάσιο από εκείνο που βρέθηκε να ισχύει σε παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη (11,82%).

Τέλος, στην έρευνα των Field et al (2003), παρατηρήθηκε ότι το πιο κοινό πρόβλημα για τα παιδιά με Αυτισμό ή Δ.Α.Δ. (n = 26), είναι η τροφική επιλεκτικότητα με βάση το είδος της τροφής (62%) και την σύσταση (31%).

Σύγκριση με τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας ωστόσο, δείχνει ομοιότητες μεταξύ παιδιών με Αυτισμό και παιδιών με τυπική ανάπτυξη, αφού τα τελευταία δείχνουν επιλεκτικότητα και όσων αφορά το είδος της τροφής (64%), αλλά και επιλεκτικότητα με βάση την σύσταση της τροφής (8,1%).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω ενώ υπάρχει μια συνεχή έρευνα με θέμα τον Αυτισμό και όλους τους τομείς που περιλαμβάνει – συμπτώματα, αίτια, διάγνωση, αντιμετώπιση κτλ – παρατηρείται μεγάλη έλλειψη πληροφοριών και ερευνών σε σχέση με τη σίτιση και τις διαταραχές της όπως αυτές εμφανίζονται στον Αυτισμό και διαφοροποιούνται από τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη.

Μελετώντας την ερευνητική βιβλιογραφία, μία σημαντική έρευνα ξεχωρίζει ως προς τη θεματική της ενότητα, καθώς επικεντρώνεται στην σύγκριση των διατροφικών συμπεριφορών μεταξύ ατόμων με και χωρίς Αυτισμό.

Η έρευνα ολοκληρώθηκε το 2004 από τους **Schreck, Williams & Smith**, και επικεντρώθηκε στην σύγκριση των συμπεριφορών σίτισης μεταξύ ατόμων με και χωρίς Αυτισμό.

Η έρευνα σύλλεξε πληροφορίες και από τους γονείς αλλά και από τα παιδιά. Ο συνολικός αριθμός συμμετεχόντων ήταν 472 γονείς, και 436 παιδιά εκ των οποίων τα 298 ήταν η ομάδα ελέγχου και 138 ήταν τα παιδιά με *επίσημη* διάγνωση Αυτισμού. Από την ομάδα ελέγχου 47% του πληθυσμού ήταν κορίτσια ενώ 53% αγόρια. Τα αντίστοιχα ποσοστά για της ομάδας των παιδιών με Αυτισμό ήταν 10% και 88% αντίστοιχα. Επίσης σε κανένα παιδί δεν υπήρχε κάποιο ιατρικό πρόβλημα που να επηρεάζει την σίτιση.

Οι πληροφορίες πάρθηκαν μέσω τεσσάρων ερωτηματολογίων για τους γονείς: το Personal History Test, το Children's Eating Behavior Inventory (CEBI), το Food Preference Inventory (FPI), και τέλος το Gillian Autism Rating Scale, δηλαδή το ίδιο υλικό που χρησιμοποιήθηκε και στην επόμενη έρευνα τους το 2005, η οποία αναφέρεται παραπάνω, σε σχέση με τον Αυτισμό και την σίτιση αλλά χωρίς να υπάρχει σύγκριση με τον φυσιολογικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (2000), και χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες: τις γενικές διατροφικές συνήθειες, τα είδη των προβλημάτων σίτισης και τα είδη των τροφών που καταναλώνονται.

Ως προς τις γενικές διατροφικές συνήθειες, οι ερευνητές απλά επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι τα παιδιά με Αυτισμό παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα σίτισης σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη. Ωστόσο, το διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε δεν έδειξε τους τύπους των προβλημάτων που παρουσιάζονται και για αυτό οι επικεντρώθηκαν στη συνέχεια στη διερεύνηση του συγκεκριμένου ζητήματος.

Ως προς τους τύπους των προβλημάτων σίτισης, λοιπόν, οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι, αν και όλοι οι γονείς δήλωσαν κάποιο ποσοστό τροφικής άρνησης, το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μεγαλύτερο στα παιδιά με Αυτισμό [ $\chi^2(1, n = 436) = 101.13, p < .000$ ].

Παράλληλα, βρήκαν ότι τα παιδιά με Αυτισμό παρουσίαζαν τροφική επιλεκτικότητα με τη μορφή της απαίτησης να υπάρχει συγκεκριμένη παρουσίαση του φαγητού [ $\chi^2(1, n = 436) = 80.75, p < .000$ ], καθώς και συγκεκριμένα μαχαιροπίρουνα [ $\chi^2(1, n = 436) = 35.29, p < .000$ ]. Η επιλογή της παρουσίασης και του μαχαιροπίρουνου ήταν διαφορετική από παιδί σε παιδί, αλλά όλα στο σύνολο τους ζητούσαν αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Τα παραπάνω δεν συμφωνούν με τη συμπεριφορά των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών αφού για το μόνο χαρακτηριστικό που παρουσιάζουν επιλεκτικότητα είναι η σύσταση (8,1%).

Ως προς τα είδη των τροφών που καταναλώνονται, οι έρευνα επικεντρώθηκε στις διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων σε 5 τροφικές κατηγορίες: φρούτα γαλακτοκομικά, λαχανικά, πρωτεϊνούχες τροφές και αμυλούχες τροφές.

Συγκεκριμένα, 8,09% και 4,32% των παιδιών με Αυτισμό κατανάλωναν φρούτα και γαλακτοκομικά προϊόντα, ενώ το ίδιο φαινόμενο παρατηρήθηκε και στις ομάδες των λαχανικών και πρωτεϊνούχων τροφών όπως το ψάρι και το κρέας, όπου σημειώθηκαν μόλις 4% και 7,82% αντίστοιχα.

Τέλος, το υψηλότερο ποσοστό, η ομάδα των παιδιών με Αυτισμό, το σημείωσε στα αμυλούχα τρόφιμα δηλαδή τρόφιμα με υδατάνθρακες όπως τα ζυμαρικά και το ρύζι. Σε αυτή τη διατροφική ομάδα το ποσοστό ήταν 15,82%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ομάδα ελέγχου της έρευνας σημείωσε σχεδόν διπλάσια ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες.

Συγκρίνοντας τα παραπάνω αποτελέσματα, με αυτά της παρούσης έρευνας είναι προφανές ότι η κατανάλωση που σημείωναν τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά σε όλες τις κατηγορίες είναι πολύ υψηλότερες αφού η κατανάλωση που

σημείωναν τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη, δεν έπεφτε σε καμία κατηγορία κάτω από το 60%.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα από την σύγκριση των χαρακτηριστικών της σίτισης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και σε παιδιά με Αυτισμό, παρατηρούνται πολλές διαφορές και αρκετές ομοιότητες.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η μεγαλύτερη **διαφορά** μεταξύ των δύο ομάδων είναι **στο βαθμό της τροφικής επιλεκτικότητας ή τροφικής αποφυγής**, η οποία εμφανίζεται **και στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά αλλά και στον Αυτισμό**, αλλά σε πολύ μικρότερα ποσοστά για την πρώτη ομάδα.

