

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΙΤΙΣΗ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΕ ΤΥΠΙΚΑ
ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 18-36 ΜΗΝΩΝ

FEEDING AND FEEDING DIFFICULTIES IN TYPICALLY
DEVELOPING CHILDREN AGED 18-36MONTHS

ΒΑΝΤΑΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΩΤΣΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ - 2012

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract.....	6
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	8
Εισαγωγή.....	9
Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	9
Φυσιολογικά αναπτυξιακά στάδια σίτισης και κατάποσης.....	10
Δυσκολίες στην σίτιση και την κατάποση.....	11
Αναπτυξιακές διαταραχές και σίτιση.....	13
Αυτισμός.....	14
Ορισμός.....	14
Συμπτωματολογία αυτισμού.....	15
Αυτισμός και σίτιση.....	18
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία της έρευνας.....	21
Μεθοδολογία.....	22
Κεφάλαιο 3: Στατιστική ανάλυση.....	24
Στατιστική ανάλυση με βάση το δείγμα.....	25
Στατιστική ανάλυση με βάση την ηλικία.....	42
Κεφάλαιο 4: Συζήτηση αποτελεσμάτων-Συμπεράσματα.....	67
Συζήτηση αποτελεσμάτων-Συμπεράσματα.....	68
Συστάσεις.....	70
Ο ρόλος του λογοθεραπευτή.....	72
Κεφάλαιο 5: Βιβλιογραφία.....	73
Βιβλιογραφία.....	74
Κεφάλαιο 6: Παράρτημα.....	80

Ερωτηματολόγιο.....	81
Συμπληρωματικοί πίνακες.....	89

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των σταδίων σίτισης, του τρόπου σίτισης και τυχόν δυσκολιών σίτισης σε νήπια τυπικής εξέλιξης 18 έως 36 μηνών. Η Ελληνική βιβλιογραφία σε έρευνες του είδους αυτού είναι εξαιρετικά περιορισμένη, έως ανύπαρκτη.

Μεθοδολογία

Το δείγμα αποτελούνταν από 90 νήπια (45 αγόρια και 45 κορίτσια), 18 έως 36 μηνών, με μέσο όρο ηλικίας 26 μήνες και τυπική απόκλιση 5μήνες. Οι ηλικίες των παιδιών οι οποίες διερευνήθηκαν χωρίστηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες: 18-23 μηνών, 24-29 μηνών και 30-36 μηνών.

Για τη συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Κατάποσης» (Κωτσοπούλου και συν, 2010). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε υπό μορφή συνέντευξης με τους γονείς των παιδιών. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ερωτήσεις για το ιατρικό ιστορικό του παιδιού, την σίτιση κατά τη βρεφική ηλικία, τη σίτιση κατά την παρούσα περίοδο, και συμπεριφορές και τυχόν προβλήματα κατά την διάρκεια της σίτισης.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η *πόση με καλαμάκι και από ποτήρι*, και η *σίτιση με κουτάλι* επιτελούνται στην ηλικία των 18 μηνών σε ποσοστό άνω του 80%. Η *μάσηση* στην ηλικία των 12 μηνών άγγιξε το 90%. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με αυτά των Arvedson και Brodsky, 2002. Παρατηρήθηκε όμως ότι ένα μεγάλο ποσοστό (75,6%) των νηπίων, δεν είχε εγκαταλείψει την *πόση του γάλακτος με το μπουκάλι* μέχρι την ηλικία των 36 μηνών, ενώ στην έρευνα των Dietz και Stern (2012) η διακοπή γινόταν στην ηλικία των 24 μηνών. Στην ηλικία των 30-36 μηνών, 62,5% των νηπίων είχαν πλήρως αυτόνομη σίτιση. Ως προς την υφή των τροφών προτιμούσαν την στερεά ή ημι-στερεά τροφή και τη χλιαρή θερμοκρασία. Ένα υψηλό ποσοστό παιδιών κυρίως στις μικρότερες ηλικίες (18-23 μην.) έδειξε έντονη αποστροφή σε μυρωδιές και ορισμένες τροφές, προτιμήσεις στα ίδια σκεύη σίτισης καθώς και παλινδρόμηση, συμπεριφορές που συνήθως παρατηρούνται στα παιδιά

στο φάσμα του αυτισμού, βέβαια σε παιδιά με αυτισμό η συχνότητα είναι υψηλότερη και η ηλικία τους πολύ μεγαλύτερη.

Συστάσεις

Συνιστούμε επανάληψη της παρούσας έρευνας σε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές όπως εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down, νοητική υστέρηση, και αυτισμό.

ABSTRACT

Aim:

The present research study was conducted in order to find out about the feeding habits and perhaps difficulties that typically developing children go through at the different milestones of developing.

Methodology

The sample numbered 90 children (N=90) with a mean age approximately 26 months and a standard deviation of 5 months. The sample was completely balanced regarding the gender (45 males and 45 females).

The gathering of information was performed through a questionnaire (Kotsopoulou et al, 2010) which was completed in an interview with the parents.

The children were aged from 18 to 36 months and were divided into three groups. First group was aged between 18 and 23 months, the second group was aged between 24 and 29 months and finally the last group was aged between 30 to 36 months. The questionnaire contained questions which had to do with personal details of the children, medical history, feeding milestones starting from infancy and continued to present feeding, as well as questions regarding behaviors and habits during feeding.

Results

The results showed that *above 80% of the toddlers drank from a glass, used a straw, and ate with a spoon at the age of 18 months, and 90% chewed their food at 12 months.* These results agree with those of Arvedson και Brodsky, 2002. A large number of the sample (75,6%) continued to drink milk from the bottle at 36 months, while in the study by Dietz και Stern (2012) they stopped at 24months. At the age of 30 to 36 months 62% of the sample ate independently. The toddlers preferred solid or semisolid food, and at lukewarm temperature. A large number of the sample at early ages (18 to 23 months) showed repulsion at certain smells or types of food, preference for the use of the same feeding utensils and vomiting. These behaviors are also observed in children in the spectrum of autism but in much higher frequency and at later stages of development.

Recommendations

We recommend repetition of the present study with children with developmental disorders e.g autism, cerebral palsy, Down syndrome and mental retardation.

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε παιδί από την στιγμή της γέννησης του περνάει από διάφορα στάδια ανάπτυξης, σε διαφορετικούς τομείς (ομιλία, σίτιση, αδρή-λεπτή κινητικότητα κλπ.). Για την φυσιολογική σωματική ανάπτυξη, που θα έχει και σαν αποτέλεσμα την ομάλη ανάπτυξη των υπόλοιπων τομέων, απαιτείται πρόσληψη τροφής, σίτιση. Τί είναι όμως η σίτιση τι στάδια και μηχανισμούς περιλαμβάνει; Ποια είναι τα διάφορα φυσιολογικά αναπτυξιακά στάδια σίτισης από τα οποία περνάει κάθε παιδί; Πότε πρέπει το κάθε παιδί να έχει κατακτήσει συγκεκριμένες λειτουργίες για την φυσιολογική εξέλιξη της σίτισης; Ποιές είναι οι πιθανές δυσκολίες στην σίτιση; Αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές προβλήματα στην σίτιση; Πως συνδέονται διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές με τις διαταραχές στην σίτιση; Στις ερωτήσεις αυτές θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε αρχίζοντας με την καταγραφή της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, την περιγραφή της μεθοδολογίας, την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, τα αποτελέσματα και τις συστάσεις.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η σίτιση είναι μία πολυδιάστατη δραστηριότητα, που απαιτεί την αλληλοδιαδοχή και την συνεργασία αδρών και λεπτών κινήσεων του κορμού, των χεριών του στόματος καθώς και των αντανεκλαστικών κινήσεων της κατάποσης. Θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλος έλεγχος της κίνησης για να επιτραπεί μία σταθερή καθιστική θέση, για να επιτρέψει στο άτομο να μεταφέρει την τροφή από το τραπέζι στο στόμα, καθώς και να μασήσει επαρκώς την τροφή για μία αποδοτική κατάποση. Έπειτα μία φυσιολογική κατάποση, επιτρέπει την ασφαλή μεταφορά τόσο των στερεών όσο και των υγρών τροφών από το στόμα στο στομάχι (Yorkson et al, 2003).

Ο όρος κατάποση αναφέρεται σε ολόκληρη τη διαδικασία, από την στιγμή που εισάγεται τροφή στο στόμα, το χειρισμό της τροφής στην στοματική κοιλότητα, (στοματικό στάδιο), το φαρυγγικό και το οισοφαγικό στάδιο, μέχρι την εισαγωγή του βλωμού στο στομάχι.

Ο μηχανισμός της κατάποσης περιλαμβάνει τη στοματική κοιλότητα δηλαδή τα χείλη, τα δόντια, την σκληρή και την μαλακή υπερώα, την σταφυλή, την κάτω γνάθο,

τη βάση του στόματος, την γλώσσα και τις παρίσθιμες καμάρες καθώς επίσης τον φάρυγγα, τον λάρυγγα και τον οισοφάγο (Logemann, J., 1998)

Φυσιολογικά αναπτυξιακά στάδια σίτισης και κατάποσης

Οι Arvedson και Brodsky (2002) με έρευνες έχουν περιγράψει τα ακόλουθα στάδια σίτισης από την γέννηση του παιδιού έως και τους 36 μήνες:

Ηλικία (μήνες)	Σίτιση και στοματοκινητική ανάπτυξη
Γέννηση έως 4-6	Θηλασμός (στήθος ή μπουκάλι) Ακουμπάει το μπουκάλι με το ένα χέρι(2-4 μηνών) Διατηρεί ημίκαμπτη στάση κατά τη σίτιση
6-9 μηνών	Σιτίζεται σε πιο καθιστή θέση Σίτιση με κουτάλι (κρέμα) Μετάβαση από suckle σε suck* Κρατάει το μπουκάλι και με τα δύο χέρια Τρώει με τα δάχτυλα Οριζόντια μάσηση ημιστερεάς τροφής Προτιμάει να το ταιΐζουν οι γονείς
9-12 μηνών	Πίνει από ποτήρι Τρώει αλεσμένη τροφή Τρώει με τα δάχτυλα ημιστερεά τροφή Στην μάσηση εισάγονται και οι κυκλικές κινήσεις της κάτω γνάθου
12-18 μηνών	Αυτόνομη σίτιση (αρπάζει το κουτάλι με το ένα χέρι) Κρατάει το ποτήρι με τα 2 χέρια Πίνει υγρά κάνοντας 4-5 καταπόσεις Κρατάει το μπουκάλι και το τοποθετεί στο στόμα
18-24 μηνών	Καταπίνει με κλειστά χείλη Επικρατεί η αυτόνομη σίτιση Μασάει ποικίλες τροφές Κίνηση της γλώσσας πάνω-κάτω με ακρίβεια
24-36 μηνών	Κυκλικές κινήσεις της κάτω γνάθου Μασάει με κλειστά χείλη Κρατάει το ποτήρι με το ένα χέρι και πίνει χωρίς διαρροή του υγρού από το στόμα Κρατάει το κουτάλι με τα δάχτυλα Τρώει ποικίλες στερεές τροφές Πλήρης αυτονομία στην σίτιση χρησιμοποιώντας πιρούνι

*suckle: απομύζηση από το στήθος

suck: απομύζηση από μπουκάλι

Από επιπρόσθετες μελέτες της Arvedson (Arvedson, 2006) προκύπτει ότι το έμβρυο από την 18^η μέχρι την 24^η εβδομάδα κύησης έχει κατακτήσει την δεξιότητα του θηλασμού με την εμπροσθοπίσθια κίνηση της γλώσσας (suckling), ενώ η κάμψη της γλώσσας κατακτάται την 28^η εβδομάδα κύησης. Την 34^η εβδομάδα κύησης το έμβρυο έχει πλέον κατακτήσει τις δεξιότητες θηλασμού και κατάποσης, αφού φαίνεται να καταπίνει 500-1000ml αμνιακού υγρού.

Η φυσιολογική κατάποση πραγματοποιείται σε 4 φάσεις (Logemann, 1983, 1989, 1997, Cherney, 1994, Shipley και McAfee, 2004):

- Τη στοματική φάση προετοιμασίας. Περιλαμβάνει την λήψη τροφής στο στόμα, την μετατροπή της τροφής σε βλωμό (αλεσμένη τροφή με σάλιο) και την τοποθέτηση του βλωμού στην γλώσσα.
- Τη στοματική φάση που εξυπηρετεί την μεταφορά του βλωμού στο φάρυγγα μέχρι να εκλυθεί το αντανεκλαστικό της κατάποσης.
- Τη φαρυγγική φάση. Ο βλωμός προωθείται μέσω του φάρυγγα στον οισοφάγο με γρήγορες αντανεκλαστικές κινήσεις.
- Την οισοφαγική φάση. Ο βλωμός μεταφέρεται με περισταλτικές κινήσεις από τον οισοφάγο στο στομάχι.

Δυσκολίες στην σίτιση και την κατάποση

Η αναγνώριση των σημείων και των συμπτωμάτων της δυσφαγίας είναι σημαντική για την ανίχνευση παιδιών με ανάγκη αξιολόγησης και παρέμβασης. Τα ακόλουθα σημεία και συμπτώματα διαταραχών κατάποσης είναι τα πιο κοινά (Logemann, 1998, Homer et al., 2000, Newman, 2000, Nicolosi et al., 2004 και Shipley και McAfee, 2004):

- Αδυναμία εκκίνησης ή διατήρησης απομυζητικών κινήσεων
- Ανικανότητα να αναγνωρίσουν το φαγητό μέσω της αφής (απτική αγνωσία)
- Δυσκολία ελέγχου του κορμού ή της στάσης
- Συχνή άρνηση λήψης τροφής ή υγρού
- Οξυθυμία ή προβληματική συμπεριφορά κατά την διάρκεια της σίτισης
- Δυσκολία στην τοποθέτηση ή στην συγκράτηση τροφής στο στόμα
- Στοματική υπερευαισθησία/υποευαισθησία

- Υπερευαισθησία στην υφή της τροφής ή απέχθεια για την τροφή
- Δυσκολία ελέγχου του σάλιου στην στοματική κοιλότητα ή μεγάλου βαθμού σιελόρροια κυρίως μετά την σίτιση
- Δυσκολία ελέγχου της τροφής στην στοματική κοιλότητα ή υπερβολική κίνηση της κάτω γνάθου κατά την διάρκεια της μάσησης και της κατάποσης
- Δυσκολία στην έναρξη της κατάποσης
- Πολλαπλές καταπώσεις
- Επανεπιλημμένη πόση νερού ενώ ο βλωμός βρίσκεται ακόμα στην στοματική κοιλότητα ή αμέσως μετά την κατάποση
- Υπολλείμματα τροφής εντός της στοματικής κοιλότητας μετά την κατάποση
- Βήχας πριν, κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά το γεύμα ή την πόση
- Συχνές τάσεις για εμετό ή φτύσιμο ή εμετός κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά την σίτιση ή την πόση
- Δακρύρροια κατά την διάρκεια ή μετά την σίτιση ή πόση
- Παρατεταμένη διάρκεια γεύματος (πάνω από 30-40 λεπτά)
- Συχνές προσβολές πνευμονίας ή άλλων χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων
- Απώλεια βάρους χωρίς κάποια άλλη προφανή αιτία, αποτυχία ανάκτησης κατάλληλου βάρους ή ενδείξεις υποσιτισμού
- Υγρή ή αναπνευστική ποιότητα φωνής ειδικά μετά το γεύμα

Αίτια δυσκολιών σίτισης και κατάποσης

Σύμφωνα με τις Arvedson και Brodsky, (2002), τις Jones και King (2005), την ASHA (2002), τους Kurjan και Newman (2000) και τον Swigert (1998) παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στην σίτιση και στην κατάποση είναι οι παρακάτω:

- Πρόωρος τοκετός
- Λιποβαρές νεγνό
- Ανατομικές ανωμαλίες (συγγενείς δυσπλασίες)
- Ανωμαλίες ή τραυματισμοί του κεντρικού νευρικού συστήματος (γενετικά σύνδρομα, εγκεφαλική παράλυση κλπ.)
- Νευρομυϊκές διαταραχές (μυϊκή δυστροφία)
- Νοητική καθυστέρηση

- Ιστορικό ή και χρόνιες πνευμονικές/αναπνευστικές παθήσεις, που μπορούν να προκαλέσουν εισρόφηση
- Μεταβολικές διαταραχές
- Στοματική υπεραισθητικότητα, υπεραισθητικότητα του ανώτερου πεπτικού σωλήνα ή υπεραισθητικότητα της υψής της τροφής
- Δυσφωνία, ειδικά αν σχετίζεται με απαγωγή και προσαγωγή των φωνητικών χορδών ή παράλυση σε μία ή και στις 2 φωνητικές χορδές

Αναπτυξιακές διαταραχές και σίτιση

Διαταραχές σίτισης παρατηρούνται σε διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές όπως εγκεφαλική παράλυση, σύνδρομο Down, εξελικτική δυσπραξία, και κυρίως στον αυτισμό.

Με την εγκεφαλική παράλυση συνυπάρχει και στοματοκινητική δυσλειτουργία που έχει σαν αποτέλεσμα εξασθενημένη μυϊκή λειτουργία πράγμα το οποίο επηρεάζει την κατάποση, την μάσηση, την ομιλία και την έκφραση του προσώπου (Gangil et al, 2001 και Hou et al, 2004). Η στοματοκινητική δυσλειτουργία που συνυπάρχει με την εγκεφαλική παράλυση παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό των παιδιών (37% των παιδιών με διπληγία και ημιπληγία και 86% των παιδιών με τετραπληγία), (Pohl και Cantrell, 2006). Αυτή η δυσλειτουργία επηρεάζει όλη την στάση του σώματος του παιδιού με εγκεφαλική παράλυση καθιστώντας την σίτιση χρονοβόρα (μέση διάρκεια γεύματος 31,5 λεπτά) (Gangil et al, 2001).

Στα παιδιά με σύνδρομο Down ο μυϊκός τόνος είναι χαμηλός, και ως εκ τούτου επηρεάζονται όλοι οι μύες. Από αυτούς τους μύες δεν θα μπορούσαν να λείπουν και οι μύες του προσώπου, της στοματικής κοιλότητας καθώς και του λαιμού. Τα παιδιά με σύνδρομο Down αντιμετωπίζουν και αυτά δυσκολίες στην σίτιση αφού η σιωπηλή εισρόφηση είναι ένα φαινόμενο σύνηθες (Spender, 1996).

Στην αναπτυξιακή δυσπραξία, μία διαταραχή στην οποία είναι δύσκολος ο έλεγχος της διαδοχοκίνησης, είναι εμφανή και συμπτώματα δυσκολιών σίτισης. Λόγω αδυναμίας ελέγχου της διαδοχοκίνησης οι δυσκολίες των παιδιών με αναπτυξιακή δυσπραξία, περιλαμβάνουν αδυναμία συγκράτησης της τροφής στην στοματική κοιλότητα, ενώ σε μεγαλύτερη ηλικία δυσκολεύονται να συντονίσουν την χρήση πιρουιού και μαχαιριού ταυτόχρονα (Portwood, 1999). Επιπλέον, σύμφωνα με την

Ozanne (Ozanne, 1995) οι διαταραχές σίτισης, και η έλλειψη βαβίσματος βρίσκονται στην πρώτη θέση στο ιστορικό παιδιών με εξελικτική δυσπραξία, κυρίως όταν συνοδεύεται και από στοματική δυσπραξία.

Επειδή οι διαταραχές σίτισης είναι περισσότερο συχνές και έντονες στο φάσμα του αυτισμού και εκεί αποβλέπουμε μελλοντικές εργασίες μας θα περιγράψουμε τον αυτισμό και τις διαταραχές σίτισης με μεγαλύτερη λεπτομέρεια.

Αυτισμός

Ο αυτισμός περιγράφηκε για πρώτη φορά από το Leo Kanner (1943). Αρχικά θεωρήθηκε ότι οφείλεται σε ψυχογενείς παράγοντες, πιο πρόσφατα όμως θεωρείται ότι μπορεί να έχει βιολογική βάση. Για να διαγνωστεί ο αυτισμός, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στηρίζονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Assosiation, 1994), το οποίο χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για την κατηγοριοποίηση και τη διευκόλυνση της διάγνωσης των πιο συνηθισμένων ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα λοιπόν με το DSM-IV-TR ο αυτισμός μπορεί να ορισθεί σαν διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση, με περιορισμένες, επαναλαμβανόμενες και στερεοτυπικές συμπεριφορές, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αυτισμός εμφανίζεται πολύ πιο συχνά στα αγόρια απ' ό τι στα κορίτσια- η αναλογία είναι 4 αγόρια / 1 κορίτσι. Η ακριβής αιτία δεν έχει διευκρινιστεί μέχρι σήμερα. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων του αυτισμού ξεκινά από τη γέννηση ή την πρώτη παιδική ηλικία. Τα συμπτώματα εντοπίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. **Μη φυσιολογική κοινωνική ανάπτυξη:** το παιδί είναι παθητικό ή έχει περίεργες αντιδράσεις, δεν έχει φυσιολογική βλεμματική επαφή, το κοινωνικό παιχνίδι είναι περιορισμένο, δεν υπάρχει κοινή εστίαση προσοχής.
2. **Μη φυσιολογική ανάπτυξη της επικοινωνίας:** βωβότητα, ηχολαλία, χρήση «καθαρεύουσας» γλώσσας, πραγματολογικές διαταραχές, έλλειψη δήξεως στα βρέφη.
3. **Επαναληπτικές συμπεριφορές και περιορισμένα ενδιαφέροντα:** στερεοτυπίες, εμμονή στο ενδιαφέρον για κάτι, ρουτίνα, έλλειψη παιχνιδιού -

προσποίηση, αντίδραση στην αλλαγή. (American Psychiatric Association, 1994)

Συμπτωματολογία αυτισμού

Τη συμπτωματολογία του αυτισμού γενικά μπορούμε να την χωρίσουμε σε ελλείψεις και πλεονασμούς της συμπεριφοράς. Οι ελλείψεις αφορούν κυρίως:

Προσοχή:

1. αποφυγή βλεμματικής επαφής
2. διάσπαση προσοχής
3. ελάχιστη ή υπερβολική ενασχόληση με ορισμένα αντικείμενα
4. εκδήλωση ανησυχίας

Προφορικός λόγος

1. ηχολαλία
2. ακατάληπτη άρθρωση
3. ακατάλληλοι κυματισμοί της φωνής
4. ακατάλληλη ένταση της φωνής
5. ασυνάρτητος λόγος
6. επαναληπτικός λόγος

Κοινωνικές και Συναισθηματικές Εκδηλώσεις

1. αποφυγή ή άρνηση σωματικής επαφής
2. αποφυγή ή άρνηση κοινωνικής επαφής/ επικοινωνίας
3. έλλειψη ενδιαφέροντος για συνομηλίκους
4. έλλειψη γενικά ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους
5. έλλειψη πρωτοβουλίας και ανταπόκρισης σε κοινωνικές συναλλαγές
6. απάθεια σε ερεθίσματα που προκαλούν φόβο
7. υπερβολική αντίδραση φόβου σε ερεθίσματα που συνήθως δεν προκαλούν φοβική αντίδραση
8. απάθεια ή υπερβολική αντίδραση στον αποχωρισμό από τη μητέρα
9. απαθείς ή ανάρμοστες με το περιβάλλον συναισθηματικές εκφράσεις

10. έλλειψη ενσυναίσθησης

Παιχνίδι

1. ιδιόρρυθμη χρήση παιχνιδιών
2. αποχή από συμβολικό ή αναπαραστατικό παιχνίδι
3. αποχή από δυαδικό ή ομαδικό παιχνίδι με συνομηλίκους
4. υπερβολική προσκόλληση σε ορισμένα παιχνίδια
5. ενδιαφέρον για πολύ περιορισμένο αριθμό παιχνιδιών

Αισθητηριακή Επεξεργασία

1. ιδιόρρυθμη επεξεργασία οπτικών ερεθισμάτων (απλανές βλέμμα)
2. αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε ακουστικά ερεθίσματα (π.χ δεν αντιδρά σε ένα δυνατό κρότο, ενώ κλείνει τ' αυτιά του στο άκουσμα της ηλεκτρικής σκούπας)
3. αδιαφορία ή υπερβολική αντίδραση σε απτικά ερεθίσματα (π.χ μένει απαθής σε πρόκληση πόνου, ενώ δεν ανέχεται το χάδι)
4. υπερευαισθησία σε ορισμένες γεύσεις ή οσμές

Επιλεκτική Προσοχή σε Ορισμένα Χαρακτηριστικά των Ερεθισμάτων του Περιβάλλοντος ή Υπερεπιλεκτικότητα (Overselectivity)

Έχει την τάση να εστιάζει την προσοχή σε μεμονωμένα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, όπως στο χρώμα ή στο σχήμα, με αποτέλεσμα να επεξεργάζεται αποσπασματικά και όχι σφαιρικά. Η αποσπασματική ή υπερεπιλεκτική αυτή η επεξεργασία επιτείνει τη δυσκολία που έχει το άτομο με αυτισμό να διακρίνει και να αναγνωρίσει αντικείμενα ή σύμβολα και να γενικεύει τις δεξιότητες του με καινούρια ερεθίσματα και σε καινούριες συνθήκες. Για παράδειγμα, αν έχει μάθει να ονομάζει το πρόσωπο που απεικονίζει κάποια φωτογραφία, δεν το αναγνωρίζει παρά μόνο από τη συγκεκριμένη φωτογραφία. Δεν αντιλαμβάνεται ότι το πρόσωπο που απεικονίζεται σε διαφορετικές φωτογραφίες είναι το ίδιο. Αυτή η δυσκολία οφείλεται στην αποσπασματική παρατήρηση κάποιου στοιχείου ή στοιχείων της φωτογραφίας, όπως τα ρούχα του απεικονιζόμενου ή το τοπίο, αντί της σφαιρικής παρατήρησης όλων των χαρακτηριστικών του προσώπου που αποτελεί το κύριο ερέθισμα για την αναγνώριση προσώπων.

Γνωσιακές Λειτουργίες

1. νοητική καθυστέρηση
2. ασταθής μάθηση
3. αναπτυξιακά χάσματα στους γνωσιακούς τομείς
4. μαθησιακή παλινδρόμηση

Οι πλεονασμοί στη συμπεριφορά των ατόμων με αυτισμό σχετίζονται κυρίως με δυσπροσάρμοστες και στερεοτυπικές αντιδράσεις και μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

Διασπαστική Συμπεριφορά

1. κρίσεις θυμού
2. ανυπακοή
3. επιθετικότητα
4. αυτοτραυματισμοί

Στερεοτυπικές αντιδράσεις

1. σε οπτικά ερεθίσματα(π.χ οπτική παρακολούθηση με μισόκλειστα μάτια, παρακολούθηση αντικειμένων κρατώντας και στρίβοντας τα σαν τη σβούρα)
2. στην ομιλία(π.χ ασυνάρτητοι ήχοι ή φράσεις κατ' εξακολούθηση)
3. στην οσμή(π.χ μυρίζει επίμονα τα αντικείμενα ή τους ανθρώπους)
4. στη γεύση(π.χ κρατά τροφές στο στόμα για πολλή ώρα)
5. στην αφή(π.χ τρίβει τα δάχτυλα μεταξύ τους)
6. στην κίνηση(π.χ κουνάει τα δάχτυλα, τα χέρια ή τα πόδια του για πολλή ώρα, σφίγγει τους μύες του)
7. τελετουργίες(π.χ τοποθετεί αντικείμενα σε ευθεία γραμμή)

Ιδιαίτερες Ικανότητες

1. εξαιρετική ικανότητα απομνημόνευσης και παπαγαλίας

2. υψηλή αριθμητική ικανότητα
3. υπερλεξία (hyperlexia)
4. επιδεξιότητα σε παζλ και σε παιχνίδια με περίπλοκους μηχανισμούς

(Dodd, 2005, American Psychiatric Association, 1994, Γεννά, 2002, Allman, 2010, Turkington, 2007, Strickland, 2009)

Αυτισμός και σίτιση

Διαταραχές στην σίτιση είναι κοινές στον αυτισμό. Ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών στο φάσμα του αυτισμού, αντιμετωπίζουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα διατροφικά προβλήματα (Strickland, 2009):

- Φτωχή διατροφή
- Διατροφική ανεπάρκεια
- Προβλήματα σίτισης
- Τροφικές αλλεργίες
- Δυσανεξία σε τροφές
- Χημικές ευαισθησίες
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Έκθεση σε νευροτοξίνες
- Συχνές ασθένειες και μολύνσεις

Από τα παραπάνω φαίνεται η συσχέτιση των δυσκολιών σίτισης και κατάποσης στις αναπτυξιακές διαταραχές και κυρίως στον αυτισμό, όπως άλλωστε φαίνεται και από την έρευνα των Nadon et al (2011). Όμως δυσκολίες στην σίτιση και στην κατάποση έχουν και τα φυσιολογικά παιδιά.

Μία συγκριτική μελέτη προσπάθησε να αναδείξει διάφορες συμπεριφορές στην σίτιση τόσο σε φυσιολογικά παιδιά όσο και σε παιδιά με αυτισμό αλλά και τα φυσιολογικά αδέρφια των παιδιών με αυτισμό. Από αυτή την έρευνα βρέθηκε ότι τα παιδιά με αυτισμό είχαν φτωχότερες ικανότητες αυτο-σίτισης από τα φυσιολογικά παιδιά αλλά και από τα αδέρφια τους, και αντιδρούσαν στην παρουσία νέου φαγητού ενώ οι αντίστοιχες ομάδες ελέγχου όχι. Αυτό που παρατηρήθηκε τόσο στα παιδιά με αυτισμό όσο και στα φυσιολογικά παιδιά συμπεριλαμβανομένων των αδερφών των

παιδιών με αυτισμό, είναι ότι και οι 3 ομάδες παρουσίαζαν τελετουργικές συμπεριφορές κατά την διάρκεια της σίτισης (Martins et al, 2008).

Σύμφωνα με τον Keen (Keen, 2007), το 25-35% των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών και μέχρι και το 80% των παιδιών με αναπτυξιακή διαταραχή αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην σίτιση. Το ερώτημα που τίθεται τώρα είναι αν όλα τα παιδιά τις ξεπερνούν. Η απάντηση είναι πως τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ξεπερνούν τις δυσκολίες αυτές, όταν όμως επιμένουν τότε οι κλινικοί θα πρέπει να ανησυχούν για διαταραχή στο φάσμα του αυτισμού και θα πρέπει να λαμβάνεται ένα λεπτομερές ιστορικό σίτισης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εντοπίσει τα φυσιολογικά αναπτυξιακά στάδια της σίτισης σε τυπικής ανάπτυξης νήπια από 18 έως 36 μηνών, να εντοπίσει τυχόν δυσκολίες τους ώστε να μπορεί να γίνει τεκμηριωμένη σύγκριση σίτισης με παιδιά στο φάσμα του αυτισμού ή και άλλων αναπτυξιακών διαταραχών.

Κεφάλαιο 2

Μεθοδολογία

της έρευνας

Μεθοδολογία

Συγκεντρώθηκε ένα δείγμα 90 παιδιών (N=90) ηλικίας 18 έως 36 μηνών με μέσο όρο ηλικίας τους 26,066 μήνες ($M=26,066$ μήνες), και τυπική απόκλιση $s=5,5985$ μήνες. Αυτά τα παιδιά χωρίστηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες, από 18-23 μηνών με μέσο όρο ηλικίας 20,176 μήνες ($M_1=20,176$ μήνες) και τυπική απόκλιση $s_1=1,7315$ μήνες, από 24-29 μηνών με μέσο όρο ηλικίας 26,875 μήνες ($M_2=26,875$ μήνες) και τυπική απόκλιση $s_2=1,8272$ μήνες και από 30-36 μηνών με μέσο όρο ηλικίας 33,33 μήνες ($M_3=33,33$ μήνες) και τυπική απόκλιση $s_3=2,2778$ μήνες. Οι οικογένειες που επιλέχθηκαν ήταν μεσαίας και υψηλής κοινωνικο-οικονομικής τάξεως, ούτως ώστε να μην υπάρχει «ανεπάρκεια σίτισης» σαν παράγων που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα της ανάλυσης του δείγματος. Η αναλογία αγοριών:κοριτσιών ήταν 1:1 (45 αγόρια και 45 κορίτσια). Παιδιά με στοματοπροσωπικές ανωμαλίες δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα για τον λόγο ότι η οποιαδήποτε ανωμαλία θα επηρέαζε την σίτιση του παιδιού. Επίσης παιδιά με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, μετά την χορήγηση του ερωτηματολογίου αποφασίστηκε να τεθούν εκτός δείγματος. Όλα τα παιδιά ήταν τυπικής ανάπτυξης.

Για την διαδικασία συγκέντρωσης δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το «Ερωτηματολόγιο Κατάποσης» Κωτσοπούλου και συν. (2010), ειδικά σχεδιασμένο στην Εταιρία Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου Αιτωλοακαρνανίας – (ΕΨΥΠΕΑ), με εύστοχες ερωτήσεις για το ιστορικό του παιδιού, την σίτιση στη βρεφική ηλικία και την μέθοδο σίτισης στην παρούσα ηλικία, και για τυχόν προβλήματα σίτισης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 ενότητες με σύνολο 43 ερωτήσεις.

Η πρώτη ενότητα περιέχει 6 ερωτήσεις ιατρικού ιστορικού. Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται στην σίτιση κατά την βρεφική και παιδική ηλικία και απαρτίζεται από 10 ερωτήσεις. Η τρίτη ενότητα εστιάζει στην σίτιση κατά την παρούσα περίοδο, ξεκινάει με 2 εισαγωγικές ερωτήσεις και στην συνέχεια χωρίζεται σε 2 υποενότητες. Η πρώτη υποενότητα περιέχει 14 ερωτήματα πάνω στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού, ενώ η δεύτερη υποενότητα απαρτίζεται από 11 ερωτήματα και εστιάζει στις συμπεριφορές κατά την διάρκεια της σίτισης και σε τυχόν προβλήματα.

Η χορήγηση δεν διαρκούσε πάνω από 10 λεπτά. Ο γονέας σε κάθε περίπτωση προσεγγιζόταν, και γινόταν επεξήγηση για τον σκοπό της επίσκεψης μας,

και για το τί ακριβώς πρόκειται να τον ρωτήσουμε καθώς και το πλαίσιο στο οποίο κινούμαστε.

Αφού συμφωνούσε ο υπεύθυνος για την σίτιση, γονέας, πρώτα συμπληρωνόταν η ενότητα με τα προσωπικά στοιχεία. Έπειτα ακολουθούσαν οι ερωτήσεις σύντομου ιστορικού. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν την δυσχέρεια της ρινικής αναπνοής καθώς και τις δυσπλασίες προσώπου, γινόταν επεξήγηση στους γονείς περί τίνος πρόκειται.

Στις ερωτήσεις που αφορούσαν την σίτιση κατά την βρεφική και παιδική ηλικία, στην ερώτηση που αφορούσε την έναρξη σίτισης με το κουτάλι, δινόταν διευκρίνιση με σκοπό να μην μας δώσουν την απάντηση, ότι το παιδί την περίοδο που ξεκίνησε τις κρέμες ξεκίνησε να χρησιμοποιεί κουτάλι. Έτσι τους ζητούσαμε να μας πουν πότε άρχισε να το χρησιμοποιεί μόνο του το κουτάλι. Στην ερώτηση που αφορούσε την έναρξη πόσης από το ποτήρι, εξηγούσαμε στους γονείς ότι μας ενδιέφερε ο χρόνος που ξεκίνησε το παιδί να πίνει από το ποτήρι, ακόμα και με την βοήθεια τους. Δεν μας ενδιέφερε το ποτήρι με το καπάκι για πιο εύκολη χρήση του από το παιδί. Στην ερώτηση που αφορούσε τις κινήσεις απομύζησης, ο ερευνητής, έδειχνε την κίνηση με τα χείλη του, στην οποία αποσκοπούσε η ερώτηση.

Τέλος στην ερώτηση που αφορούσε την πλημμελή κατάποση, στην ενότητα σίτιση κατά την παρούσα περίοδο και στην υποενότητα κατά την διάρκεια της σίτισης, πάλι ο ερευνητής έδειχνε στον γονέα την ακριβή κίνηση με την γλώσσα.