Με μια πιο λεπτομερή εξέταση των αποτελεσμάτων γίνεται σαφές ότι οι **διαφορές** μεταξύ των δύο ομάδων χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: Α) αποφυγή τροφών κατά το είδος, Β) αποφυγή τροφής με βάση κάποιο χαρακτηριστικό και Γ) χαρακτηριστικά – συμπεριφορές κατά τη σίτιση.

Ως προς την αποφυγή τροφών, τα παιδιά με Αυτισμό αποφεύγουν σε μεγάλο ποσοστό το κρέας και το ψάρι, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τα λαχανικά. Ωστόσο τα παιδιά με φυσιολογική ανάπτυξη αν και σημειώνουν κάποιο βαθμό αποφυγής και στα τρία είδη, καταναλώνουν κρέας, ψάρι και γαλακτοκομικά προϊόντα σε επαρκής ποσότητες.

Επίσης παρατηρείται ότι τα παιδιά με Αυτισμό συχνά αποφεύγουν ή απορρίπτουν τροφές με βάση κάποιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό όπως η σύσταση, η παρουσίαση ή το είδος του μαχαιροπίρουνου που χρειάζεται να χρησιμοποιηθεί. Τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, ωστόσο, μπορεί να εμφανίσουν επιλεκτικότητα αλλά μόνο ως προς τη σύσταση.

Τέλος, διαφορές παρατηρούνται και στα χαρακτηριστικά – συμπεριφορές κατά τη σίτιση. Τα παιδιά με Αυτισμό παρουσιάζουν συχνά ασυνήθιστο ρυθμό λήψης τροφής (εισαγωγή τροφής στο στόμα είτε πολύ γρήγορα είτε πολύ αργά) και ασυνήθιστη ποσότητα κατανάλωσης (πολύ μεγάλες ή πολύ μικρές μπουκιές). Ο χρόνος ολοκλήρωσης των γευμάτων είναι πολύ μεγάλος ενώ πνίγονται πολύ συχνά. Αντίθετα, τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά δεν

εμφανίσουν τέτοιες ασυνήθιστες συμπεριφορές, καθώς ολοκληρώνουν το γεύμα τους κατά μ.ο. σε 20 λεπτά, εισάγουν φυσιολογική ποσότητα τροφής στο στόμα, ενώ σπάνια πνίγονται.

Ως προς τις **ομοιότητες** μεταξύ των δύο ομάδων, σημαντική ανακάλυψη αποτελεί, όπως προαναφέρθηκε, η ύπαρξη *τροφικής επιλεκτικότητας ή τροφικής αποφυγής* και στις δύο ομάδες. Επίσης, όσον αφορά την αποφυγή τροφών κατά το είδος, οι δύο ομάδες ταυτίζονται στην υψηλή αποφυγή των λαχανικών, των φρούτων και των χορταρικών, ενώ ως προς αποφυγή τροφής με βάση κάποιο χαρακτηριστικό, και οι δύο ομάδες αποφεύγουν τροφές με βάση τη σύσταση.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, ενώ παρουσιάζεται μια γενική εικόνα των διαταραχών σίτισης σε παιδιά με Αυτισμό, καθώς και πως οι διαφορές μπορεί να διαφοροποιούνται από τις συμπεριφορές των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών, γίνεται εμφανής η σύγχυση και η μεγάλη έλλειψη ερευνών και πληροφοριών που υπάρχει πάνω στις διαταραχές της σίτισης και τη σχέση τους με τον Αυτισμό. Τα αποτελέσματα των ερευνών πότε συμφωνούν και πότε έρχονται σε αντιπαράθεση, καθιστώντας αδύνατη την διαλεύκανση των χαρακτηριστικών των διαταραχών της σίτισης καθώς και πως αυτά εμφανίζονται και επηρεάζουν την ζωή των παιδιών, με αποτέλεσμα και ο τομέας της αντιμετώπισης τους να είναι ελλιπής και να αδυνατεί να ανακαλύψει νέους και πιο αποτελεσματικούς τρόπους θεραπείας.

## ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ:

Συνοψίζοντας, ένας γονιός δεν πρέπει να ανησυχεί για την διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού του, όταν:

- ✓ Δεν χρησιμοποιεί πλήρως το κουτάλι πριν την ηλικία των 2,5 ετών.
- ✓ Δεν είναι πλήρως αυτόνομο κατά τη σίτιση πριν την ηλικία των 2,5 ετών.
- ✓ Αν χρειάζεται κάποια βοήθεια κατά τη σίτιση μέχρι την ηλικία των 3<sup>ων</sup> ετών.
- ✓ Αν μετά το 3<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας ζητάει να φάει και σε άλλα μέρη εκτός της κουζίνας και της τραπεζαρίας · αποτελεί ένδειξη ανάπτυξης της αυτονομίας αλλά και της προσωπικότητας.
- ✓ Αν μετά το τρίτο έτος της ηλικίας προσπαθεί να καταναλώσει μεγαλύτερες κουταλιές τροφής από το κανονικό ακόμη και να δεν τα καταφέρνει.
- ✓ Αν δείχνει αποστροφή προς τις πολύ υγρές τροφές μετά την ηλικία των τριών ετών, ενώ δεν τρώει το φαγητό του ενώ είναι πολύ ζεστό ή πολύ κρύο.
- ✓ Αν ζητάει να φάει γλυκά ή σοκολάτες, **όταν** τρώει και το φαγητό που τρώει και η υπόλοιπη οικογένεια. Η προτίμηση είναι φυσιολογική και αναμενόμενη, ενώ θα πρέπει να προκαλέσει **μικρή** ανησυχία **μόνο** **όταν** αρνείται να φάει οτιδήποτε άλλο.
- ✓ Αν όταν δεν του αρέσει κάποιο φαγητό γευστικά ή οσφρητικά αρνείται να το φάει ή κλείνει το στόμα · αποτελεί έκφραση των προσωπικών του προτιμήσεων.
- ✓ Αν προτιμά να τρώει γέρνοντας **ελαφρά** προς τα εμπρός. Η ιδανική θέση σίτισης είναι με ευθεία την πλάτη αλλά η κλίση του σώματος προς τα εμπρός αποτελεί προσπάθεια του παιδιού να μειώσει την

ποσότητα της τροφής που του πέφτει από το κουτάλι όταν προσπαθεί να φάει μόνο του.