Κεφάλαιο 3

Στατιστική ανάλυση

Στατιστική ανάλυση με βάση το δείγμα

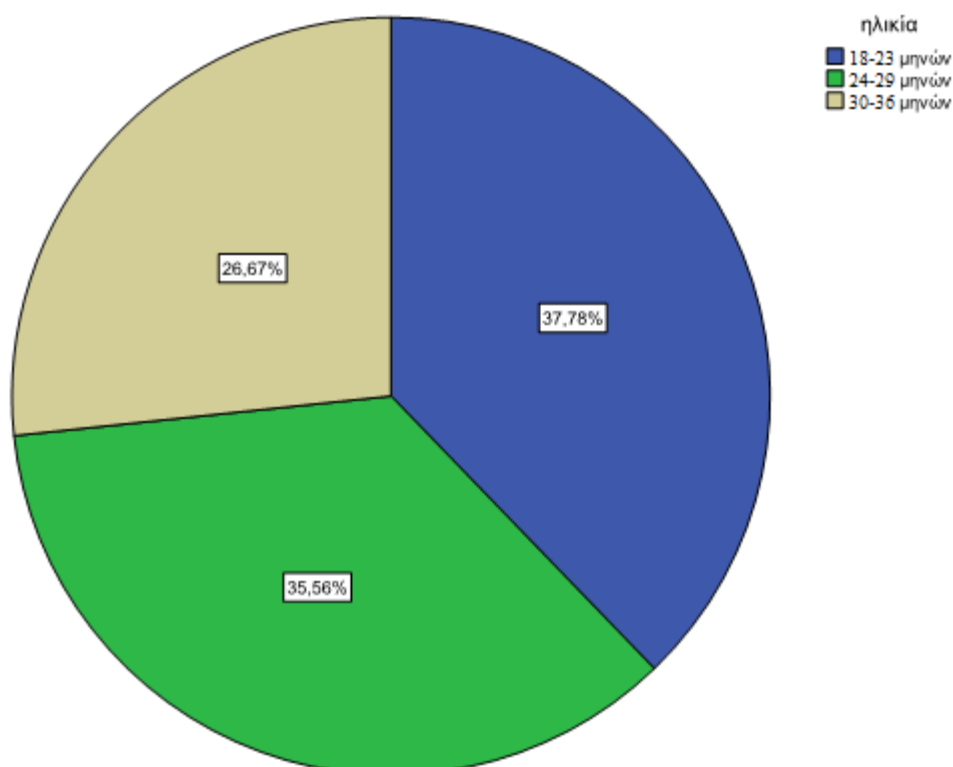
Ηλικία

Από τα 90 παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα, 34 (37,8%) ήταν ηλικίας 18-23 μηνών, τα 32 (35,6%) ήταν 24-29 μηνών και τα υπόλοιπα 24 (26,7%) ήταν ηλικίας 30-36 μηνών. Τα παραπάνω ποσοστά φαίνονται και στον πίνακα 1 και στο διάγραμμα 1.

Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος με βάση την ηλικία.

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
18-23 μηνών	34	37,8	37,8
24-29 μηνών	32	35,6	73,3
30-36 μηνών	24	26,7	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 1. Κατανομή δείγματος με βάση την ηλικία.



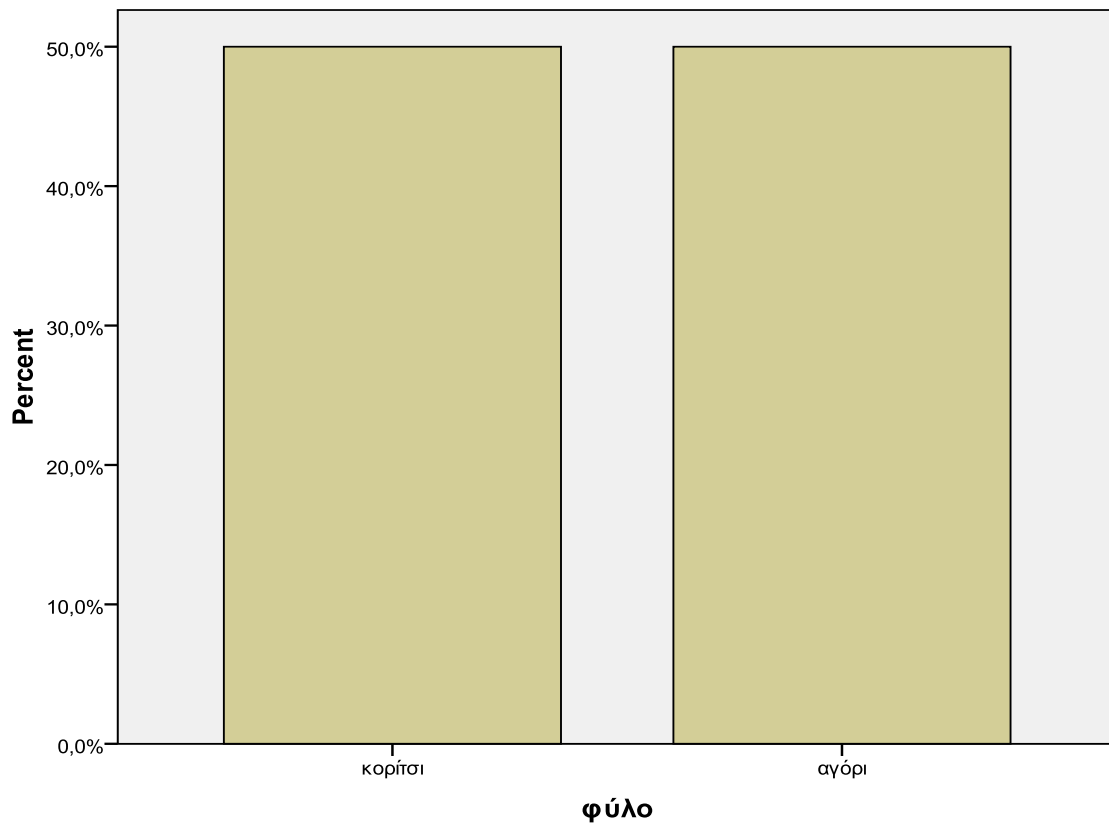
Φύλο

Από τα 90 παιδιά, τα 45 (50%) ήταν αγόρια, ενώ τα υπόλοιπα 45 (50%) ήταν κορίτσια (Πίνακας 2, Διάγραμμα 2). Ένα απόλυτα ισορροπημένο δείγμα με βάση το φύλο.

Πίνακας 2. Κατανομή με βάση το φύλο

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
κορίτσι	45	50,0	50,0
αγόρι	45	50,0	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 2. Κατανομή με βάση το φύλο



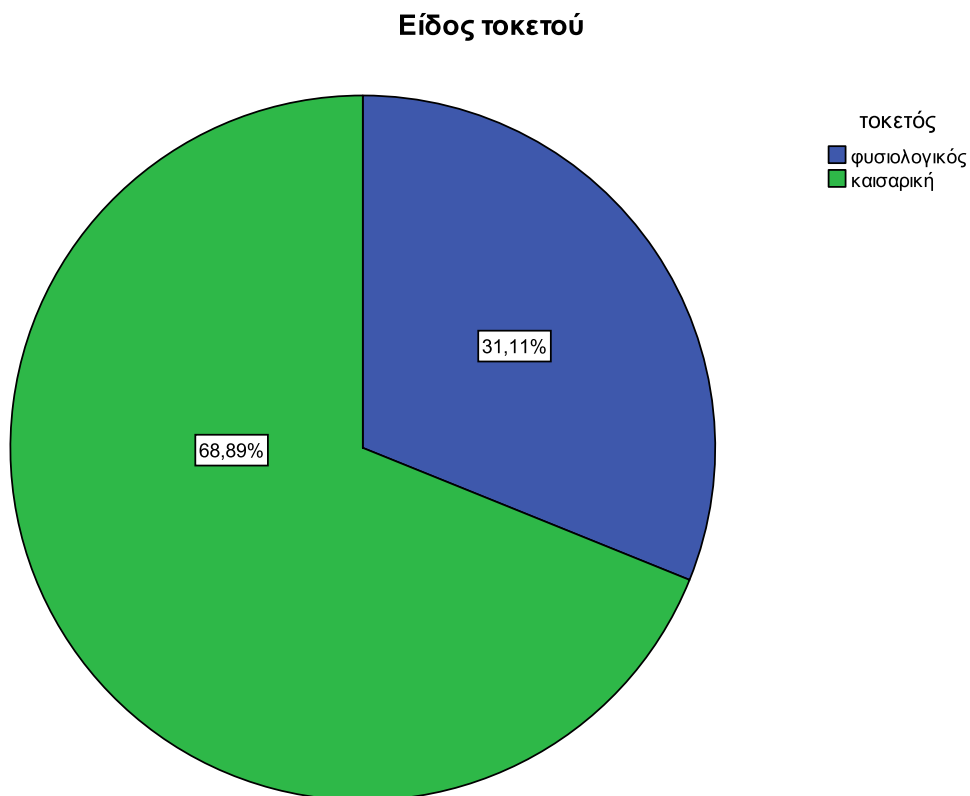
Είδος Τοκετού

Από τα 90 παιδιά στο σύνολο, μόνο τα 28 (31,1%) γεννήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό, ενώ τα υπόλοιπα 62 (68,9%) γεννήθηκαν με καισαρική τομή (Πίνακας 3, Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3. Είδος τοκετού με βάση το δείγμα.

Είδος τοκετού	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
φυσιολογικός	28	31,1	31,1
καισαρική	62	68,9	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 3. Είδος τοκετού με βάση το δείγμα.



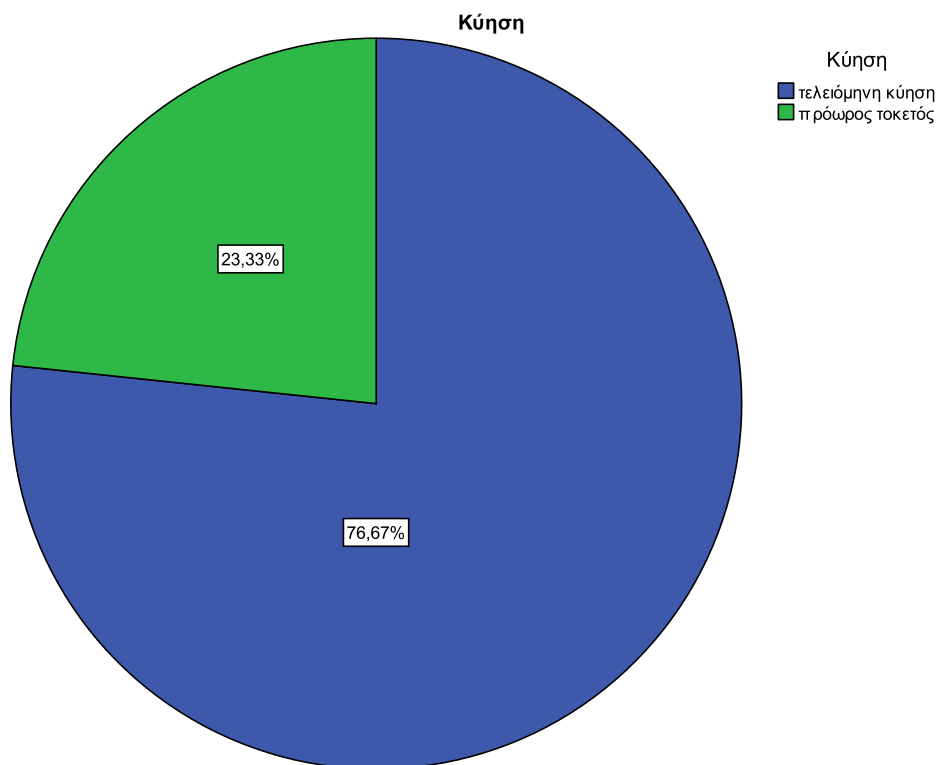
Κύηση

Στον παρακάτω πίνακα και διάγραμμα φαίνεται η κύηση (τελειόμηνη κύηση, πρόωρος τοκετός), με 69 (76,7%) να έχουν γεννηθεί τελειόμηνα, ενώ τα 21 (23,3%) να έχουν γεννηθεί πρόωρα (Πίνακας 4, Διάγραμμα 4)

Πίνακας 4. Κύηση με βάση το δείγμα

Κύηση	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Τελειόμηνη κύηση	69	76,7	76,7
Πρόωρος τοκετός	21	23,3	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 4. Κύηση με βάση το δείγμα



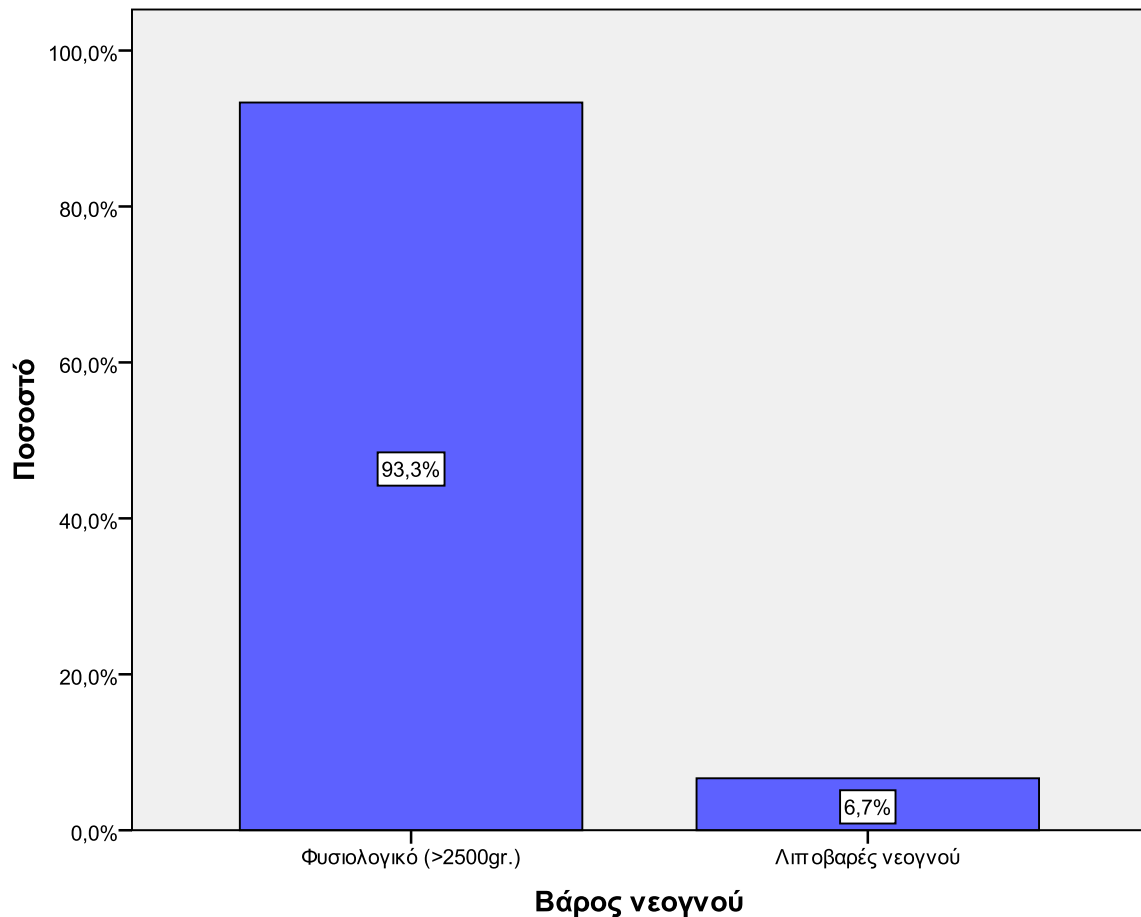
Βάρος βρέφους μετά τον τοκετό

Σύμφωνα με το δείγμα το βάρος του νεογνού κατά την γέννηση ήταν φυσιολογικό (>2500gr.) (World Health organization, 2010) στα 84 (93,3%) ενώ μόνο τα 6 (6,7%) γεννήθηκαν λιποβαρή (Πίνακας 5, Διάγραμμα 5).

Πίνακας 5. Βάρος νεογνού μετά τον τοκετό με βάση το δείγμα.

Βάρος νεογνού	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Φυσιολογικό (>2500gr.)	84	93,3	93,3
Λιποβαρές νεογνό	6	6,7	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 5. Βάρος νεογνού μετά τον τοκετό με βάση το δείγμα.



Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής (ατρησία ρινικών χοάνων)

Με βάση το δείγμα κανένα παιδί δεν είχε δυσχέρεια ρινικής αναπνοής (ατρησία ρινικών χοάνων) (Πίνακας 6)

Πίνακας 6. Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής (ατρησία ρινικών χοάνων) με βάση το δείγμα.

Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής (ατρησία ρινικών χοάνων)	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	90	100,0	100,0

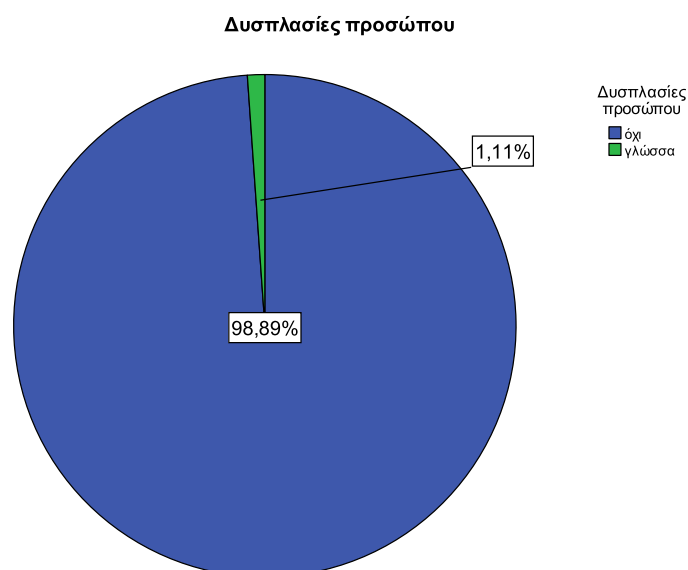
Δυσπλασίες προσώπου

Με βάση το δείγμα 89 (98,9%) παιδιά δεν είχαν καμία δυσπλασία στο πρόσωπο ενώ μόνο το 1 (1,1%) παιδί είχε δυσπλασία στην γλώσσα και αυτό ήταν μικρός χαλινός (Πίνακας 7, Διάγραμμα 6).

Πίνακας 7. Δυσπλασίες προσώπου με βάση το δείγμα.

Δυσπλασία προσώπου	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Όχι	89	98,9	98,9
γλώσσα	1	1,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 6. Δυσπλασίες προσώπου με βάση το δείγμα



Λοιμώξεις του αναπνευστικού

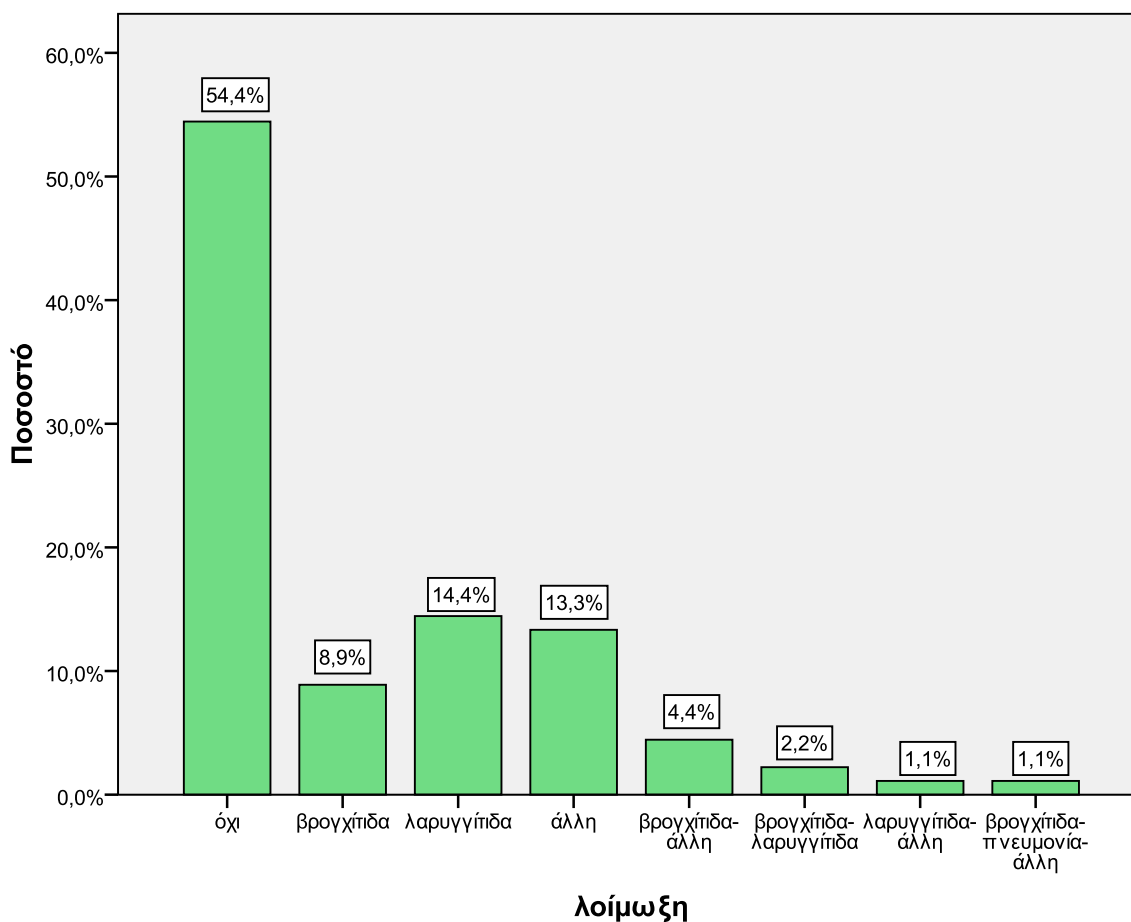
Από το σύνολο του δείγματος τα 49 (54,4%) παιδιά δεν προσβλήθηκαν από κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού, τα 8 (8,9%) από βρογχίτιδα, τα 13 (14,4%) από λαρυγγίτιδα, τα 12 (13,3%) από κάποια άλλη λοίμωξη του αναπνευστικού, ενώ τα υπόλοιπα 8 (8,9%) προσβλήθηκαν από παραπάνω από μία λοίμωξη εκ των οποίων 4 (4,4%) από συνδυασμό βρογχίτιδας και άλλης λοίμωξης, τα 2 (2,2%) από συνδυασμό βρογχίτιδας και λαρυγγίτιδας, το 1 (1,1%) από συνδυασμό λαρυγγίτιδας και άλλης λοίμωξης και τέλος το άλλο 1 (1,1%) παιδί προσβλήθηκε από συνδυασμό βρογχίτιδας, πνευμονίας και κάποιας άλλης λοίμωξης (Πίνακας 8, Διάγραμμα 7)

Πίνακας 8. Λοιμώξεις του αναπνευστικού με βάση το δείγμα.

Λοιμώξεις του αναπνευστικού	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Όχι	49	54,4	54,4
Βρογχίτιδα	8	8,9	63,3
Λαρυγγίτιδα	13	14,4	77,8
άλλη*	12	13,3	91,1
βρογχίτιδα-άλλη*	4	4,4	95,6
βρογχίτιδα-λαρυγγίτιδα	2	2,2	97,8
λαρυγγίτιδα-άλλη*	1	1,1	98,9
βρογχίτιδα-πνευμονία-άλλη*	1	1,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

*Αξίζει να αναφερθεί ότι στο σύνολο του δείγματος που είχε προσβληθεί και από κάποια άλλη λοίμωξη του αναπνευστικού όλα τα παιδιά είχαν προσβληθεί από βρογχιολίτιδα.

Διάγραμμα 7. Λοιμώξεις του αναπνευστικού με βάση το δείγμα.



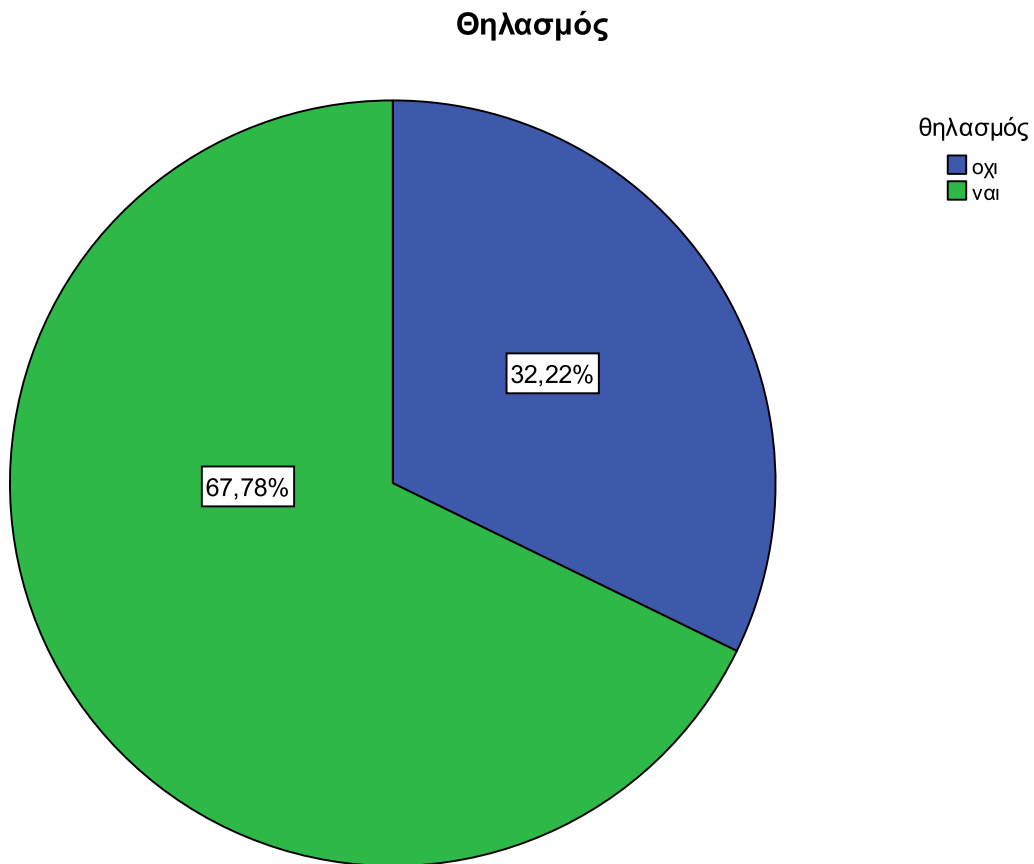
Θηλασμός

Τα 29 (32,2%) παιδιά από το σύνολο του δείγματος δεν θήλασαν καθόλου, ενώ τα 61 (67,8%) θήλασαν (Πίνακας 9, Διάγραμμα 8)

Πίνακας 9. Θηλασμός με βάση το δείγμα.

Θηλασμός	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	29	32,2	32,2
ναι	61	67,8	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 8. Θηλασμός με βάση το δείγμα.



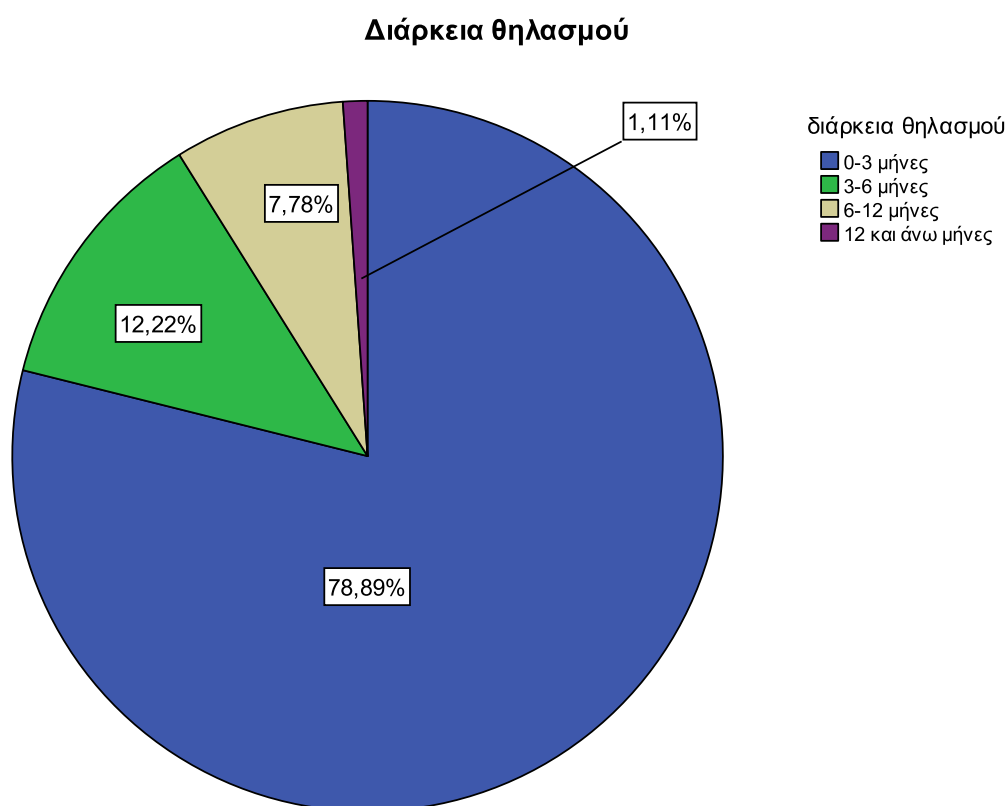
Διάρκεια Θηλασμού

Στο σύνολο του δείγματος τα 71 (78,9%) παιδιά θήλασαν από 0-3 μήνες ή δεν θήλασαν καθόλου, τα 11 (12,2%) θήλασαν από 3-6 μήνες, τα 7 (7,8%) 6-12 μήνες και μόνο 1 (1,1%) παιδί θήλασε πάνω από 12 μήνες (Πίνακας 10, Διάγραμμα 9).

Πίνακας 10. Διάρκεια θηλασμού σε μήνες με βάση το δείγμα.

Διάρκεια θηλασμού σε μήνες	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
0-3 μήνες	71	78,9	78,9
3-6 μήνες	11	12,2	91,1
6-12 μήνες	7	7,8	98,9
12 και άνω μήνες	1	1,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 9. Διάρκεια θηλασμού σε μήνες με βάση το δείγμα



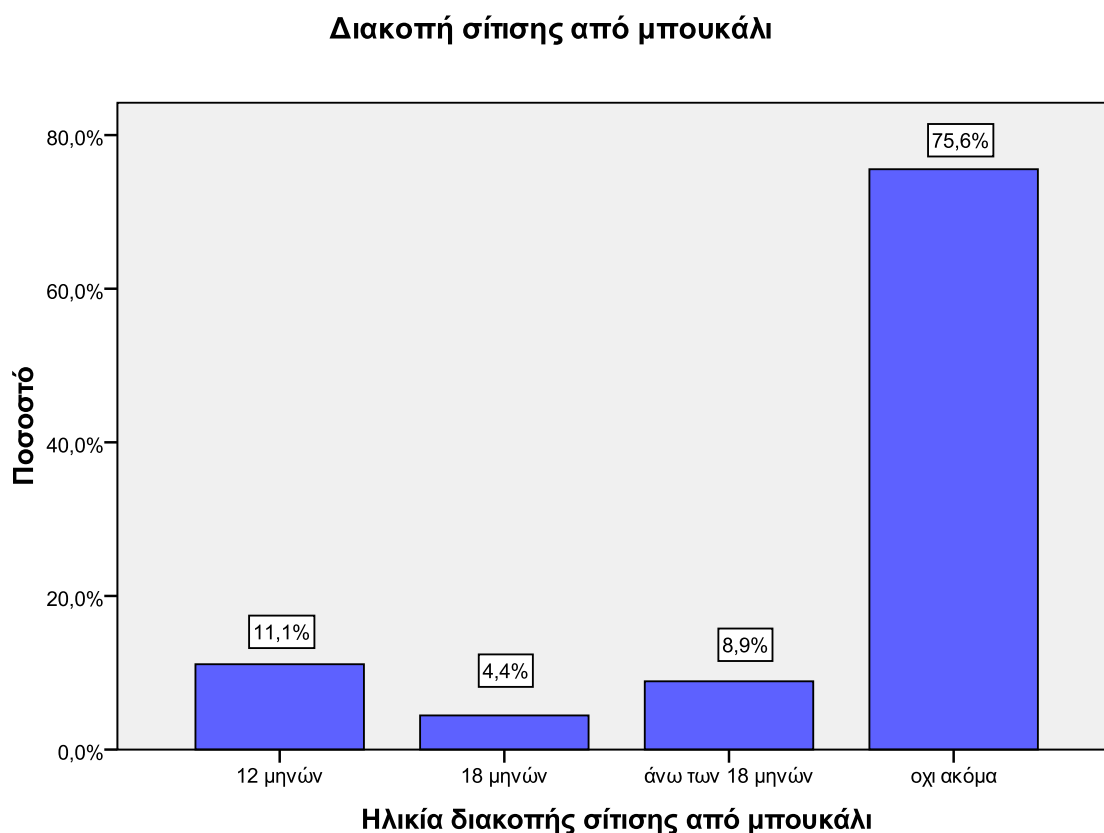
Διακοπή σίτισης από μπουκάλι

Τα 10 (11,1%) παιδιά σταμάτησαν να σιτίζονται από το μπουκάλι σε ηλικία 12 μηνών, τα 4 (4,4%) σταμάτησαν να σιτίζονται σε ηλικία 18 μηνών, τα 8 (8,9%) σταμάτησαν να σιτίζονται πέρα των 18 μηνών ενώ 68 (75,6%) παιδιά σιτίζονται ακόμα με το μπουκάλι (Πίνακας 11, Διάγραμμα 10).

Πίνακας 11. Ηλικία διακοπής σίτισης με μπουκάλι, σε μήνες, με βάση το δείγμα.

Ηλικία διακοπής σίτισης με μπουκάλι σε μήνες	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
12 μηνών	10	11,1	11,1
18 μηνών	4	4,4	15,6
άνω των 18 μηνών	8	8,9	24,4
οχι ακόμα	68	75,6	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 10. Ηλικία διακοπής σίτισης με μπουκάλι, σε μήνες, με βάση το δείγμα.



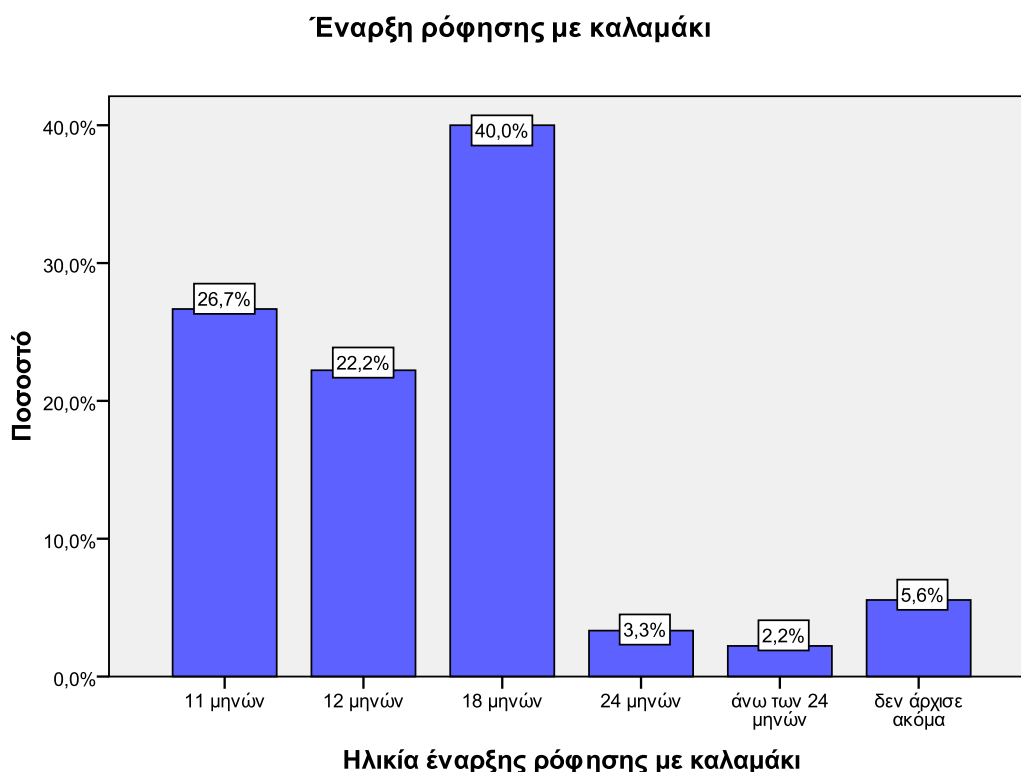
Ρόφηση με καλαμάκι

Σε ηλικία 11 μηνών τα 24 (26,7%) από τα παιδιά ξεκίνησαν να ρουφούν από καλαμάκι, σε ηλικία 12 μηνών τα 20 (22,2%), σε ηλικία 18 μηνών τα 36 (40%), σε ηλικία 24 μηνών τα 3 (3,3%), άνω των 24 μηνών τα 2 (2,2%) ενώ 5 (5,6%) παιδιά δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα (Πίνακας 12, Διάγραμμα 11)

Πίνακας 12. Ηλικία έναρξης ρόφησης με καλαμάκι με βάση το δείγμα

Ηλικία έναρξης ρόφησης με καλαμάκι	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
11 μηνών	24	26,7	26,7
12 μηνών	20	22,2	48,9
18 μηνών	36	40,0	88,9
24 μηνών	3	3,3	92,2
άνω των 24 μηνών	2	2,2	94,4
δεν άρχισε ακόμα	5	5,6	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 11. Ηλικία έναρξης ρόφησης με καλαμάκι με βάση το δείγμα