- ✓ Αν τρώει περισσότερο ή καλύτερα όταν βρίσκεται ο γονιός κοντά. Η διατήρηση της σωστής απόστασης δίνει στο παιδί το αίσθημα ασφάλειας να προσπαθήσει να αναπτύξει την αυτονομία του, χωρίς να του προκαλούνται φόβοι ανικανότητα όπως όταν κάποιος θέλει να τα ελέγχει απόλυτα.
- ✓ Αν χρειάζεται 15 – 25 λεπτά να ολοκληρώσει το γεύμα του.
- ✓ Αν αποφεύγει κάποια τρόφιμα. Προσοχή στην αποφυγή ολόκληρων διατροφικών ομάδων.
- ✓ Αν συνεχίζει να πίνει με το μπουκάλι μετά τον 18<sup>ο</sup> μήνα της ηλικίας του.
- ✓ Αν χρειαστεί περισσότερο από 3 μήνες για να χρησιμοποιήσει το καλαμάκι, αφού κατακτήσει τη χρήση του κουταλιού.
- ✓ Αν δεν αρχίζει να μασάει πριν από τον πρώτο χρόνο και να πίνει από ποτήρι πριν τους 15 μήνες.
- ✓ Αν εκτός από τις σούπες και τις κρέμες αδυνατεί να επεξεργαστεί άλλες τροφές σε ηλικία πριν από τα 2,5 έτη.
- ✓ Αν χρησιμοποιεί πιπίλα ή δάχτυλο και μετά τον πρώτο χρόνο.
- ✓ Αν βαριέται να μασήσει ή κουράζεται να μασήσει μετά το μισό φαγητό για κάποιο **μικρό** χρονικό διάστημα.

Η σίτιση είναι μια δύσκολη διεργασία που χρειάζεται την συνεργασία πολλών παραγόντων για να αναπτυχθεί και να λειτουργήσει σωστά.

Είναι σημαντικό να δοθούν στο παιδί ο χρόνος και οι ευκαιρίες όχι μόνο να αναπτύξει αλλά και να εξασκήσει της απαραίτητες δεξιότητες που θα οδηγήσουν στην φυσιολογική και ασφαλή κατάκτηση των δεξιοτήτων σίτισης.

Δεν είναι συνετό να επηρεάζεται η κρίση του γονέα μέσα από συγκρίσεις με άλλα παιδιά, ή την άποψη που μπορεί να έχει ο καθένας. Κάθε παιδί είναι

διαφορετικό, και ακολουθεί τον δικό του μοναδικό αναπτυξιακό δρόμο, χωρίς αυτό να αποτελεί ένδειξη ύπαρξης παθολογικών καταστάσεων.

Ωστόσο, αν παρατηρηθούν τυχόν δυσκολίες ή συμπεριφορές τις οποίες κάποιος γονιός θεωρεί ανησυχητικές, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η αναζήτηση της γνώμης κάποιου ειδικού του τομέα της υγείας που θα μπορέσει να εξηγήσει την συμπεριφορά ή το σύμπτωμα και να αναδείξει τρόπους αντιμετώπισης, να καθησυχάσει τυχόν φόβους αν αυτοί δεν είναι βάσιμοι, καθώς και να παραπέμψει σε κάποια άλλη ειδικότητα αν αυτό φανεί απαραίτητο.

Η υιοθέτηση απόψεων από ανθρώπους που δεν είναι ειδικοί, όσο αξιόπιστοι και αν είναι, είναι το πιθανότερο να οδηγήσουν σε λανθασμένα συμπεράσματα και μη απαραίτητη ανησυχία.



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:

Όπως έχει αναφερθεί ήδη αρκετές φορές, τα άτομα με Αυτισμό, εμφανίζουν ιδιαίτερες συμπεριφορές κατά τη σίτιση, οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν μεγάλο πρόβλημα στην καθημερινότητα όχι μόνο για το ίδιο το άτομο αλλά και για αυτούς που το φροντίζουν.

Οι συνέπειες των διαταραχών της σίτισης καθώς και ο βαθμός επικινδυνότητας τους καθιστούν την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τους απαραίτητη.

Για να επιτευχθεί όμως η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση πρέπει να διερευνηθούν εξονυχιστικά τα χαρακτηριστικά των δυσκολιών σίτισης σε αυτά τα άτομα και να διαλευκανθούν οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των συμπεριφορών σίτισης σε άτομα με και χωρίς Αυτισμό, ώστε να είναι δυνατός ο εντοπισμός των σημείων που είναι παθολογικά και πρέπει να αντιμετωπιστούν.

Επομένως, προτείνεται η διεξαγωγή περισσότερων ερευνών οι οποίες θα μελετούν όλες τις σκοπιές της σίτισης (συμπεριφορές, προτιμήσεις αποφυγές) **αλλά θα** μελετούν και τη συμπεριφορά των παραπάνω μεταβλητών σε σχέση με τον τρόπο αντίδρασης των παιδιών με τυπική ανάπτυξη.

Συγκεκριμένα, χρειάζεται περισσότερη και πιο εκτεταμένη έρευνα η οποία θα καθορίσει την συμπεριφορά των παιδιών με Αυτισμό, και πως αυτή μεταβάλλεται και σε είδος και σε βαθμό σε σχέση με διαφορετικούς παράγοντες της διατροφής (χαρακτηριστικά τροφών, διαφορετικές υφές, ποσότητες, συστάσεις, θερμοκρασίες κτλ)

Παράλληλα, η μελέτη της επίδρασης των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών της οικογένειας σε αυτή που εμφανίζει το εκάστοτε άτομο με Αυτισμό είναι επίσης σημαντική.

Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό όλα τα παραπάνω ευρήματα να συγκριθούν με τα αντίστοιχα τους σε τυπικά αναπτυσσόμενους πληθυσμούς.

Όσον αφορά την παρούσα έρευνα προτείνεται η επανάληψη της *αλλά* σε ισάριθμους πληθυσμούς για κάθε αναπτυξιακό επίπεδο, ενώ συστήνεται η επικέντρωση του ενδιαφέροντος στις ηλικίες μετά τα τρία έτη, εφόσον εκεί αναμένονται και οι περισσότερες διαφοροποιήσεις. Επίσης, πολύ σημαντική θα ήταν μια πιο εκτεταμένη έρευνα ως προς τις συγκεκριμένες τροφές που καταναλώνουν τα παιδιά και όχι στις κατηγορίες τροφίμων.