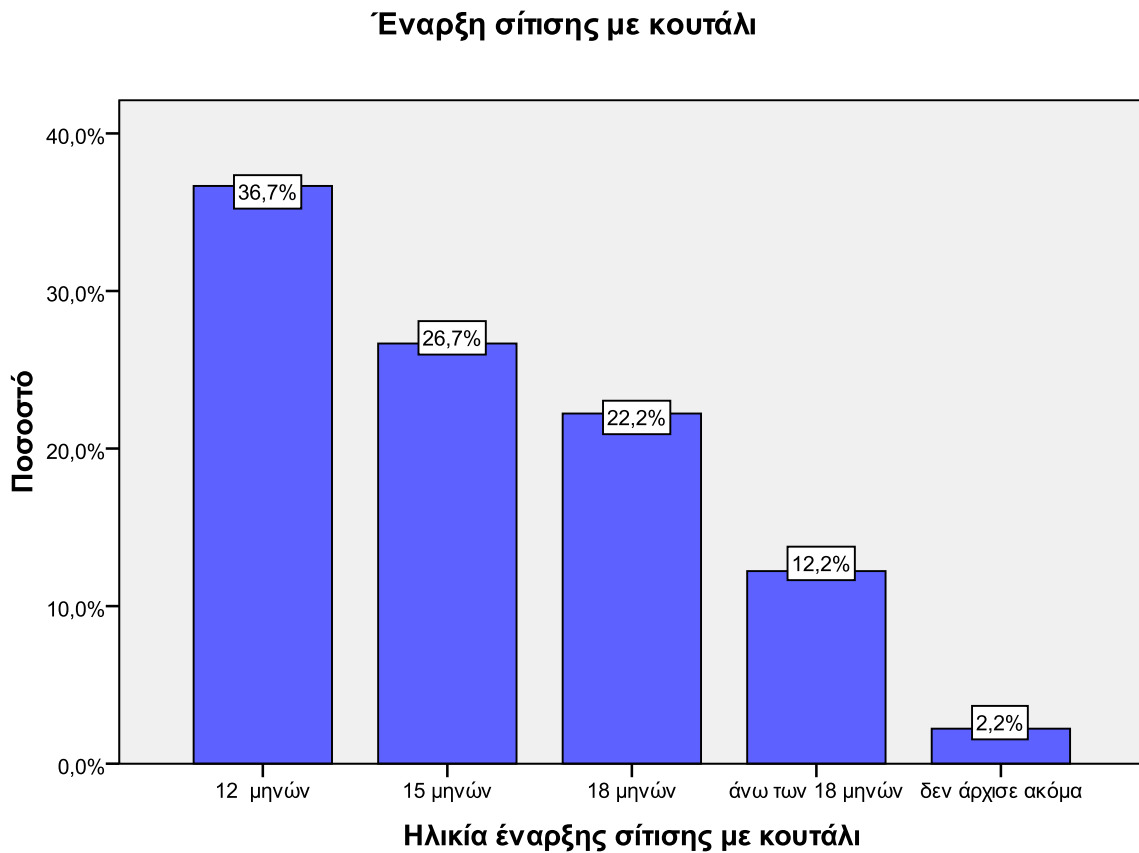
Ηλικία έναρξης σίτισης με κουτάλι

Τα 33 (36,7%) από τα παιδιά ξεκίνησαν να σιτίζονται με κουτάλι σε ηλικία 12 μηνών, τα 24 (26,7%) σε ηλικία 15 μηνών, τα 20 (22,2%) ξεκίνησαν σε ηλικία 18 μηνών, τα 11 (12,2%) σε ηλικία άνω των 18 μηνών, ενώ μόλις δύο παιδιά δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα να σιτίζονται με το κουτάλι (Πίνακας 13, Διάγραμμα 12).

Πίνακας 13. Έναρξη σίτισης με κουτάλι με βάση το δείγμα

Ηλικία έναρξης σίτισης με κουτάλι	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
12 μηνών	33	36,7	36,7
15 μηνών	24	26,7	63,3
18 μηνών	20	22,2	85,6
άνω των 18 μηνών	11	12,2	97,8
δεν άρχισε ακόμα	2	2,2	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 12. Έναρξη σίτισης με κουτάλι.



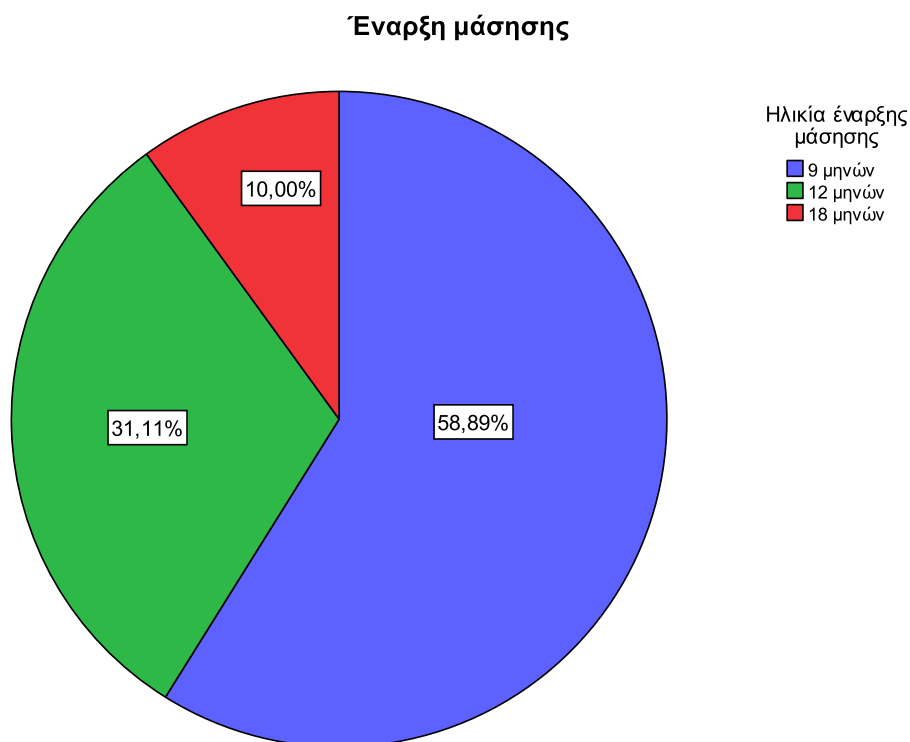
Έναρξη μάσησης

Τα 53 (58,9%) παιδιά, ξεκίνησαν την μάσηση σε ηλικία 9 μηνών, 28 (31,1%) σε ηλικία 12 μηνών και 9 (10%) παιδιά ξεκίνησαν στους 18 μήνες. Κανένα παιδί από το δείγμα δεν ξεκίνησε την μάσηση πάνω από 18 μηνών καθώς και σε κανένα παιδί δεν έλλειπε η ικανότητα της μάσησης (Πίνακας 14, Διάγραμμα 13).

Πίνακας 14. Έναρξη μάσηση με βάση το δείγμα.

Ηλικία έναρξης μάσησης	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
9 μηνών	53	58,9	58,9
12 μηνών	28	31,1	90,0
18 μηνών	9	10,0	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διαγραμμα 13. Ηλικία έναρξης μάσησης με βάση το δείγμα



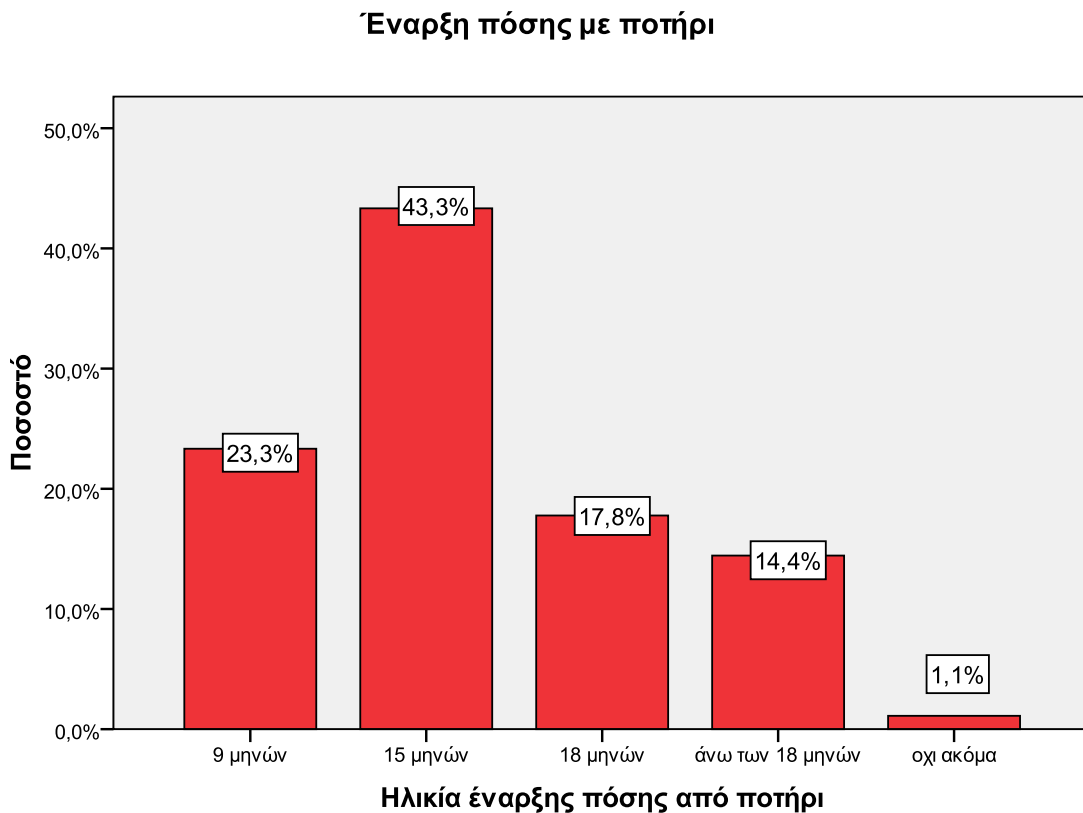
Έναρξη πόσης από ποτήρι

Από τα 90 παιδιά, τα 21 (23,3%) ξεκίνησαν να πίνουν από ποτήρι (με ή χωρίς βοήθεια του γονέα) σε ηλικία 9 μηνών, τα 39 (43,3%) σε ηλικία 15 μηνών, τα 16 (17,8%) σε ηλικία 18 μηνών, τα 13 (14,4%) σε ηλικία άνω των 18 μηνών και μόλις 1 (1,1%) δεν έχει ξεκινήσει ακόμα να πίνει από ποτήρι (πίνακας 15, Διάγραμμα 14).

Πίνακας 15. Έναρξη πόσης από ποτήρι με βάση το δείγμα

Ηλικία έναρξης πόσης από ποτήρι (με ή χωρίς βοήθεια από τον γονέα)	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
9 μηνών	21	23,3	23,3
15 μηνών	39	43,3	66,7
18 μηνών	16	17,8	84,4
άνω των 18 μηνών	13	14,4	98,9
οχι ακόμα	1	1,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 14. Έναρξη πόσης από ποτήρι με βάση το δείγμα



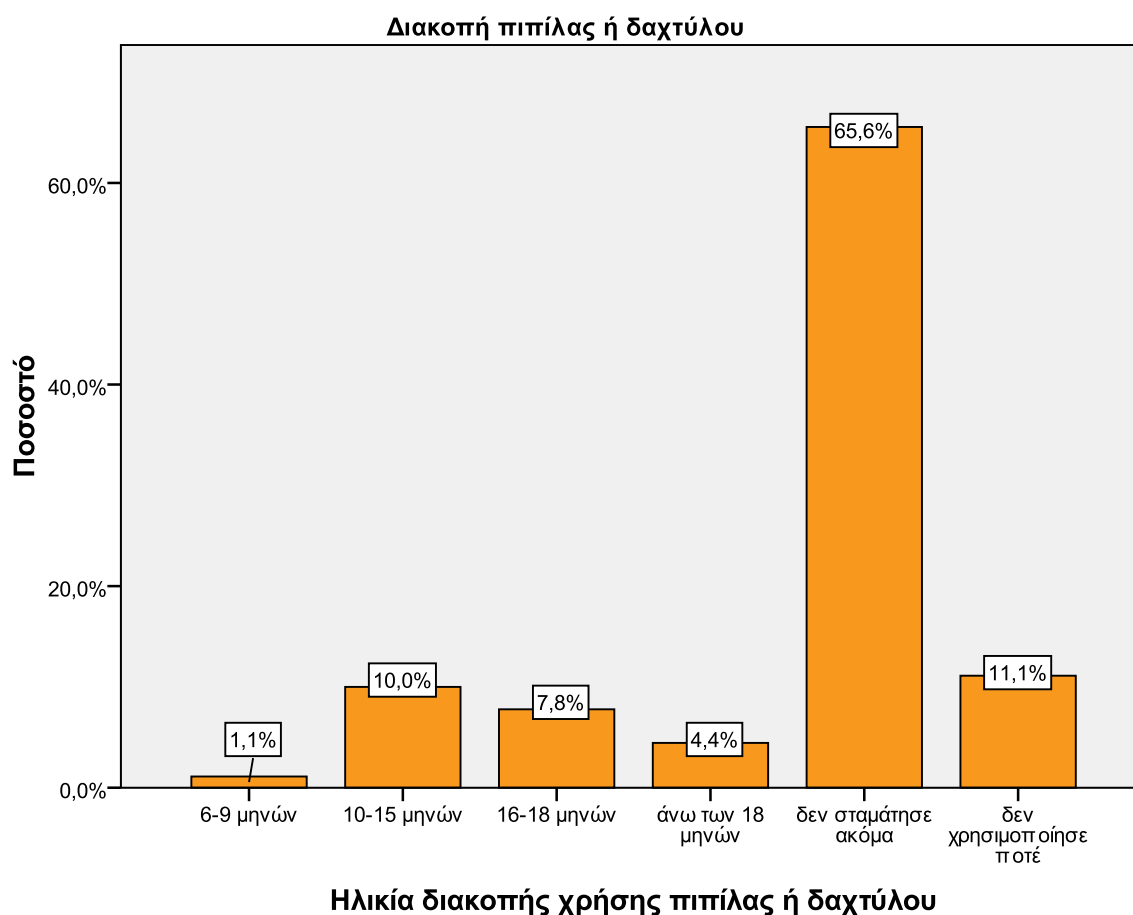
Διακοπή χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου

Από τα 90 παιδιά το 1 (1,1%) διέκοψε την χρήση της πιπίλας σε ηλικία 6-9 μηνών, τα 9 (10%) διέκοψαν σε ηλικία 10-15 μηνών, τα 7 (7,8%) διέκοψαν σε ηλικία 16-18 μηνών τα 4 (4,4%) διέκοψαν σε ηλικία άνω των 18 μηνών, 59 (65,6%) παιδιά δεν έχουν διακόψει ακόμα την χρήση πιπίλας ή δαχτύλου, ενώ 10 (11,1%) παιδιά δεν χρησιμοποίησαν ποτέ πιπίλα ή δάχτυλο (Πίνακας 16, Διάγραμμα 15).

Πίνακας 16. Ηλικία διακοπής χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου με βάση το δείγμα

Ηλικία διακοπής χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
6-9 μηνών	1	1,1	1,1
10-15 μηνών	9	10,0	11,1
16-18 μηνών	7	7,8	18,9
άνω των 18 μηνών	4	4,4	23,3
δεν σταμάτησε ακόμα	59	65,6	88,9
δεν χρησιμοποίησε ποτέ	10	11,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 15. Ηλικία διακοπής χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου με βάση το δείγμα



Απώλεια βάρους

Σε κανένα παιδί δεν παρατηρήθηκε απώλεια βάρους (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Απώλεια βάρους

Απώλεια βάρους	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	90	100,0	100,0

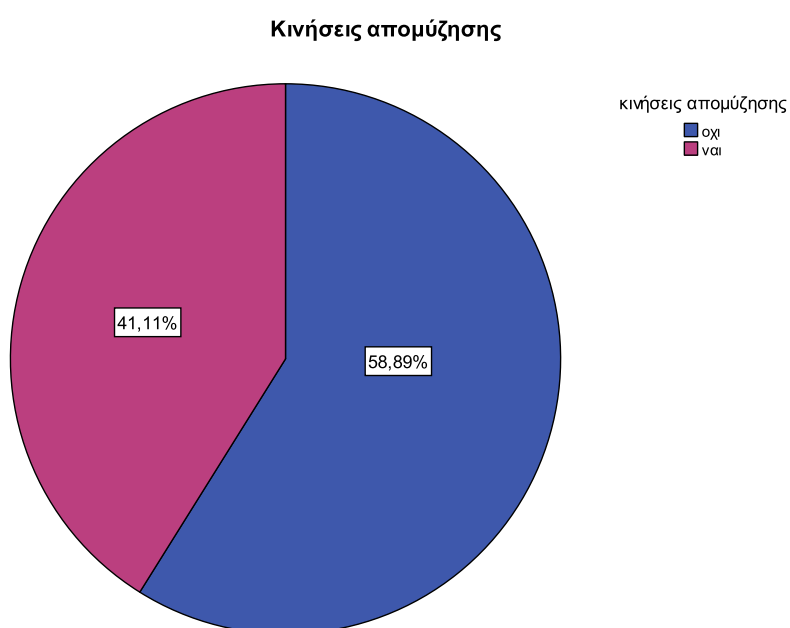
Κινήσεις απομύζησης

Στα 53 (58,9%) από τα παιδιά, οι γονείς δεν είχαν παρατηρήσει κινήσεις απομύζησης, ενώ στα υπόλοιπα 37 (41,1%) κινήσεις απομύζησης είχαν παρατηρηθεί (Πίνακας 17, Διάγραμμα 15).

Πίνακας 17. Κινήσεις απομύζησης με βάση το δείγμα

Κινήσεις απομύζησης	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Όχι	53	58,9	58,9
Ναι	37	41,1	100,0
Σύνολο	90	100,0	

Διάγραμμα 15. Κινήσεις απομύζησης με βάση το δείγμα



Στατιστική ανάλυση με βάση την ηλικία

Σε αυτό το κομμάτι της εργασίας θα διερευνηθεί η συσχέτιση δύο μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα θα διερευνηθεί η σχέση της ηλικίας με τις μεταβλητές που αφορούν την σίτιση κατά την βρεφική και παιδική ηλικία και αυτές που αφορούν την σίτιση κατά την παρούσα μέθοδο σίτισης. Η διαδικασία που χρησιμοποιείται στην παρούσα στατιστική ανάλυση είναι οι πίνακες Crosstabs. Οι συγκεκριμένοι πίνακες χρησιμοποιούνται όταν υπάρχει η υπόθεση ότι μια ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζει μία ή και περισσότερες εξαρτημένες μεταβλητές.

Για να ελέγξουμε αν η ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζει την εξαρτημένη χρησιμοποιήσαμε το Chi-square test. Αυτό το test μας φανερώνει το κατά πόσο η ανεξάρτητη μεταβλητή επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εξαρτημένη. Ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας (p) είναι ο δείκτης που μας φανερώνει την στατιστική σημαντικότητα. Όταν ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας παίρνει τιμές μικρότερες ή ίσες του 0,05 ($p \leq 0,05$) τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση των δύο εξεταζόμενων μεταβλητών. Όταν ο δείκτης είναι μεγαλύτερος από 0,05 ($p > 0,05$) τότε δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Παρούσα μέθοδος σίτισης ανά ηλικία

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η παρούσα μέθοδος σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα. Είναι ξεκάθαρο ότι όσο μεγαλώνει ένα παιδί τόσο πιο αυτόνομο γίνεται κατά την διάρκεια της σίτισης. Αυτό δηλώνει ότι η ηλικία επηρεάζει την μέθοδο σίτισης και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό, υπάρχει δηλαδή στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αφού το Chi square test που εξετάζει την ανεξαρτησία των μεταβλητών έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της μεθόδου σίτισης και της ηλικίας με δείκτη στατιστικής σημαντικότητας $p=0,002$ (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Παρούσα μέθοδος σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Μέθοδος σίτισης	Με κουτάλι	38,2%	18,8%	,0%	21,1%
	Κανονική	61,8%	81,3%	100,0%	78,9%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,516	2	,002

Αυτονομία κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

Σε αυτή την ανάλυση ανεξαρτησίας φαίνεται πάλι η σημαντική σχέση της αυτονομίας κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα, αφού σύμφωνα με τον πίνακα φαίνεται ότι καθώς μεγαλώνει σε ηλικία το παιδί τόσο πιο αυτόνομο γίνεται κατά την διάρκεια της σίτισης, πράγμα το οποίο το επιβεβαιώνει και ο δείκτης στατιστικής

σημαντικότητας $p=0,005$, που δηλώνει στατιστικά σημαντική σχέση των δύο μεταβλητών (Πίνακας 19).

Πίνακας 19. Αυτονομία κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Αυτονομία κατά τη διάρκεια της σίτισης	Όχι	26,5%	6,3%	8,3%	14,4%
	Ναι	29,4%	28,1%	62,5%	37,8%
	Μερικές φορές	44,1%	65,6%	29,2%	47,8%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,783	4	,005

Τόπος σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

Το τεστ ανεξαρτησίας που έγινε για τον τόπο της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα δείχνει μία επίσης στατιστικά σημαντική σχέση του τόπου σίτισης με την ηλικία των παιδιών αφού όσο μεγαλώνουν φαίνεται να τρώνε στο τραπέζι και να αποφεύγουν να στέκονται όρθια ή να τρώνε κάπου αλλού. Άλλη μία φορά ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας επιβεβαιώνει αυτή την υπόθεση με $p=0,023$, όπου αναδεικνύει την σημαντική σχέση των δύο υπό εξέταση μεταβλητών (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Τόπος σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

		ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
που τρώει	τραπέζι	58,8%	62,5%	95,8%	70,0%
	όρθιο	2,9%	6,3%	,0%	3,3%
	αλλού	38,2%	31,3%	4,2%	26,7%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,299	4	,023

Ποσότητα τροφής που βάζουν στο στόμα τους ανά ηλικιακή ομάδα

Σε αυτή την ανάλυση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ποσότητας τροφής που βάζουν στο στόμα ανά ηλικιακή ομάδα, αφού ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας είναι $p=0,968$ που είναι μεγαλύτερο από 0,05 πράγμα το οποίο καθιστά τις δύο μεταβλητές ανεξάρτητες η μία από την άλλη (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Ποσότητα τροφής που βάζουν στο στόμα τους ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Ποσότητα τροφής στο στόμα	Μικρή	11,8%	9,4%	12,5%	11,1%
	Φυσιολογική	64,7%	68,8%	70,8%	67,8%
	Μεγάλη	23,5%	21,9%	16,7%	21,1%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,554	4	,968

Σύσταση τροφής ανα ηλικιακή ομάδα

Σε αυτό το σημείο εξετάστηκε η ανεξαρτησία της προτίμησης στην σύσταση τροφής και της ηλικίας. Και εδώ δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αφού ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας είχε τιμή $p=0,263$. Αξίζει ωστόσο εδώ να σημειωθεί ότι το 21% του δείγματος δείχνει κάποια προτίμηση σε παραπάνω από ένα είδος τροφής (ως προς την σύσταση) ενώ ένα 5,6% δεν έχει συγκεκριμένη προτίμηση στην σύσταση της τροφής. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 22).

Πίνακας 22. Σύσταση τροφής ανα ηλικιακή ομάδα

		ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Σύσταση φαγητών	υγρά	11,8%	3,1%	8,3%	7,8%
	ημι-υγρά	8,8%	9,4%	,0%	6,7%
	στερεά	32,4%	37,5%	29,2%	33,3%
	ημι-στερεά	14,7%	34,4%	29,2%	25,6%
	δεν έχει προτίμηση	8,8%	6,3%	,0%	5,6%
	στερεά-ημιστερεά	8,8%	6,3%	12,5%	8,9%
	ημιυγρά-ημιστερεά	5,9%	,0%	,0%	2,2%
	υγρά-ημιστερεά	5,9%	3,1%	4,2%	4,4%
	υγρά-στερεά	,0%	,0%	8,3%	2,2%
	ημιυγρά-στερεά	2,9%	,0%	8,3%	3,3%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,330	18	,263

Θερμοκρασία φαγητού ανά ηλικιακή ομάδα

Εδώ εξετάστηκε η σχέση της προτίμησης της θερμοκρασίας του φαγητού και της ηλικιακής ομάδας. Για ακόμα μία φορά δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών όπως φανερώνει και ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας $p=0,471$. Είναι φανερό ωστόσο η προτίμηση της χλιαρής θερμοκρασίας του φαγητού στα παιδιά κάθε ηλικιακής ομάδας και μάλιστα σε ένα ποσοστό 83,3% επί του δείγματος (Πίνακας 23).

Πίνακας 23. Θερμοκρασία τροφής ανα ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Θερμοκρασία φαγητού	κρύο	,0%	6,3%	,0%	2,2%
	χλιαρό	85,3%	81,3%	83,3%	83,3%
	ζεστό	11,8%	12,5%	16,7%	13,3%
	κρύα-χλιαρά	2,9%	,0%	,0%	1,1%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,584	6	,471

Προτίμηση γεύσης ανά ηλικιακή ομάδα

Εδώ ελέγχθηκε το κατά πόσο μπορεί να επηρεάζεται η προτίμηση σε γεύση από την ηλικία. Με δείκτη στατιστικής σημαντικότητας $p=0,815$ δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Το ενδιαφέρον εδώ είναι ότι το 26,6% του δείγματος έχει προτίμηση σε παραπάνω από μία γεύση, ενώ το 5,6% δείχνει να μην έχει συγκεκριμένη προτίμηση σε τροφές. Η πικρή γεύση ωστόσο είναι αυτή που δεν προτιμάται από κανένα παιδί ηλικίας 18 έως 36 μηνών. Αναλυτικότερα αποτελέσματα φαίνονται στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας 24).

Πίνακας 24. Προτίμηση γεύσης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
προτίμηση γεύσης	ξινό	8,8%	15,6%	20,8%	14,4%
	γλυκό	26,5%	34,4%	33,3%	31,1%
	αλμυρό	14,7%	15,6%	16,7%	15,6%
	πικάντικο	8,8%	3,1%	8,3%	6,7%
	δεν έχει προτίμηση	5,9%	6,3%	4,2%	5,6%
	ξινά-γλυκά-πικάντικα	8,8%	,0%	4,2%	4,4%
	αλμυρά-πικάντικα	11,8%	12,5%	4,2%	10,0%
	ξινά-αλμυρά	5,9%	,0%	,0%	2,2%
	ξινά-γλυκά	5,9%	3,1%	,0%	3,3%
	γλυκά-αλμυρά-πικάντικα	,0%	3,1%	,0%	1,1%
	γλυκά-αλμυρά	2,9%	6,3%	8,3%	5,6%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Συνέχεια πίνακα 24)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,297	20	,815

Αντίδραση σε ορισμένες τροφές ή μυρωδιές ανά ηλικιακή ομάδα

Στο αν αντιδρούν τα παιδιά σε ορισμένες τροφές ή μυρωδιές το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην ηλικία των 18-23 μηνών όπου το 82,4% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας αντιδρά, ενώ μόλις το 17,6% της ίδιας ηλικιακής ομάδας δεν αντιδρά. Τα ποσοστά ως προς την θετική απάντηση ήταν χαμηλότερα από τα παιδιά ηλικίας 18-23 μηνών. Παρόλο που δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($p=0,115$), θεωρήθηκε ενδιαφέρον να ειπωθεί (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Αντίδραση σε ορισμένες τροφές ή μυρωδιές ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Έντονη αντίδραση σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές	οχι	17,6%	40,6%	33,3%	30,0%
	ναι	82,4%	59,4%	66,7%	70,0%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,318	2	,115

Τρόπος αντίδρασης ανά ηλικιακή ομάδα

Στα 63 (70%) παιδιά του δείγματος τα οποία αντιδρούσαν έγινε τεστ ανεξαρτησίας για να διασαφηνηστεί αν υπάρχει σχέση του τρόπου αντίδρασης ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν. Όπως προκύπτει από τον δείκτη στατιστικής σημαντικότητας οι δύο αυτές μεταβλητές δεν έχουν σχέση αφού $p=0,915$. Ωστόσο ο κύριος τρόπος αντίδρασης στο 79,4% των παιδιών που αντιδρούν σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές, φαίνεται να είναι η παντελής άρνηση, αφού σφραγίζουν τα χείλη και αρνούνται να φάνε (Πίνακας 26).

Πίνακας 26. Τρόπος αντίδρασης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Τρόπος αντίδρασης	κλαίει	3,6%	5,3%	6,3%	4,8%
	φωνάζει	3,6%	,0%	6,3%	3,2%
	αρνείται εντελώς	82,1%	73,7%	81,3%	79,4%
	φεύγει	7,1%	15,8%	6,3%	9,5%
	αρνείται εντελώς-φεύγει	3,6%	5,3%	,0%	3,2%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,286	8	,915

Διάρκεια γεύματος ανά ηλικιακή ομάδα

Η διάρκεια του γεύματος δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία όπως άλλωστε απέδειξε και το τεστ ανεξαρτησίας με τον δείκτη ανεξαρτησίας να το επιβεβαιώνει ($p=0,062$), ωστόσο το 93,3% του συνόλου του δείγματος έχει ολοκληρώσει το γεύμα του μέσα σε 15 με 20 λεπτά όπως προκύπτει από την ανάλυση crosstabulation (Πίνακας 27).

Πίνακας 27. Διάρκεια γεύματος ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Διάρκεια γεύματος	15 λεπτά	79,4%	59,4%	41,7%	62,2%
	20 λεπτά	20,6%	31,3%	45,8%	31,1%
	30 λεπτά	,0%	6,3%	12,5%	5,6%
	πάνω από 30 λεπτά	,0%	3,1%	,0%	1,1%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,981	6	,062

Πόση νερού με γεμάτο στόμα ανά ηλικιακή ομάδα

Η πόση νερού με γεμάτο στόμα, αν και απούσα στο 90% του δείγματος, σύμφωνα με το τεστ ανεξαρτησίας μεταβλητών δεν έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την ηλικιακή ομάδα αφού $p=0,261$, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 28).

Πίνακας 28. Πόση νερού με γεμάτο στόμα ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Πόση νερού με γεμάτο στόμα	Όχι	85,3%	96,9%	87,5%	90,0%
	Ναι	14,7%	3,1%	12,5%	10,0%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,684	2	,261

Αποφυγή τροφών με χειριστικό τρόπο ανά ηλικιακή ομάδα

Κάτι λιγότερο από τα μισά παιδιά (42,2%) του συνόλου του δείγματος, έδειχναν να αποφεύγουν το γεύμα βρίσκοντας πρόφαση να ασχοληθούν με κάτι άλλο προκειμένου να αποφύγουν το φαγητό που δεν τους αρέσει. Ωστόσο το τεστ ανεξαρτησίας που έγινε, προκειμένου να εξετάσει αν η ηλικιακή ομάδα έχει σχέση με την επιλογή των παιδιών να αποφεύγουν με χειριστικό τρόπο τροφές που δεν προτιμούν, επέστρεψε αποτελέσματα μη στατιστικά σημαντικής σχέσης των δύο μεταβλητών ($p=0,772$) (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Αποφυγή τροφών με χειριστικό τρόπο ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Αποφυγή τροφών με χειριστικό τρόπο	Όχι	58,8%	53,1%	62,5%	57,8%
	ναι	41,2%	46,9%	37,5%	42,2%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,519	2	,772

Επιλογή ίδιων τροφών ανά ηλικιακή ομάδα

Το τεστ ανεξαρτησίας για την εξέταση της σχέσης της επιλογής ίδιων τροφών με την ηλικιακή ομάδα, δεν έδειξε κάποια σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών αφού $p=0,458$ (Πίνακας 30).

Πίνακας 30. Επιλογή ίδιων τροφών ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Επιλογή ίδιων τροφών	Όχι	76,5%	75,0%	62,5%	72,2%
	Ναι	23,5%	25,0%	37,5%	27,8%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Συνέχεια πίνακα 30)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,560	2	,458

Αιτία επιλογής ίδιων τροφών ανά ηλικιακή ομάδα

Από τα παιδιά που επέλεξαν τις ίδιες τροφές συχνά, έγινε τεστ ανεξαρτησίας μεταβλητών για να βρεθεί αν υπάρχει σχέση της αιτίας επιλογής ανά ηλικιακή ομάδα. Από το Chi square test βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση της αιτίας επιλογής των ίδιων τροφών με την ηλικιακή ομάδα των παιδιών που επέλεγε τις ίδιες τροφές ($p=0,448$). Ωστόσο η αιτία επιλογής των παιδιών που επέλεξαν τις ίδιες τροφές φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα να είναι η γεύση, με ποσοστό 64% (Πίνακας 31).

Πίνακας 31. Αιτία επιλογής ίδιων τροφών ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Αιτία επιλογής	γεύση	50,0%	87,5%	55,6%	64,0%
	εξωτερική εμφάνιση	12,5%	,0%	11,1%	8,0%
	χρώμα	12,5%	,0%	11,1%	8,0%
	γεύση-χρώμα	25,0%	,0%	,0%	8,0%
	γεύση-εξωτερική εμφάνιση	,0%	12,5%	11,1%	8,0%
	εξωτερική εμφάνιση-χρώμα	,0%	,0%	11,1%	4,0%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Συνέχεια Πίνακα 31)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,918	10	,448

Προτίμηση ίδιων σκευών σίτισης και αντίδραση σε τυχόν αλλαγή τους ανά ηλικιακή ομάδα

Στο τεστ ανεξαρτησίας που υποβλήθηκαν οι μεταβλητές «προτίμηση ίδιων σκευών σίτισης και αντίδραση σε τυχόν αλλαγή τους» και «ηλικιακή ομάδα» δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ τους ($p=0,152$), ωστόσο από τα παιδιά που έχουν προτίμηση στα ίδια σκεύη σίτισης και αντιδρούσαν σε τυχόν αλλαγή τους, μέχρι τους 30-36 μήνες αναμένεται να έχουν «απογαλακτιστεί» από τα προτιμώμενα σκεύη. Στατιστικά σημαντική σχέση δεν φαίνεται να υπάρχει, ωστόσο θεωρήθηκε σημαντικό να αναφερθεί αυτή η παρατήρηση (Πίνακας 32).

Πίνακας 32. Προτίμηση ίδιων σκευών σίτισης και αντίδραση σε τυχόν αλλαγή τους ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Προτίμηση σκευών	Όχι	85,3%	90,6%	100,0%	91,1%
	Ναι	14,7%	9,4%	,0%	8,9%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,771	2	,152

Αλλαγή διατροφικών συνηθειών εκτός σπιτιού ή με παρουσία άλλων ατόμων ανά ηλικιακή ομάδα

Η αλλαγή διατροφικών συνηθειών εκτός σπιτιού ή με παρουσία άλλων ατόμων δεν βρέθηκε να έχει σχέση με την ηλικιακή ομάδα βάσει του δείκτη στατιστικής σημαντικότητας ($p=0,212$). Ωστόσο μόνο το 8,9% του συνόλου του δείγματος φαίνεται να αλλάζει διατροφικές συνήθειες εκτός σπιτιού ή με παρουσία άλλων ατόμων(Πίνακας 33).

Πίνακας 33. Αλλαγή διατροφικών συνηθειών εκτός σπιτιού ή με παρουσία άλλων ατόμων ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών εκτός σπιτιού ή με την παρουσία άλλων ατόμων	Όχι	91,2%	96,9%	83,3%	91,1%
	Ναι	8,8%	3,1%	16,7%	8,9%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,106	2	,212

Σύγκλιση χειλέων κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

Βάση του Chi square test που εφαρμόστηκε για να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ σύγκλισης χειλέων και ηλικιακής ομάδας, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (Πίνακας 34).

Πίνακας 34. Σύγκλιση χειλέων κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Σύγκλιση χειλέων κατά την διάρκεια της σίτισης	Όχι	8,8%	9,4%	12,5%	10,0%
	Ναι	91,2%	90,6%	87,5%	90,0%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,233	2	,890

Κινήσεις μάσησης κατά την διάρκεια της σίτισης

Όσον αφορά τις κινήσεις μάσησης ανά ηλικιακή ομάδα, δεν χρειάστηκε να γίνει τεστ ανεξαρτησίας μεταβλητών, αφού η στατιστική ανάλυση με βάση το δείγμα έδειξε ότι όλο το δείγμα μέχρι τους 18 μήνες είχε ήδη ξεκινήσει να μασάει (βλ. Πίνακα 13).

Απώλεια σάλιου κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

Το τεστ ανεξαρτησίας που έγινε για να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ της απώλειας σάλιου κατά την διάρκεια της σίτισης και της ηλικιακής ομάδας των παιδιών δεν έδειξε κάποια σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($p=0,344$) (Πίνακας 35). Ωστόσο στο 5,6% του συνόλου του δείγματος η απώλεια σάλιου που παρατηρήθηκε ήταν σε ποσοστό 80% μικρού βαθμού, ενώ σε ένα ποσοστό 20% η απώλεια σάλιου ήταν σε μεγάλο βαθμό (Πίνακας 36).

Πίνακας 35. Απώλεια σάλιου κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Απώλεια σάλιου	Όχι	91,2%	93,8%	100,0%	94,4%
	Ναι	8,8%	6,3%	,0%	5,6%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,133	2	,344

Πίνακας 36. Βαθμός απώλειας σάλιου ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία		Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	
Βαθμός απώλειας σάλιου	Μικρός	100,0%	50,0%	80,0%
	Μεγάλος	,0%	50,0%	20,0%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%

Βήχας κατά την διάρκεια της κατάποσης ανά ηλικιακή ομάδα

Σε αυτό το τεστ διερευνήθηκε η σχέση του βήχα κατά την διάρκεια της κατάποσης με την ηλικιακή ομάδα. Σύμφωνα με τον δείκτη στατιστικής σημαντικότητας δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($p=0,435$) (Πίνακας 37).