Με αυτό τον τρόπο θα επιτεθούν πολλαπλά οφέλη καθώς όχι μόνο θα δημιουργηθεί μια πιο πλήρης, έγκυρη και αξιόπιστη κλινική εικόνα των διαταραχών σίτισης στον Αυτισμό, αλλά θα προωθηθούν και οι έρευνες για την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και αντιμετώπιση των χαρακτηριστικών αυτών, αυξάνοντας όχι μόνο την ποιότητα ζωής των ατόμων με Αυτισμό αλλά και των ατόμων που τα φροντίζουν

# Ω Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Ω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ηλικία	<b>Δεξιότητες σίτισης (Feeding skills)</b> <b>Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management 2002 Joan C. Arvedson, Linda Brodsky).</b>	<b>Στοματο – κινητική ανάπτυξη (Oral – motor development)</b> <b>(Just take a bite - Lori Ernsperger, Tania Stegen-Hanson, Temple Grandin, 2004)</b>
0 – 1 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Θηλασμός</li> <li>✓ Ρινική αναπνοή</li> <li>✓ Εμφάνιση αντανακλαστικού αναζήτησης</li> <li>✓ Ατελές κλείσιμο χειλιών</li> <li>✓ Αδυναμία αποδέσμευσης από τη θηλή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Παρών στοματικά αντανακλαστικά για προστασία και επιβίωση</li> <li>✓ Γλώσσα πότε επίπεδη πότε καμπυλωτή</li> <li>✓ Το σαγόνι, η γλώσσα και τα χείλη λειτουργούν ως μία μονάδα. Κανένα δεν κινείται ανεξάρτητα από το άλλο</li> </ul>
2 μηνών Νήπιο	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Αύξηση ελευριούς κίνησης της γνάθου</li> <li>✓ Εμφάνιση προτύπων θηλασμού</li> <li>✓ Προσθοπίσθια κίνηση της γλώσσας</li> <li>✓ Άνοιγμα στόματος στην παρουσία τροφής</li> <li>✓ Βελτιωμένο κλείσιμο χειλιών</li> <li>✓ Ενεργός κίνηση χειλιών με απομύζηση</li> </ul>	
3 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Συνέχιση του θηλασμού</li> <li>✓ Διευρύνει το φαρυγγικού αεραγωγού</li> <li>✓ Προσανατολισμός στη μέση γραμμή</li> </ul>	
4 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Διαχωρισμός χειλιών από γλώσσα</li> <li>✓ Χειλικό κλείσιμο</li> <li>✓ Δημιουργία φυσαλίδων με το σάλιο</li> <li>✓ Απομίμηση ήχων</li> <li>✓ Εκούσιος έλεγχος του στόματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Το σαγόνι κινείται πάνω –κάτω σε μια μορφή που προηγείται του μασήματος, ενώ η γλώσσα γίνεται πιο επίπεδη και απλώνεται</li> <li>✓ Ανάπτυξη ικανότητας μεταφοράς της τροφής από το μπροστινό στο πίσω μέρος της γλώσσας για κατάποση</li> </ul>
5 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Συγκράτηση θηλής στο κέντρο των χειλιών με σταθερότητα</li> <li>✓ Μικρό εύρος κίνησης της γλώσσας πάνω – κάτω</li> <li>✓ Ανάδυση προτύπων πιπιλίσματος (κατά τη διάρκεια σίτισης με κουτάλι)</li> <li>✓ Υγρές, πολτοποιημένες τροφές</li> <li>✓ Αναγωγές σε νέες υφές τροφών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Εξώθηση της γλώσσας κατά την κατάποση</li> <li>✓ Εξασθένιση αντανακλαστικού εξεμέσεως</li> <li>✓ Παρουσίαση μαλακών &amp; λείων τροφών με κουτάλι</li> <li>✓ Κατάποση: μέσω κινήσεων απομύζησης και κατάποσης</li> <li>✓ Εμφάνιση ικανότητας να ανοίγει και να διατηρεί ανοιχτό το στόμα όταν πλησιάζει τροφή</li> </ul>
6 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μεγάλο εύρος προσθοπίσθιας και πλάγιας κίνησης της γλώσσας</li> <li>✓ Απομάκρυνση με τη γλώσσα από το στόμα ημιστερεές τροφές κατά τη σίτιση με κουτάλι</li> <li>✓ Οδοντοφυΐα</li> <li>✓ Ανάπτυξη στοματικής εξερεύνησης με παιχνίδια, άλλα αντικείμενα και το δάχτυλο</li> <li>✓ Εξαφάνιση του αντανακλαστικού εξεμέσεως</li> <li>✓ Μεγαλύτερη διάρκεια χειλικού κλεισίματος</li> </ul>	
7 – 9 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Το αντανακλαστικό της εξεμέσεως καθίσταται προστατευτικό</li> <li>✓ Το στόμα χρησιμοποιείται για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος</li> <li>✓ Συντονισμένες κινήσεις χειλιών, γλώσσας και κάτω γνάθου σε όλες τις θέσεις</li> <li>✓ Πόση με κύπελλο, το κάτω χείλος χρησιμοποιείται σαν σταθεροποιητής</li> <li>✓ Κλείσιμο του στόματος γύρω από το χείλος του κυπέλλου</li> <li>✓ Πλευρική κίνηση της γλώσσας, ενώ το άνω χείλος καθαρίζει το κουτάλι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Πλευρικό &amp; σφικτό κλείσιμο των χειλιών</li> <li>✓ Διαχωρισμός κινήσεων σιαγόνας από τη γλώσσα και τα χείλη</li> <li>✓ Διαφοροποίηση των πλευρών και του άκρου της γλώσσας ως προς τη συλλογή και κατάποση τροφής</li> <li>✓ Ανάπτυξη ικανότητας μεταφοράς τροφής από τα πλάγια στη μέση της γλώσσας &amp; αντίστροφα</li> <li>✓ Έναρξη μάσησης ψιλοκομμένων τροφών</li> <li>✓ Πειραματισμός με κουτάλι</li> <li>✓ Προτίμηση σίτισης με τα χέρια</li> </ul>

Ηλικία	Δεξιότητες σίτισης (Feeding skills) Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management 2002 Joan C. Arvedson, Linda Brodsky).	Στοματο – κινητική ανάπτυξη (Oral – motor development) (Just take a bite - Lori Ernspurger, Tania Stegen-Hanson, Temple Grandin, 2004)
10 – 12 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Αυτόνομη σίτιση με το χέρι</li> <li>✓ Αύξηση του συντονισμού κινήσεων της γνάθου, γλώσσας και χειλιών σε όλες τις θέσεις</li> <li>✓ Διακοπή θηλασμού και βελτίωση της ικανότητας πόσης με κύπελλο</li> <li>✓ Χρήση των χειλιών για τη μετακίνηση φαγητού από το κουτάλι</li> <li>✓ Ελεγχόμενο διαρκές δάγκωμα στερεού βλωμού (κράκερ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Υγρά κυρίως από ποτήρι</li> <li>✓ Χρήση άνω κοπτήρων</li> <li>✓ Χειλικό κλείσιμο κατά την κατάποση</li> <li>✓ Ικανότητα επεξεργασίας τροφής με σβόλους</li> <li>✓ Ικανότητα ελέγχου δύναμης δαγκώματος</li> <li>✓ Ικανότητα απομύζησης από καλαμάκι</li> <li>✓ Σίτιση κυρίως με ψιλοκομμένες, μαλακές τροφές</li> </ul>
13 – 18 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μάσηση με επάνω-κάτω και διαγώνιες περιστροφικές κινήσεις</li> <li>✓ Κινήσεις χειλιών</li> <li>✓ Πλήρως συντονισμένη φώνηση, κατάποση και αναπνοή</li> <li>✓ Πλευρική κίνηση της γλώσσας</li> <li>✓ Πόση με καλαμάκι</li> </ul>	<b>13 – 15 μηνών</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Τελειοποίηση ικανότητας πόσης</li> <li>✓ Καλός συντονισμός κινήσεων σιαγόνας</li> <li>✓ Συνεργασία παρειών και γλώσσας για συγκράτηση τροφής</li> <li>✓ Έλεγχος τοποθεσίας και κίνησης βλωμού από χείλη και παρειές</li> <li>✓ Αύξηση ανύψωσης άκρου γλώσσας</li> <li>✓ Σπάνια εμφάνιση πνιγμού ή βήχα</li> </ul>
		<b>16 – 18 μηνών</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μηδαμινή απώλεια τροφής κατά τη μάσηση</li> <li>✓ Κατά την πόση με ποτήρι σταθεροποίηση σιαγόνας σε συνεργασία με άνω χείλους</li> <li>✓ Κατάποση με χειλικό κλείσιμο και ανύψωση γλώσσας</li> </ul>
19 – 24 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Λήψη τροφών όλων των υφών</li> <li>✓ Κατάποση με πλήρες χειλικό κλείσιμο</li> <li>✓ Υπερίσχυση της αυτοσίτισης</li> <li>✓ Μάσηση της τροφής</li> <li>✓ Κυκλική μάσηση</li> <li>✓ Ανεξάρτητη σίτιση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Η γλώσσα καθαρίζει τα χείλη</li> <li>✓ Ικανότητα μεταφοράς του βλωμού κατά μήκος της γλώσσας</li> <li>✓ Σπάνια απώλεια υγρών κατά την πόση από ποτήρι</li> <li>✓ Ικανότητα πόσης από καλαμάκι</li> </ul>
25 – 36 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Κυκλική περιστροφή της γνάθου</li> <li>✓ Κλείσιμο χειλιών κατά τη μάσηση</li> <li>✓ Συγκράτηση κυπέλλου με το ένα χέρι και πόση χωρίς διαρροές</li> <li>✓ Συγκράτηση του κουταλιού με το χέρι και γέμισμα του κουταλιού</li> <li>✓ Στερεά σύσταση τροφών</li> <li>✓ Πλήρως ανεξάρτητη σίτιση</li> <li>✓ Χρήση πικρονιού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Χρήση γλώσσας για τον καθορισμό της περιοχής μεταξύ χειλιών και ούλων</li> <li>✓ Έλεγχος ανοίγματος γνάθου ανάλογα με τη σύσταση της τροφής</li> <li>✓ Ικανότητα μάσησης με χρήση διαφορετικών προτύπων κίνησης</li> </ul>

ΕΤΑΙΡΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥ  
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ – ΕΨΥΠΕΑ  
ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

# Ερωτηματολόγιο

---

## Για Προβλήματα Σίτισης και Κατάποσης

Κωτσοπούλου Αγγελική  
Γκούμα Καλλιόπη, Γυφτογιάννη Μαρία, Τρούπου Αντιγόνη, Γαστεράτος Ανδρέας,  
Γεωργίου Αναστασία, Γυφτογιάννη Κατερίνα

*Αγαπητέ γονέα,*

*Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μέρος πτυχιακής εργασίας των φοιτητριών Ζησιάδου Χίλντα και Τσουκούρογλου Βικτώρια του Τμήματος Λογοθεραπείας της σχολής επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών.*

*Στόχος του ερωτηματολογίου είναι να συλλέξει στοιχεία σχετικά με την κατάποση τροφής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική ανάπτυξη.*

*Τα παραπάνω ατομικά στοιχεία, διατηρούνται απόρρητα και συλλέγονται με μοναδικό σκοπό την χρήση τους στην παρούσα εργασία.*

*Σας ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη για μας συνεργασία σας.*

*Οι φοιτήτριες  
Ζησιάδου Χίλντα  
Τσουκούρογλου Βικτώρια*

## Ατομικά Στοιχεία

Όνομα Παιδιού (Αρχικά):.....

Ημερομηνία Γέννησης: .....

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου: .....

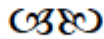
Φύλλο : Αγόρι:  Κορίτσι:

Ερωτήσεις - παρατηρήσεις: .....

.....

.....

.....



Πάτρα 2009 -2010



## 1. Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο

1. Ποια είναι η παρούσα μέθοδος σίτισης;
  - Θηλασμός
  - Με μπουκάλι
  - Με κουτάλι
  - Άλλη απάντηση.....
2. Είναι αυτόνομο το παιδί κατά την διάρκεια της σίτισης;
  - Ναι
  - Όχι
  - Αν ναι, πόσο συμμετέχει:.....

## Διατροφικές συνήθειες

1. Που τρώει το φαγητό του συνήθως;  
.....  
.....
2. Πόση ποσότητα τροφής βάζει μέσα στο στόμα του;
  - Μικρή ( μικρού μεγέθους βλωμός)
  - Φυσιολογική (φυσιολογικού μεγέθους βλωμός)
  - Μεγάλη (μεγάλου μεγέθους βλωμός)
3. Ποια φαγητά προτιμάει να τρώει;
  - A. Σύσταση:
    - Υγρά
    - Ημι - υγρά
    - Στερεά
    - Ημι - στερεά
  - B. Θερμοκρασία:
    - Κρύα
    - Χλιαρά
    - Ζεστά
  - Γ. Γεύση:
    - Ξινά
    - Πικρά
    - Γλυκά
    - Αλμυρά
    - Πικάντικα
4. Αντιδράει έντονα σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές;
  - Ναι
  - Όχι
  - Αν ναι, περιγράψτε κάποια αντίδραση:.....  
.....
5. Ποια είναι η στάση του σώματος του παιδιού όταν τρώει;
  - Κλίση σώματος σε ορθή γωνία
  - Κλίση σώματος προς τα εμπρός
  - Κλίση σώματος προς τα πίσω
  - Σαγόνι προς τα κάτω
  - Κλίση κεφαλής προς τα πίσω
  - Άλλη απάντηση.....
6. Ποια η θέση του γονιού;  
.....  
.....  
.....

7. Πόση ώρα διαρκούν τα γεύματα;
- 15 λεπτά
  - 20 λεπτά
  - 30 λεπτά
  - Πάνω από 30 λεπτά
8. Συνηθίζει να πίνει νερό με το στόμα γεμάτο;
- Ναι
  - Όχι
9. Πιστεύετε ότι το παιδί, ορισμένες φορές, με χειριστικό τρόπο (δείχνει με διάφορους τρόπους τη δυσφορία του) αποφεύγει κάποιες τροφές;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι ποιες τροφές αποφεύγει;.....
- .....