Πίνακας 37. Βήχας κατά την διάρκεια της κατάποσης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Βήχας κατά τη διάρκεια της κατάποσης	Όχι	97,1%	100,0%	100,0%	98,9%
	Δυνατός	2,9%	,0%	,0%	1,1%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Συνέχεια Πίνακα 37)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,666	2	,435

Τάση για εμετό κατά την διάρκεια της κατάποσης

Στο σύνολο του δείγματος μόνο το 1,1% παρουσίασε τάση για εμετό κατά την διάρκεια της κατάποσης το οποίο αντιστοιχούσε σε 4,2% στην ηλικιακή ομάδα 30-36 μηνών. Όλα τα υπόλοιπα παιδιά δεν παρουσίασαν τάση για εμετό κατά την διάρκεια της σίτισης. Ωστόσο δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($p=0,249$) (Πίνακας 38).

Πίνακας 38. Τάση για εμετό κατά την διάρκεια της κατάποσης

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Τάση για εμετό	Όχι	100,0%	100,0%	95,8%	98,9%
	Ναι	,0%	,0%	4,2%	1,1%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,781	2	,249

Κούραση κατά την διάρκεια της μάσησης ανά ηλικιακή ομάδα

Η κούραση κατά την διάρκεια της μάσησης στερεάς τροφής δεν φάνηκε να έχει σχέση στατιστικά σημαντική ($p=0,130$) με την ηλικιακή ομάδα (Πίνακας 39). Ωστόσο ένα ποσοστό 36,7% του συνόλου του δείγματος δείχνει να κουράζεται κατά την διάρκεια της μάσησης το 66,7% κουράζεται σε χρόνο από 0-2 λεπτά, το 15,2% από 2-4 λεπτά, ενώ το υπόλοιπο 18,2% των παιδιών που κουράζονται κατά την διάρκεια μάσησης στερεάς τροφής κουράζεται σε χρόνο μεγαλύτερο από 4 λεπτά (Πίνακας 40).

Πίνακας 39. Κούραση κατά την διάρκεια της μάσησης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Κούραση κατα τη διάρκεια μάσησης στερεάς τροφής	Όχι	73,5%	50,0%	66,7%	63,3%
	Ναι	26,5%	50,0%	33,3%	36,7%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,087	2	,130

Πίνακας 40. Χρονικό διάστημα που επέρχεται κούραση ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Χρονικό διάστημα που επέρχεται η κούραση	0-2 λεπτά	77,8%	68,8%	50,0%	66,7%
	2-4 λεπτά	,0%	18,8%	25,0%	15,2%
	4 και άνω	22,2%	12,5%	25,0%	18,2%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Υπολείμματα τροφής στην στοματική κοιλότητα μετά την σίτιση ανά ηλικιακή ομάδα

Τα υπολείμματα τροφής εντός της στοματικής κοιλότητας μετά την σίτιση ανά ηλικιακή ομάδα δεν φάνηκε να έχουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους ($p=0,519$). Μόνο ένα ποσοστό 2,2% στο σύνολο του δείγματος είχε υπολείμματα τροφής εντός της στοματικής κοιλότητας (Πίνακας 41).

Πίνακας 41. Υπολείμματα τροφής στην στοματική κοιλότητα μετά την σίτιση ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Υπολείμματα τροφών	Όχι	100,0%	96,9%	95,8%	97,8%
	Ναι	,0%	3,1%	4,2%	2,2%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Συνέχεια Πίνακα 41)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,310	2	,519

Οισοφαγική παλινδρόνηση ανά ηλικιακή ομάδα

Στο τεστ ανεξαρτησίας μεταβλητών διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συμπτωμάτων οισοφαγικής παλινδρόμησης και ηλικιακής ομάδας ($p=0,571$). Ωστόσο μόνο στο 6,7% του δείγματος παρατηρήθηκαν συμπτώματα οισοφαγικής παλινδρόμησης εκ των οποίων 1,1% ήταν δυσσομία στόματος και 5,6% ήταν εμετός καθυστερημένα (Πίνακας 42).

Πίνακας 42. Οισοφαγική παλινδρόνηση ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Οισοφαγική παλινδρόμηση	Όχι	91,2%	93,8%	95,8%	93,3%
	Δυσσομία στόματος	,0%	3,1%	,0%	1,1%
	Εμετός καθυστερημένα	8,8%	3,1%	4,2%	5,6%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,923	4	,571

Διαρροή τροφής από την μύτη ανά ηλικιακή ομάδα

Σε κανένα παιδί στο σύνολο του δείγματος δεν παρατηρήθηκε διαρροή τροφής από την μύτη, οπότε και δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιηθεί το τεστ ανεξαρτησίας μεταβλητών (Πίνακας 43).

Πίνακας 43. Διαρροή τροφής από την μύτη ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Διαρροή τροφής απο τη μύτη	Όχι	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Δυσκολία αναπνοής κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας μεταβλητής δεν βρήκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της δυσκολίας αναπνοής κατά την διάρκεια της σίτισης και των ηλικιακών ομάδων του δείγματος ($p=0,4$) (Πίνακας 44).

Πίνακας 44. Δυσκολία αναπνοής κατά την διάρκεια της σίτισης ανά ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			Σύνολο
		18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Δυσκολία αναπνοής κατά τη διάρκεια της σίτισης	Όχι	100,0%	96,9%	100,0%	98,9%
	Ναι	,0%	3,1%	,0%	1,1%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Συνέχεια Πίνακα 44)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,833	2	,400

Εξώθηση γλώσσας κατά την διάρκεια της κατάποσης ανά ηλικιακή ομάδα

Κανένα παιδί από το σύνολο του δείγματος δεν παρατηρήθηκε να εξωθεί την γλώσσα κατά την διάρκεια της κατάποσης (πλημμελής κατάποση), γι'αυτόν τον λόγο δεν χρειάστηκε να γίνει έλεγχος ανεξαρτησίας μεταβλητής (Πίνακας 45).

Πίνακας 45. Εξώθηση γλώσσας κατά την διάρκεια της κατάποσης ανά ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία			Σύνολο
	18-23 μηνών	24-29 μηνών	30-36 μηνών	
Εξώθηση της γλώσσας στα Όχι μπροστινά δόντια	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Κεφάλαιο 4

Συζήτηση

αποτελεσμάτων

Συμπεράσματα

Από τα αποτελέσματα της παραπάνω στατιστικής ανάλυσης φαίνεται ότι με βάση τα ποσοστά τα παιδιά ηλικίας 18 έως 36 μηνών περνούν από κάποια στάδια που αφορούν την σίτιση (Arvedson και Brodsky, 2002). Όσον αφορά την σίτιση στην βρεφική και παιδική ηλικία, παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (75,6%), δεν έχει εγκαταλήψει την σίτιση με το μπουκάλι, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντιδιαστολή με τους Dietz και Stern (2012) που υποστηρίζουν ότι η σίτιση με μπουκάλι θα πρέπει να έχει διακοπεί μέχρι την ηλικία των 24 μηνών. Η πόση με καλαμάκι φαίνεται να έχει επέλθει μέχρι την ηλικία των 18 μηνών σε ποσοστό 88,9%, ωστόσο δεν βρέθηκε κάποια έρευνα η οποία να σχετίζει την έναρξη πόσης με καλαμάκι με την ηλικία. Η σίτιση με κουτάλι, έχει επέλθει μέχρι την ηλικία των 18 μηνών σε ποσοστό 85,6%, όπως άλλωστε είχαν διατυπώσει και οι Arvedson και Brodsky (2002). Η δεξιότητα της μάσησης φαίνεται να ξεκινάει από τους 9 μήνες (58,9%), να συνεχίζεται στους 12 μήνες με ποσοστό 90% και μέχρι την ηλικία των 18 μηνών έχει κατακτηθεί πλήρως (100%). Σύμφωνα με τις Arvedson και Brodsky (2002) κινήσεις μάσησης παρατηρούνται από τις ηλικίες 6-9 μηνών ενώ μέχρι τους 18-24 μήνες έχει επέλθει η μάσηση ποικίλων τροφών. Εδώ το σύνολο του δείγματος μέχρι τους 18 μήνες ήταν ικανό να μασάει ποικίλες τροφές. Σε ένα μικρό ποσοστό φαίνεται να γίνεται έναρξη πόσης από ποτήρι στην ηλικία των 9 μηνών (23,3%) ενώ μέχρι τους 18 μήνες το ποσοστό έναρξης πόσης από ποτήρι αγγίζει το 84,4%. Η διακοπή χρήσης πιπίλας δεν φαίνεται να έχει επέλθει στο δείγμα μας αφού το 65,6% συνεχίζει και χρησιμοποιεί πιπίλα. Σε αντίστοιχη έρευνα οι Degan και Puppini-Rontani (2004) βρήκαν ότι η χρήση της πιπίλας σταδιακά αυξάνεται από τους 36 έως τους 42 μήνες. Κινήσεις απομύζησης παρατηρήθηκαν στο 41,1% του δείγματος. Ωστόσο δεν βρέθηκε κάποια έρευνα που να υποστηρίζει την ύπαρξη ή όχι κινήσεων απομύζησης.

Στην σίτιση κατά την παρούσα περίοδο η αυτόνομη σίτιση έχει ξεκινήσει από την ηλικία των 18-23 μηνών με επικρατούσα την μερικώς αυτόνομη σίτιση σε ποσοστό 44,1% η οποία σε ηλικία 30-36 μηνών έχει γίνει πλήρως αυτόνομη σε ποσοστό 62,5% όπως παρατήρησαν και οι Arvedson και Brodsky (2002). Στον τόπο σίτισης παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία και συνεπώς η αυτονομία του παιδιού, ο τόπος σίτισης που επικρατεί είναι το τραπέζι με ποσοστό 70% στο σύνολο του δείγματος και σταδιακά αυξανόμενο ανά ηλικιακή ομάδα (Πίνακας 20). Η προτίμηση ως προς την σύσταση της τροφής φαίνεται να κλίνει προς τις στερεές και

ημιστερεές τροφές στο σύνολο του δείγματος. Μάλιστα η στερεά τροφή είναι προτιμότερη στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, όπως άλλωστε αναφέρουν και οι Emond et al (2010), ενώ παράλληλα υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αυτισμό δεν δείχνουν ιδιαίτερη προτίμηση στην στερεά τροφή και ως εκ τούτου καθυστερούν να την αποδεχτούν. Στην προτίμηση σε συγκεκριμένες γεύσεις παρόλο που τα αποτελέσματα ήταν ποικίλα, τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίστηκαν στις γεύσεις γλυκό (31,1%), ξινό (14,4%) και αλμυρό (15,6%). Σύμφωνα με την Beauchamp (2009) οι προτιμήσεις σε αυτές τις γεύσεις έχουν κάποια βάση. Η προτίμηση στα γλυκά προέρχεται από τον «βομβαρδισμό» με γλυκά από το οικείο περιβάλλον, η προτίμηση στις ξινές και αλμυρές γεύσεις, προέρχεται από την έντονη διέγερση των αισθητήριων κυττάρων της γεύσης πάνω στην γλώσσα (Liem, 2004). Στα παιδιά με αυτισμό, λόγω αυξημένης αισθητικότητας αυτές οι γεύσεις δεν δείχνουν να προτιμώνται, αφού διεγείρουν και μάλιστα έντονα τα αισθητήρια κύτταρα της γλώσσας (Cermak, 2010). Τα παιδιά με αυτισμό τείνουν να αντιδρούν έντονα σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές όπως περιέγραψε η Cermak (2010) αλλά και οι Schreck et al (2004), ωστόσο το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και μάλιστα σε ποσοστό 70% με κύρια αντίδραση την παντελή άρνηση της τροφής. Η διάρκεια γεύματος σε ποσοστό 93,3% του δείγματος δεν φαίνεται να ξεπερνάει τα 20 λεπτά, ενώ παιδιά με αυτισμό τείνουν να ξεπερνούν τα 30 λεπτά της σίτισης (Emond et al, 2010). Το 72,2% φάνηκε να μην επιλέγει τις ίδιες τροφές συνέχεια, έναντι του 27,8% των παιδιών, τα οποία επέλεξαν τις ίδιες τροφές με κύρια αιτία την γεύση. Στον αυτισμό μεγάλο ποσοστό των παιδιών τείνει να επιλέγει τις ίδιες τροφές συνέχεια κυρίως λόγω εξωτερικής εμφάνισης της συσκευασίας ή και της εικόνας του πιάτου (Legge, 2001, Ahearn et al., 2001, Field et al., 2003 και Schreck & Williams, 2006). Αντίστοιχες προτιμήσεις δείχνουν να έχουν τα παιδιά με αυτισμό και στα σκεύη σίτισης τους, μιας και είναι συγκεκριμένα και αρνούνται να φάνε από διαφορετικό σκεύος. Το ίδιο συμβαίνει και όταν η σίτιση λαμβάνει χώρα είτε σε διαφορετικό περιβάλλον εκτός σπιτιού, ή ακόμα και παρουσία άλλων (Legge, 2001).

Κατά την διάρκεια της σίτισης σε ποσοστό 90% του δείγματος παρατηρείται σύγκλιση χειλέων, όπως άλλωστε διαπίστωσαν οι Arvedson και Brodsky (2002), οι οποίες αναμένουν μέχρι τους 24 μήνες να μπορούν τα παιδιά όταν τρώνε να κλείνουν τα χείλη τους. Στα παιδιά με αυτισμό υπάρχει αδυναμία στον έλεγχο των χειλιών και της γλώσσας, καθώς έχει παρατηρηθεί και σιελόρροια πράγμα το οποίο

δεν φάνηκε να υπάρχει στο δείγμα μας σε ποσοστό 94,4% (Page & Boucher, 1998). Στα παιδιά με τυπική ανάπτυξη βρέθηκαν κάποια συμπτώματα οισοφαγικής παλινδρόμησης σε ποσοστό 6,7%. Ακόμα και στα παιδιά με αυτισμό παρατηρούνται αυτά τα συμπτώματα χωρίς όμως να δηλώνουν και απαραίτητα την ύπαρξη της ίδιας της οισοφαγικής παλινδρόμησης (Laud et al, 2009).

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Από τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την παρούσα έρευνα, οι γονείς, όσον αφορά την σίτιση κατά την βρεφική και παιδική ηλικία, δεν θα πρέπει να ανησυχούν αν το παιδί τους χρησιμοποιεί το μπουκάλι μέχρι τους 36 μήνες, παρ'όλο που συστήνεται από ξένους ερευνητές, η διακοπή του μέχρι τους 24 μήνες. Όσον αφορά τις δεξιότητες μάσησης, ρόφησης από καλαμάκι, πόσης από ποτήρι και χρήσης κουταλιού, τα παιδιά αναμένονται μέχρι τους 18 μήνες να τις έχουν κατακτήσει.

Συστήνεται επίσης η χρήση της πιπίλας να διακόπτεται, την περίοδο που διακόπτεται και η σίτιση με μπουκάλι, αφού όπως φάνηκε αυτές οι δύο συμπεριφορές σχετίζονται. Συνίσταται ωστόσο περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης αυτής. Επίσης είναι φυσιολογικό στο παιδί να παρατηρούνται κινήσεις απομύζησης, χωρίς όμως το αντίθετο να εκφράζει ανησυχία.

Τα παιδιά από 18 μηνών και άνω εμφανίζουν κανονική σίτιση. Η πλήρης αυτονομία στην σίτιση επέρχεται από τους 30-36 μήνες αφού φαίνεται να προτιμούν να σιτίζονται μόνα τους και μάλιστα στο τραπέζι. Ως προς την τροφή, η ποσότητα που βάζουν στο στόμα τους είναι φυσιολογική, ενώ ως προς την σύσταση και την θερμοκρασία προτιμώνται οι χλιαρές στερεές και ημιστερεές τροφές. Προτίμηση σε συγκεκριμένες γεύσεις δεν φαίνεται να υπάρχει, αν και είναι φυσιολογικό κάποια περίοδο να προτιμώνται οι ξινές και αλμυρές τροφές. Επίσης δεν συντρέχει λόγος ανησυχίας αν τα παιδιά αντιδρούν έντονα σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές.

Η διάρκεια γεύματος δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 20 λεπτά. Η πόση δεν θεωρείται φυσιολογική όταν το στόμα είναι ακόμα γεμάτο με τροφή. Φυσιολογικό επίσης είναι τα παιδιά να αποφεύγουν ορισμένες τροφές με χειριστικό τρόπο, όχι όμως να επιλέγουν τις ίδιες τροφές με βάση κάποιου εξωτερικού χαρακτηριστικού. Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών δεν θα πρέπει να αλλάζουν σε άλλο περιβάλλον

ή ακόμα και παρουσία άλλων, όπως επίσης και να μην αντιδρούν σε αλλαγή των σκευών σίτισης τους.

Κατά την διάρκεια της σίτισης τα χείλη θα πρέπει να σφραγίζουν, η τροφή να μασάται και να μην υπάρχει σιελόρροια. Η κούραση μάσησης στερεών τροφών θεωρείται φυσιολογική όταν πρόκειται για σκληρή τροφή καθώς και να την αποβάλλει μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μάσησης της.

Τάση για εμετό και βήχας κατά την διάρκεια της κατάποσης δεν θα πρέπει να εμφανίζονται. Συμπτώματα οισοφαγικής παλινδρόμησης όπως, εμετός κατά την διάρκεια, αμέσως μετά το γεύμα ή καθυστερημένα, δυσσομία στόματος, πόνος και δυσφορία δεν θα πρέπει να εμφανίζονται, ενώ η ύπαρξη τους δεν είναι απαραίτητο να σημαίνει την ύπαρξη της νόσου. Ωστόσο αν παρατηρηθούν θα πρέπει να γίνει εξέταση από ομάδα ειδικών. Επίσης υπολείμματα τροφών εντός της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά το γεύμα, δεν θα πρέπει να παρατηρούνται, όπως επίσης και διαρροή τροφής από την ρινική κοιλότητα.

Κατά την διάρκεια της σίτισης η αναπνοή πρέπει να είναι φυσιολογική και να μην παρατηρείται δυσκολία καθώς επίσης κατά την διάρκεια της κατάποσης δεν θα πρέπει να παρατηρείται εξώθηση της γλώσσας στα μπροστινά δόντια.

Περιορισμοί και συστάσεις

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται μέσω ερωτηματολογίων, ακόμη και όταν γίνονται υπό μορφή συνέντευξης δεν είναι απόλυτα αντικειμενικές, είναι συχνά παρών ο παράγοντας συναίσθημα, κυρίως όταν ο/η πληροφοριοδότης είναι γονέας.

Συνιστάται, σε επόμενους ερευνητές, η επανάληψη της παρούσας έρευνας σε πληθυσμό με αναπτυξιακές διαταραχές, όπως εγκεφαλική παράλυση, αυτισμό, σύνδρομο Down και αναπτυξιακή δυσπραξία.

Ο ρόλος του λογοθεραπευτή στις δυσκολίες σίτισης

Όταν ένα παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην σίτιση ή/και στην κατάποση πρέπει να απευθυνθεί προτίστως στον παιδίατρο. Έπειτα επιβάλεται η αξιολόγηση του παιδιού από έναν λογοθεραπευτή ειδικευμένο στις διαταραχές σίτισης και κατάποσης. Ο λογοθεραπευτής από την αξιολόγηση που θα κλιθεί να κάνει, θα διαγνώσει τις δυσκολίες σίτισης ή/και κατάποσης του παιδιού και το επόμενο βήμα θα είναι ο σχεδιασμός θεραπευτικού προγράμματος για την αποκατάσταση της σίτισης/κατάποσης του παιδιού, και η αναγωγή της εκάστοτε λειτουργίας σε μία ευχάριστη δραστηριότητα.

Κατά την αξιολόγηση ο λογοθεραπευτής καλείται να παρατηρήσει τις λειτουργίες των μυών του προσώπου και της στοματικής κοιλότητας, τις διαδικασίες πόσης, σίτισης και κατάποσης.

Μετά την αξιολόγηση ο λογοθεραπευτής θα ενημερώσει τους γονείς για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί καθώς και σε πράγματα τα οποία το παιδί τα καταφέρνει επαρκώς και θα σταθεί και σε αυτά, αφού από τις ήδη υπάρχουσες δεξιότητες θα ξεκινήσει η αποκατάσταση.

Σε δεύτερη φάση, ο λογοθεραπευτής θα πρέπει να έρθει σε επαφή με τον παιδίατρο για να εξετάσουν μαζί το ιατρικό ιστορικό, για τυχόν πληροφορίες που θα διευκολύνουν τον σχεδιασμό της θεραπείας.

Τέλος θεραπευτικά ο λογοθεραπευτής θα εκτελεί ασκήσεις στους μύες για την καλύτερη λειτουργία τους, θα δοκιμάζει διαφορετικές στάσεις κατά την διάρκεια της σίτισης, για να καταλήξει στην ευκολότερη στάση για το παιδί, θα δοκιμάζει διαφορετικές τροφές σε υφή, γεύση και θερμότητα καθώς και διαφορετικές μεθόδους σίτισης (κουτάλι, πιρούνι, ποτήρι, μπιμπερό, ποτήρι με στόμιο κλπ.)

Κεφάλαιο 5

Βιβλιογραφία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahearn, W. H., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance or pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 505-511.

Allman, Toney (2010), *Autism*, Gale, Gengage Learning

Amaizu, N., Shulman, R.J., Schanler, R.J., Lau, C. (2008), Maturation of oral feeding skills in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(1), 61-67.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*, Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000

American Speech-Language-Hearing Association. (2002). Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to individuals with swallowing and/or feeding disorders. *ASHA supplement* 22, 81 - 88.

Arvedson, Joan C., Brodsky, Linda (2002), *Pediatric Swallowing and feeding, Assessment and management (2nd ed.)*, Canada: Singular Publishing Group.

Beauchamp, G., Mennella, J.A. (2009). Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48: S25-30.

Bernard-Bonnin, Anne-Claude (2006), Feeding problems of infants and toddlers. *Canadian Family Physician*, 52, 1247-1251.

Brown, Judith E. (2011), *Nutrition through the cycle of life (4th ed.)*, Cengage Learning

Γεννά, Αγγελική (2002), *Αυτισμός και Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές, Αξιολόγηση-Διάγνωση-Αντιμετώπιση*, Αθήνα

Carruth, Betty Ruth, Skinner, Jean D. (2002), Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 Months). *Journal of the American College of nutrition*, 21(2), 88-96.

Carruth, Betty Ruth, Ziegler, Paula J. Gordon, Anne, Hendricks, Kristy (2004), Developmental Milestones and Self-Feeding Behaviors in Infants and Toddlers. *Supplement to the Journal of the American dietetic association*, 104(1), s51-s56

Cermak, Sharon A., Curtin, Carol and Bandini Linda G. (2010), Food Selectivity and Sensory Sensitivity in Children with Autism Spectrum Disorders, *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 238-246

Chawarska, Katarzyna, Klin, Ami, Volkmar, Fred R. (2008), *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers Diagnosis, Assessment, and Treatment*, The Guilford Press

Cherney, L. (1994), *Clinical Management of Dysphagia in Adults and Children*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.

Cockerill, Helen (2008), Infants with swallowing problems. *Paediatrics and child health*, 18:12, 574-575.

Crist, William, Napier-Phillips, Anne (2001), Mealtime Behaviors of Young Children: A Comparison of Normative and Clinical Data. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22(5), 279-286.

Degan, Viviane V., Puppin-Rontani, Regina M. (2004), Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them-A preliminary study, *Journal of dentistry for children*, 71(2) 148-151

Delaney, Amy L., Arvedson, Joan C. (2008), Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. *Developmental disabilities research reviews*, 14, 105-117.

Dietz, William H., Stern, Loraine (2012), *Nutrition What Every Parent Needs to Know*, American Academy of Pediatrics

Dodd, Susan M. (2005), *Understanding Autism*, Australia: Elsevier

Dodrill, Pamela, McMahon, Sandra, Ward, Elizabeth, Weir, Kelly, Donovan, Tim, Riddle, Bena, (2004), Long-term oral sensitivity and feeding skills of low-risk pre-term infants. *Early Human Development*, 76, 23–37.

Emond, Alan, Emmett, Pauline, Steer, Colin, Golding, Jean (2010), Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders, *Pediatrics*, 126(2), e337-e342

Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 39, 299-304.

Gangil, A, Patwari, AK, Aneja, S, Ahuja, B and Anand, VK. (2001), Feeding problems in children with cerebral palsy. *Indian Pediatr*, 38(8):839-46.

Hedigera, Mary L., Overpeck, Mary D., Ruan, W. June, Troendle, James F. (2002), Birthweight and gestational age effects on motor and social development. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 16, 33-46.

Homer, E.M. (2000), "Development of an Interdisciplinary Dysphagia Team in the Public Schools." *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31, 62-75.

Hou, M, Fu, P, Zhao, JH, Lan, K, Zhang, H (2004), Oral motor dysfunction, feeding problems and nutritional status in children with cerebral palsy. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2004, 42(10):765-8.

Jones, Elizabeth, King Caroline (2005), *Feeding and Nutrition in the Preterm Infant*, Elsevier

Keen, Daphne V. (2008), Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(4), 209-216

Kurjan, M.J. (2000). "The Role of the School-Based Speech-Language Pathologist Serving Preschool Children with Dysphagia: A Personal Perspective." *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 31, 42-49.

Laud, Rinita B., Girolami Peter A., Boscoe, James H. and Gulotta, Charles S. (2009), Treatment Outcomes for Severe Feeding Problems in Children With Autism Spectrum Disorder. *Behavior Modification* 2009 33: 520-536

Legge, Brenda (2001), *Can't eat, Won't eat, Dietary difficulties and autistic spectrum disorders*, Jessica Kingsley Publishers Ltd., United Kingdom

Leonard, Rebecca, Kendall, Katherine (1997), *Dysphagia Assessment and treatment planning: A team approach*, Singular Publishing Group, Inc.

Liem, Djien Gie (2004) Sweet and sour preferences in young children and adults: role of repeated exposure, *Physiology & Behavior*, 83(3), 421–429

Logemann, J. (1983), *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. Austin, Texas: Pro-Ed.

Logemann, J. (1998), *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders (2nd ed.)*. Austin, Texas: Pro-Ed.

Logemann, J. (1989) *Short Course in Diagnosis and Remediation of Swallowing Disorders*. Oakland, California.

Martins, Yolanda, Young, Robyn L., Robson, Danielle C. (2008), Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1878-1887.

Nadon, Genevieve, Ehrmann Feldman, Debbie, Dunn Winnie, Gisel Erika (2011), Association of Sensory Processing and Eating Problems in Children with Autism Spectrum Disorders. *Autism research and treatment*, Volume 2011 (2011), Article ID 541926, 8 pages, <http://www.hindawi.com/journals/aurt/2011/541926/>

Newman, L.A. (2000). "Optimal Care Patterns in Pediatric Patients with Dysphagia." *Seminars in Speech and Language*, 21 (4), 281-291.

Ozanne, A (1995) The Search of Developmental Verbal Dyspraxia. In Dodd, B (1995). *Differential Diagnosis & Treatment of Children with Speech Disorders*. Whurr Publishers. London

Pohl, John F., Cantrell, Amy (2006), Gastrointestinal and nutritional issues in cerebral palsy. *Practical Gastroenterology*, May, 14-22

Portwood, Madeleine, (1999), *Developmental Dyspraxia: Identification and Intervention : a Manual for Parents and Professionals*, David Fulton Publishers Ltd.

Pridham, Karen, Steward, Deborah, Thoyre, Suzanne, Brown, Roger, Brown, Lisa (2007), Feeding skill performance in premature infants during the first year. *Early human development*, 83, 293-305.

Royal College of Physicians and British Society of Gastroenterology. *Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life*. London: Royal College of Physicians, 2010.

Schreck Kimberly A., Williams Keith, Smith Angela F., (2004), A Comparison of Eating Behaviors between Children with and without Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 433-438.

Schreck, K. A., & Williams, K. (2005), Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders, *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), 353-363

Schreck, K. A., & Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 353-363.

ShIPLEY Kenneth G., McAfee Julie G. (2005), *Assessment in Speech-Language Pathology: A Resource Manual (3rd ed.)*, Delmar Learning

Spender, Quentin, Stein, Alan, Dennis, Jennifer, Reilly, Sheena, Percy, Elmore, Cave, Dorothea (1996), An exploration of feeding difficulties in children with down syndrome. *Developmental medicine and child Neurology*, 38(8):681-694

Strickland Elizabeth, McCloskey Suzanne, and Ryberg Roben (2009), *Eating for Autism : the 10-step nutrition plan to help treat your child's autism, Asperger's, or ADHD*, Da Capo Press

Swigert, N. (1998). *The Source for Pediatric Dysphagia*. East Moline, IL: LinguiSystems.

Turkington, Carol (2007), *The encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*, New York: Facts on File, Inc.

Twachtman-Reilly, Jennifer, Amaral, Sheryl C., Zebrowski, Patrecia P. Addressing Feeding Disorders in Children on the Autism Spectrum in School-Based Settings: *Physiological and Behavioral Issues Language, Speech Hearing Services in Schools*, 2008 39: 261-272

Wetherby, Amy M., Woods, Juliann, Allen, Lori, Cleary, Julie, Dickinson, Holly and Lord, Catherine (2004), Early Indicators of Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(5), 473-493.

World Health Organization (2010), *International Statistical Classification of diseases and related Health problems – 10th revision*, online version (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>), edition 2010

Yorkson, Kathryn M., Miller, Robert M., Strand, Edythe A., (2004). *Management of Speech and Swallowing in Degenerative Diseases* (2nd ed.), Austin, TX: Pro-Ed

Κεφάλαιο 6

Παράρτημα

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

Ερωτηματολόγιο

Σίτισης

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

Ατομικά Στοιχεία

Όνομα Παιδιού (Αρχικά):

Ημερομηνία Γέννησης:

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:

Φύλλο : Αγόρι: κορίτσι:

Ερωτήσεις - παρατηρήσεις:

.....

.....

.....

.....

1. Ιστορικό

Γενικά

1. Είδος τοκετού
 - Φυσιολογικός
 - Καισαρική
2. Πρόωρος τοκετός;
 - Ναι
 - Όχι
4. Λιποβαρές νεογνό;
 - Ναι
 - Όχι
5. Δυσχέρεια ρινικής αναπνοής (ατρησία ρινικών χοανών)
 - Ναι
 - Όχι
5. Δυσπλασίες προσώπου;
 - Χείλη
 - Υπερώα
 - Γλώσσα
 - Όχι
6. Έχει περάσει κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος;
 - Πνευμονία
 - Βρογχίτιδα
 - Λαρυγγίτιδα
 - Άλλη

2. Σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία

1. Το παιδί θήλασε;
 - Ναι
 - Όχι
2. Διάρκεια Θηλασμού:
 - 0-3 μην.
 - 3-6 μην.
 - 6-12 μην.
 - 12+ μην.

3. Πότε σταμάτησε να πίνει υγρά από το μπουκάλι;
 12 μηνών
 18 μηνών
 Άνω των 18 μηνών
 Πίνει ακόμη
4. Πότε άρχισε να ρουφάει με καλαμάκι;
 11 μηνών
 12 μηνών
 18 μηνών
 2 χρόνων
 Άνω των δύο χρόνων
 Δεν άρχισε ακόμη
5. Πότε άρχισε να τρώει με το κουτάλι;
 12 μηνών
 15 μηνών
 18 μηνών
 Άνω των 18 μηνών
 Δεν άρχισε ακόμη
6. Πότε άρχισε να μασάει;
 9 μηνών
 12 μηνών
 18 μηνών
 Άνω των 18 μηνών
 Δεν άρχισε ακόμη
7. Πότε άρχισε να πίνει με το ποτήρι;
 9 μηνών
 15 μηνών
 18 μηνών
 Άνω των 18 μηνών
 Δεν πίνει ακόμη
8. Πότε σταμάτησε να χρησιμοποιεί πιπίλα ή δάχτυλο;

9. Έχετε παρατηρήσει απώλεια του βάρους του παιδιού κατά το παρελθόν ή τώρα;
 Απώλεια
 Αν παρατηρήσατε απώλεια βάρους του παιδιού, περιγράψτε το βαθμό της απώλειας (σε κιλά) και το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο σημειώθηκε σε μήνες):.....

10. Κατά την βρεφική ηλικία, το παιδί πραγματοποιούσε κινήσεις απομύζησης, δηλαδή κινήσεις θηλασμού;

Ναι

Όχι

3. Σίτιση κατά την παρούσα περίοδο

1. Ποια είναι η παρούσα μέθοδος σίτισης;

Θηλασμός

Με μπουκάλι

Με κουτάλι

Κανονική Σίτιση

2. Είναι αυτόνομο το παιδί κατά την διάρκεια της σίτισης;

Ναι

Μερικές φορές

Όχι

Διατροφικές Συνήθειες

1. Που τρώει το φαγητό του συνήθως;

Στο τραπέζι

Όρθιο

Αλλού

2. Πόση ποσότητα τροφής βάζει 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

Κέντρο Ημέρας για παιδιά με Αναπτυξιακές Διαταραχές- Μεσολόγγι

3. Αντιδράει έντονα σε ορισμένες τροφές και μυρωδιές;
Ναι
Όχι
4. Αν ναι πως;
Κλαίει
Φωνάζει
Αρνείται εντελώς
Φεύγει
6. Πόση ώρα διαρκούν τα γεύματα;
15 λεπτά
20 λεπτά
30 λεπτά
Πάνω από 30 λεπτά
6. Συνηθίζει να πίνει νερό με το στόμα γεμάτο;
Ναι
Όχι
8. Πιστεύετε ότι το παιδί, ορισμένες φορές, με χειριστικό τρόπο (δείχνει με διάφορους τρόπους τη δυσφορία του) αποφεύγει κάποιες τροφές;
Ναι
Όχι
8. Επιλέγει το παιδί τις ίδιες τροφές συνέχεια;
Ναι
Όχι
10. Αν ναι για ποιο λόγο;
Γεύση
Εξωτερική εμφάνιση (περιτύλιγμα, φίρμα)
Χρώμα
Μυρωδιά Άλλο
11. Δείχνει το παιδί σας προτίμηση στην χρήση των ίδιων σκευών σίτισης και αντιδρά σε τυχόν αλλαγής τους;
Ναι
Όχι
12. Οι διατροφικές του συνήθειες είναι διαφορετικές εκτός σπιτιού ή με παρουσία άλλων ατόμων;
Ναι
Όχι

Κατά την διάρκεια σίτισης

1. Κλείνει τα χείλη του;
Ναι
Όχι
2. Πραγματοποιεί κινήσεις μάσησης;
Ναι
Όχι
3. Έχετε παρατηρήσει σιελόρροια (απώλεια σαλιού από το στόμα);
Ναι
Όχι
Αν ναι, σε τι βαθμό:.....
4. Παρατηρείται βήχας κατά την διάρκεια της κατάποσης;
Δυνατός
Αδύναμος
Όχι
5. Όταν καταπίνει πνίγεται ή υπάρχει τάση για εμετό;
Πνιγμός
Εμετός
Και τα 2
Όχι
7. Όταν μασάει στερεά τροφή κουράζεται;
Ναι
Όχι
Αν ναι, μετά από τι χρονικό διάστημα ή πόσες κουταλιές φαγητού
κουράζεται:.....
7. Μετά την σίτιση, παρατηρούνται υπολείμματα τροφών στη στοματική
κοιλότητα;
Ναι
Όχι
8. Έχετε παρατηρήσει οισοφαγική παλινδρόμηση(εμετός κατά την
διάρκεια, αμέσως μετά ή καθυστερημένα, δυσσομία στόματος, δυσφορία,
πόνος κ.α.)
Εμετός κατά την διάρκεια
Εμετός αμέσως μετά το γεύμα
Εμετός καθυστερημένα
Δυσσομία στόματος
Δυσφορία
Πόνος
Όχι
9. Έχετε παρατηρήσει διαρροή τροφής ή υγρών από την ρινική κοιλότητα;
Ναι
Όχι

10. Έχετε παρατηρήσει δυσκολία στην αναπνοή κατά την διάρκεια της σίτισης;

Ναι

Όχι

11. Έχετε παρατηρήσει, κατά την κατάποση να ωθεί τη γλώσσα στα μπροστινά δόντια με ανοιχτά – χαλαρά χείλη όπως όταν ήταν βρέφος;

Ναι

Όχι

Συμπληρωματικοί πίνακες

Πίνακας Α. Σχέση διακοπής σίτισης από μπουκάλι με βάση τις ηλικιακές ομάδες

		Ηλικία			Σύνολο
		18-24 μηνών	25-30 μηνών	31-36 μηνών	
Διακοπή σίτισης από μπουκάλι	12 μηνών	14,7%	9,4%	8,3%	11,1%
	18 μηνών	,0%	3,1%	12,5%	4,4%
	άνω των 18 μηνών	,0%	9,4%	20,8%	8,9%
	οχι ακόμα	85,3%	78,1%	58,3%	75,6%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,069	6	,029

Πίνακας Β. Σχέση διακοπής χρήσης πιπίλας με βάση την διακοπή σίτισης από μπουκάλι

		Διακοπή χρήσης πιπίλας ή δαχτύλου						Σύνολο
		6-9 μηνών	10-15 μηνών	16-18 μηνών	άνω των 18 μηνών	δεν σταμάτησε ακόμα	δεν χρησιμοποίησε ποτέ	
Διακοπή σίτισης από μπουκάλι	12 μηνών	,0%	11,1%	,0%	,0%	11,9%	20,0%	11,1%
	18 μηνών	,0%	11,1%	14,3%	25,0%	1,7%	,0%	4,4%
	άνω των 18 μηνών	,0%	33,3%	,0%	25,0%	5,1%	10,0%	8,9%
	οχι ακόμα	100,0%	44,4%	85,7%	50,0%	81,4%	70,0%	75,6%
Σύνολο		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,676	15	,148