## 2. Ιστορικό

### Γενικά

1. Πρόωρος τοκετός;
- Ναι
  - Όχι
2. Λιποβαρές νεογνό;
- Ναι
  - Όχι
3. Χρόνια σίτιση μέσω καθετήρα;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, πόσο χρονικό διάστημα;.....
4. Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής (ατρησία ρινικών χοανών)
- Ναι
  - Όχι
5. Κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, τι είδους; Χείλη , Υπερώα , Γλώσσα
6. Έχει περάσει κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος;
- Πνευμονία
  - Βρογχίτιδα
  - Λαρυγγίτιδα
  - Άλλο:.....
- .....

### 3. Σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία:

1. Το παιδί θήλασε;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, μέχρι ποιο μήνα;.....
- Αν όχι, για ποιο λόγο δε θήλασε;.....

2. Πότε σταμάτησε να πίνει υγρά από το μπουκάλι;
  - 12 μηνών
  - 18 μηνών
  - Άνω των 18 μηνών
3. Πότε ξεκίνησε να ρουφάει με καλαμάκι;
  - 11 μηνών
  - 12 μηνών
  - 18 μηνών
  - 2 χρόνων
  - άνω των δύο χρόνων
4. Πότε ξεκίνησε να τρώει με το κουτάλι;
  - 12 μηνών
  - 15 μηνών
  - 18 μηνών
  - Άνω των 18 μηνών
5. Πότε άρχισε να μασάει;
  - 9 μηνών
  - 12 μηνών
  - 18 μηνών
  - Άνω των 18 μηνών
6. Πότε άρχισε να πίνει με το ποτήρι;
  - 9 μηνών
  - 15 μηνών
  - 18 μηνών
  - Άνω των 18 μηνών
7. Με ποιες τροφές ξεκίνησε να τρέφεται;.....  
.....
8. Πότε σταμάτησε να χρησιμοποιεί πιπίλα ή δάχτυλο;  
.....  
.....

#### **4. Προβλήματα σίτισης**

1. Πότε πιστεύετε ότι άρχισαν τα προβλήματα σίτισης;.....  
.....
2. Τα προβλήματα σίτισης συνδέονται με κάποιο ιατρικό πρόβλημα; Αν ναι, ποιο;  
.....  
.....
3. Έχετε παρατηρήσει απώλεια ή διατήρηση του βάρους του παιδιού κατά το παρελθόν ή τώρα;
  - Διατήρηση
  - Απώλεια
  - Αν παρατηρήσατε απώλεια βάρους του παιδιού, περιγράψτε το βαθμό της απώλειας (σε κιλά) και το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο σημειώθηκε σε μήνες):  
.....
4. Κατά την βρεφική ηλικία, πραγματοποιούσε κινήσεις απομύζησης, δηλαδή κινήσεις θηλάσμου;
  - Ναι
  - Όχι

( Μπορούσε να θηλάσει; )

#### **Κατά την διάρκεια σίτισης**

1. Κατά την διάρκεια της σίτισης κλείνει τα χείλη του;
  - Ναι
  - Όχι

Αν ναι σε τι βαθμό; Χαλαρά:  σφιχτά:

2. Πραγματοποιεί κινήσεις μάσησης;
- Ναι
  - Όχι
3. Έχετε παρατηρήσει σιελόρροια ( απώλεια σαλιού από το στόμα) κατά την διάρκεια της σίτισης;
- Ναι
  - Όχι
  - Αν ναι, σε τι βαθμό:.....
4. Παρατηρείται βήχας κατά την διάρκεια της κατάποσης;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, είναι δυνατός, ή αδύναμος; Δυνατός:  Αδύναμος:
5. Όταν καταπίνει πνίγεται ή υπάρχει τάση για εμετό;
- Ναι
    - Πνιγμός:
    - Εμετός:
    - Και τα 2:
  - Όχι
6. Όταν μασάει στερεά τροφή κουράζεται;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, μετά από τι χρονικό διάστημα ή πόσες κουταλιές φαγητού κουράζεται:  
.....
7. Μετά την σίτιση, παρατηρείτε υπολείμματα τροφών στη στοματική κοιλότητα;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, σε τι βαθμό:.....
8. Πότε εμφανίζονται τα προβλήματα κατάποσης;
- A. Σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας
- Πρωί
  - Μεσημέρι
  - Βράδυ
  - Άλλες ώρες της ημέρας:.....
- B. Όταν το παιδί τρώει:
- Στο σπίτι
  - Έξω
- Γ. Όταν βρίσκεται:
- Με άλλα άτομα
  - Μόνο του
9. Έχετε παρατηρήσει οισοφαγική παλινδρόμηση;(εμετός κατά την διάρκεια, αμέσως μετά ή καθυστερημένα, δυσσομία στόματος, δυσφορία, πόνος κ.α.)
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, τι από τα παρακάτω;
- 1) Εμετός κατά την διάρκεια
  - 2) Εμετός αμέσως μετά το γεύμα
  - 3) Εμετός καθυστερημένα
  - 4) Δυσσομία στόματος
  - 5) Δυσφορία
  - 6) Πόνος

10. Έχετε παρατηρήσει διαρροή τροφής ή υγρών από την ρινική κοιλότητα;
- Ναι : Τροφή:  Υγρά:
  - Όχι
11. Έχετε παρατηρήσει αλλαγή της φωνής μετά από την κατάποση;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, τι είδους αλλαγή;
- 1) Βράχνιασμα:
  - 2) Τραχύτητα:
  - 3) Απώλεια φωνής:
  - 4) Άλλο:.....
12. Έχετε παρατηρήσει δυσκολία στην αναπνοή κατά την διάρκεια της σίτισης;
- Ναι
  - Όχι
- Αν ναι, τι είδους αλλαγές;
- 1) Δύσπνοια:
  - 2) Ταχύπνοια:
  - 3) Άλλο:.....
13. Μπορείτε να τοποθετήσετε που ακριβώς εντοπίζεται η δυσκολία στην σίτιση;
- Κατά τη λήψη τροφής από το στόμα
  - Κατά τη μάσηση
  - Κατά την κατάποση
  - Μετά την κατάποση
  - Άλλο.....
14. Έχετε παρατηρήσει, κατά την κατάποση να ωθεί τη γλώσσα στα μπροστινά δόντια με ανοιχτά – χαλαρά χείλη όπως όταν ήταν βρέφος;
- Ναι
  - Όχι

### Μέρος 2: Ιστορικό Γενικό

#### ❖ Πρώτος τοκετός:

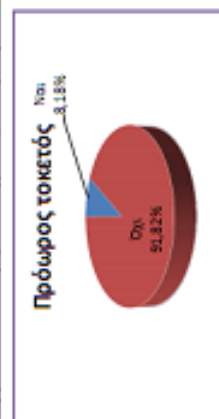
Η μέγιστη της ύπαρξης προφρόντιες σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με φυσιολογική ανάπτυξη έδειξε ότι νεότερα μόνο σε 8,2% του δείγματος, ενώ το υπόλοιπο 91,8% ολοκλήρωσε φυσιολογικά την ανάπτυξη του καθ' όλη την αναμενόμενη διάρκεια κύησης

**Πίνακας 20:** Κατανομή του δείγματος ανά πρόωρο τοκετό

Πρόωρος τοκετός	
Ναι	Όχι
Συχνότητα	9
Ποσοστό	8,2
Σύνολο:	101
	91,8
	110
	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 20.

**Διάγραμμα 20:** Κατανομή του δείγματος ανά πρόωρο τοκετό



#### ❖ Λιποβαρές νεογνά:

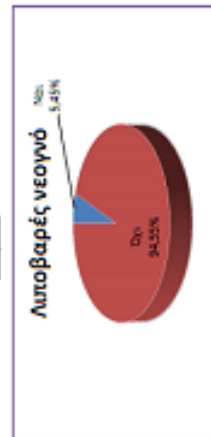
Παρόμοια είναι και τα ποσοστά των παιδιών προσχολικής ηλικίας τα οποία ως βρήση ήταν λιποβαρή, με το ποσοστό να ανέρχεται μόνο στο 5,5% του δείγματος.

**Πίνακας 21:** Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό λιποβαρως νεογνού

Λιποβαρές νεογνό	
Ναι	Όχι
Συχνότητα	6
Ποσοστό	5,5
Σύνολο:	104
	94,5
	110
	100,0

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 21.

**Διάγραμμα 21:** Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό λιποβαρως νεογνού



#### ❖ Χρόνια σίτιση μέσω καθετήρα & Κρυνιοπροσωπικές αναμιξιές

Σημαντικό γεγονός αποτελεί το εύρημα της ανάλυσης ότι κινένο παιδί του δείγματος δεν πάσχει από κρυνιοπροσωπικές αναμιξιές οι οποίες εκτός από προδιάθεση απόφραξης τραχηλοστομάχιου αποτελούν και παράγοντα που επιρροάζει με ποικίλους τρόπους την σίτιση και την κατάθεση. Παρόλοότι,

είναι σημαντικό ότι κανένα παιδί δεν ήταν υπό χρόνια στίσιση με χρήση καβέτρες.

**Πίνακας 22:** Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό χρόνιας στίσισης μέσω καβέτρες και κρυοποροποιησίων αναμιγμάτων

Χρόνια στίσιση μέσω καβέτρες		Κρυοποροποιητικές αναμιγμές	
Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Όχι	100,0	Όχι	100,0
	110		110

❖ **Υπερξη δυσχέρειες ρινικής αναπνοής:**

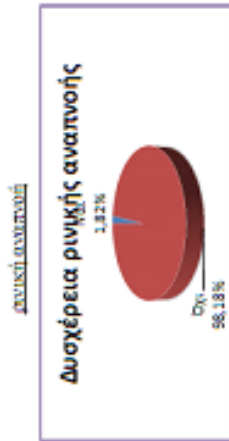
Και ως προς αυτό τον παράγοντα, μόλις το 1,8% των παιδιών προσχολικής ηλικίας του δείγματος δήλωσε ύπαρξη δυσχέρεια ρινικής αναπνοής κατά το παρτίλόν.

**Πίνακας 23:** Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό δυσχέρειας στη ρινική αναπνοή

Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής	
Συχνότητα	Ποσοστό
Ναι	2
Όχι	108
Σύνολο:	110

Τα αντίστοιχα ποσοστά παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα 22.

**Διάγραμμα 22:** Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό δυσχέρειας στη ρινική αναπνοή



❖ **Λοιμώδη αναπνευστικού συστήματος:**

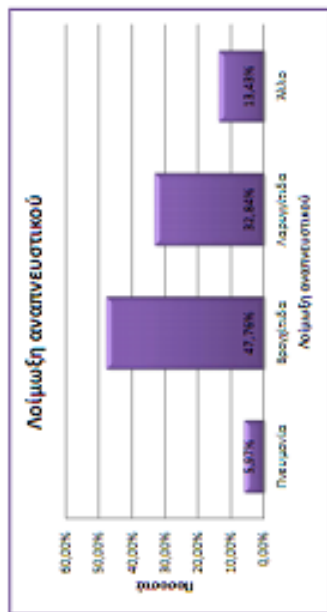
Σημαντικό εστίοο είναι τα αποτελέσματα των απαντήσεων ως προς την ύπαρξη λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος. Το 60,9% των γονέων αναφέρει ότι το παιδί τους είχε κατά το παρτίλόν υποστεί ένα ή για μία φορά λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος με την ηλικιωμένη να εμφανίζει βρογχίτιδα (47,8%), 32,8% λαρυγγίτιδα ενώ μόνο 6% πνευμονία. Επίσης υπήρξε και ένα 13,4% το οποίο δήλωσε ύπαρξη διαφορετική λοίμωξης αλλά δεν βρέθηκαν μεταξύ των απαντήσεων κοινές αναφορές.

**Πίνακας 24:** Κατανομή του δείγματος ανά ιστορικό λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος

Λοίμωξη αναπνευστικού			
Συχνότητα	Ποσοστό	Σχ. Ποσοστό	Αθρ. Ποσοστό
Πνευμονία	4	3,6	6,0
Βρογχίτιδα	32	29,1	47,8
Λαρυγγίτιδα	22	20,0	32,8
Άλλο	9	8,2	13,4
Σύνολο:	67	60,9	100,0
Ελλείψεις τιμές:	43	39,1	
Σύνολο:	110	100,0	

Το αντίστοιχο ποσοστό παρουσιάζεται και γραφικά στο διάγραμμα 23.

**Διάγραμμα 23:** Κατανομή των δειγμάτων ανά λειτουργικό σύστημα του αναπτυξιακού συστήματος





# Βιβλιογραφία

---

- ❑ Ahearn, W.H., Castine, T., Nault, C. & Green, G. (2001), *An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder non otherwise specified*: Journal of autism and developmental disorders, Vol:33, No:5
- ❑ American Psychiatric Association (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV, U.S.A
- ❑ American Psychiatric Association: <http://www.psych.org/>
- ❑ Arvedson, J.C. & Linda Brodsky, (2002). Pediatric Swallowing and Feeding Assessment and Management, Second edition, Singular -Thomson Learning.
- ❑ Autism Research Institute: <http://www.autism.com/>
- ❑ Bigenzahn, W. & Denk M.D., (2007). Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες, Αιτιολογία Κλινική Εικόνα και Θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- ❑ Bowers, L. (2002). An audit of referrals of children with autistic spectrum disorder to the dietetic service. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15, 141–144. In Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders, vol:21, pp: 153 – 166
- ❑ Centers for Disease Control and Prevention – CDC: <http://www.cdc.gov/>
- ❑ Coleman, M. (2009), The neurology of Autism. , USA: Oxford University Press, USA
- ❑ Collins, M. S., Kyle, R., Smith, S., Lavery, A., Roberts, S., & Eaton-Evans, J. (2003). Coping with the unusual family diet: Eating behavior and food choices of children with Down’s syndrome, autistic spectrum disorders or cri du chat syndrome and comparison groups of siblings. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 137–155. In Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders, vol:21, pp: 153 – 166

- ❑ Coonihan, Carole M. (1999), *The anthropology of food and body: Gender, Meaning, and Power*, New York: Routledge,
- ❑ Cornish, E. (1998). A balanced approach towards healthy eating in autism. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 501–509. In Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), *feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders*, vol:21, pp: 153 – 166
- ❑ Cornish, E. (2002). Gluten and casein free diets in autism: A study of the effects on food choice and nutrition. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15, 261–269. In Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), *feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders*, vol:21, pp: 153 – 166
- ❑ Dominick, K.C., Davis, N.O., Lainhart, J., Tager-Flusberg, H. & Folstein, S. (2007), *Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment* : *Research in Developmental Disabilities*, Volume 28, Issue 2, Pages 145-162
- ❑ Early Intervention Support.com., *Problem Feeders Differ from Picky Eaters*, <http://www.earlyinterventionsupport.com/parentingtips/feeding/problem-feeder.aspx> 14/07/20010 11:30:47μμ.
- ❑ Edwards, N. (2003), *Talking About Eating problems*, Chrysalis Children's Books
- ❑ Ernsperger L., Stegen-Hanson T & Grandin T (1994), *Just take a bite: Easy, Effective Answers to food Aversion and Eating Challenges!*, U.S.A: Future Horizons
- ❑ Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39, 299–304. In Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), *feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders*, vol:21, pp: 153 – 166

- ❑ Fournier, K.A., Hass, C.J., Naik, S.K., Lodha, N. & Cauraugh, J.H., . *Motor coordination in autism spectrum disorders: a synthesis and meta-analysis*. Journal of Autism and Developmental Disorders ( Online **only**)
- ❑ Frith, U, (1992), *Autism: Explaining the enigma*, oxford U.K & Cambridge U.S.A, Basil Blackwell
- ❑ Geschwind, D. H. ( 2009), *Advances in Autism: Annual Review of Medicine*, Vol. 60: 367-380
- ❑ Godwin Emmons, P.& McKendry Anderson, L. (2005), *Understanding Sensory Dysfunction : Learning, Development and Sensory Dysfunction in Autism Spectrum Disorders, ADHD, Learning Disabilities and Bipolar Disorder*. U.S.A: Jessica Kingsley Publishers
- ❑ Groher, M.E. & Crary, M.A. (2010). *Dysphagia, Clinical Management in Adults and Children*, Mosby Elsevier.
- ❑ International autism Epidemiology Network (IAEN):  
<http://www.autismepidemiology.net/>
- ❑ Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), *feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders*,vol:21, pp: 153 - 166
- ❑ Lennard – Brown, S. (2004), *Autism*. Raintree
- ❑ Logemann, J. A., (3-4 /11/2006). Σημειώσεις Σεμιναρίου Δυσφαγίας «Αξιολόγηση και θεραπεία των διαταραχών κατάποσης». Βασικές έννοιες στην αντιμετώπιση ασθενών με δυσφαγία: Μια προσέγγιση βασισμένη στη γνώση και στην κλινική έρευνα, Πανελλήνιος Σύλλογος Λογοπεδικών.
- ❑ Manikam R, Perman JA. (2000, Jan.), *Pediatric feeding disorders: J Clin Gastroenterol.* ,30(1):34-46.
- ❑ Martins, Y., Young, R.L. & Robson, D.C ( 2008), *Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children: Journal of autism and developmental disorders*, Springer online publishing

- ❑ Matson, J.L., Fodstad, J.C. & Dempsey T. (2009), *The relationship of feeding problems to core symptoms of autism and PDD – NOS* : Research in autism spectrum disorders, Vol:3, pp: 759 – 766
- ❑ Muhle, R., Trentacoste, S. V. & Rapin, I.(2004), *The Genetics of Autism*: PEDIATRICS Vol. 113 No. 5, pp. e472-e486
- ❑ Penn State Hershey Children's Hospital:  
<http://pennstatehershey.org/web/childrens/home>
- ❑ Rogers S.J. & Ozonoff S. (2005), *Annotation: what do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence*: J Child Psychol Psychiatry. 46(12):1255-68.
- ❑ Schreck , K.A, Williams, K. & Smith A. F. ( 2004), *A comparison of eating behaviours between children with and without Autism*: Journal of Autism and developmental disorders, Vol: 34 No 4
- ❑ Schreck, K. A., Williams, K., & Smith, A. F. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 34, 433–438. In Ledford, J.R. & Gast D. L. (2006), *feeding problems in children with autism spectrum disorders: Focus on autism and other developmental disorders*,vol:21, pp: 153 – 166
- ❑ Schreck, K.A. & Williams,K. (2006), *Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorder*: Research in developmental disabilities, Vol: 27, pp: 353 - 363
- ❑ Southall, A. & Schwartz, A. (2000), *Feeding problems in children: A practical guide*. U.K: Radcliffe Medical Press
- ❑ Statistical Package for the Social Sciences: SPSS: <http://www.spss.com/>
- ❑ Steven, M. S., Corredor, J., Fisher-Medina, J., Cohen, J., & Rabinowitz, S. (2001,Sept). *Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Children With Developmental Disabilities*: PEDIATRICS Vol. 108, pp. 671-676
- ❑ [www.earlyinterventionsupport.com](http://www.earlyinterventionsupport.com)

- ❑ Βάρβογλη, Λ (2007), Η διάγνωση του Αυτισμού: Πρακτικός Οδηγός, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
- ❑ Διακήρυξης του Ελσίνκι (1964):  
[Http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Declaration\\_of\\_Helsinki](http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Declaration_of_Helsinki)
- ❑ Καμπανάρου, Μ (2006). Σημειώσεις μαθήματος: "Διαταραχές της Κατάποσης-Δυσφαγία" Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, Τμήμα Λογοθεραπείας
- ❑ Κώδικας της Νυρεμβέργης (1947):  
[http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Nuremberg\\_Code/1](http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/el/Nuremberg_Code/1)
- ❑ Λίτινας, Ν., (2007). Σημειώσεις μαθήματος: «Διαταραχές λόγου/ομιλίας στην Εγκεφαλική παράλυση» Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, Τμήμα Λογοθεραπείας.
- ❑ Παπαθανασίου, Η. & Γιαννίκα, Π., Σημειώσεις Σεμιναρίου: «Ανατομία και μυοσκελετική δράση της κατάποσης»
- ❑ Σαχίνη – Καρδάση, Α. (2000), Μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα