

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΡΦΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΤΥΠΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ 5-10 ΕΤΩΝ

Title: ADMINISTRATION OF BRFAS IN CHILDREN DIAGNOSED WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDER AND CHILDREN OF TYPICAL DEVELOPMENT 5 -10 YEARS OLD.



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :ΚΑΛΛΕΡΓΗ ΕΙΡΗΝΗ (Α.Μ. 1841)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: ΑΙΜΙΛΙΑ ΜΙΧΟΥ

ΠΑΤΡΑ, 2019

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κα Μίχου Αιμιλία για τη βοήθεια, την καθοδήγηση και την υποστήριξη της στην παρούσα έρευνα. Ευχαριστώ επιπλέον, το ΚΟΙ.ΚΕ.ΨΥ.ΠΕ «Βενιζέλειο – Πανάνειο Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης και κυρίως την κα. Μαρία Κάτρη (Λογοθεραπεύτρια) και την κα. Αικατερίνη Μπιτζαράκη (Παιδοψυχίατρο, Διευθύντρια του ΚΟΙ.ΚΕ.ΨΥ.ΠΕ), για την βοήθεια τους στη συλλογή του δείγματος

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς/φροντιστές των παιδιών για τη συμμετοχή τους στην παρούσα μελέτη.

Περίληψη

Υπολογίζεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι στη ζωή τους αντιμετωπίζουν κάποια στιγμή κάποιο πρόβλημα σίτισης ή/και κατάποσης, καθώς και ένα 10% των ανθρώπων αυτών περνούν το υπόλοιπο της ζωής τους με αυτά τα προβλήματα. Η διαταραχή σίτισης στα παιδιά ορίζεται ως η ανικανότητα ενός παιδιού να προσλάβει την επιθυμητή ποσότητα θερμίδων, για την φυσιολογική του ανάπτυξη (Michael E. Groher, 2007) . Τα τελευταία 20 χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση των διαταραχών κατάποσης σε παιδιά, όπου το 25% των παιδιών παρουσιάζουν διαταραχές στη σίτιση , ενώ το 80% είναι παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση (Michael E. Groher, 2007). Τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού συχνά παρουσιάζουν μια ποικιλία διαταραχών σίτισης. Μπορεί να παρουσιάζουν επιλεκτικότητα ως προς την λήψη τροφής, το διαιτολόγιο τους να αποτελείται κυρίως από αμυλούχα τρόφιμα, μπορεί να εμφανίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και χρόνια δυσκοιλιότητα, καθώς και τυποποιημένη συμπεριφορά και άρνηση πραγματοποίησης αλλαγών κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους (Michael E. Groher, 2007).

Σκοπός : σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η σύγκριση παιδιών 5-10 ετών, τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές με την χρήση του BPFAS (Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale), για την ανίχνευση διαταραχών σίτισης.

Μέθοδος: Για τις ανάγκες αυτής της έρευνας επιλέχθηκε ένα δείγμα αποτελούμενο από 12 παιδιά τυπικής ανάπτυξης και 12 παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Η ηλικιακή ομάδα των παιδιών είναι 5- 13 ετών. Οι φροντιστές/ γονείς των παιδιών αρχικά συμπλήρωσαν ένα έντυπο συναίνεσης το οποίο τους δόθηκε για την συμμετοχή τους στην παρούσα έρευνα , καθώς και για την πρόσβαση των ερευνητών στον ιατρικό φάκελο του κάθε παιδιού. Στη συνέχεια, δόθηκε στους γονείς η Κλίμακα Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς των Παιδιών κατά τη Σίτιση BPFAS.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, όσον αφορά τα παιδιά με ΔΑΔ, 3 παιδιά από τα 12 έχουν συχνότητα

διαταραχών σίτισης υψηλότερη από 85, ενώ τα 9 παιδιά από τα 12 φαίνεται να μην παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής σίτισης. Αντιστοίχως, παρατηρείται ότι στην κατηγορία παιδιών τυπικής ανάπτυξης, 4 παιδιά από τα 12 (B2, B4, B6, B12), φαίνεται να έχουν κάποια διαταραχή σίτισης. Τα παιδιά της Τυπικής ανάπτυξης αυτά παρουσίασαν διαταραχής ομιλίας, ο μεγάλο διάστημα θηλασμού, μεγάλο διάστημα χρήσης μπιμπερού, ύπαρξη Διαβήτη, και καθυστέρηση στα ορόσημα της κινητικής ανάπτυξης.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης είναι ότι για τα άτομα με ΔΑΔ το BPFAS ανίχνευσε 3/12 παιδιά με πιθανή διαταραχή σίτισης και 5/12 γονείς- φροντιστές των παιδιών αυτών, αναγνωρίζουν ή ανιχνεύουν κάποιο πρόβλημα ως προς τη σίτιση του παιδιού τους. Τα αποτελέσματα που αφορούν την γνώμη των γονιών- φροντιστών, ίσως να επηρεάζονται από τις προσδοκίες ή/και πεποιθήσεις τους, ως προς την ορθή σίτιση του παιδιού του.

ABSTRACT

It is estimated that most people in their lives are experiencing a feeding and / or swallowing problem at some point, and that a 10% of these people spend the rest of their lives with these problems. Feeding disorders in children are defined as the inability of a child to take up the desired amount of calories for his/her typical development (Michael E. Groher, 2007). Over the past 20 years, a significant increase in the diagnosis of swallowing disorders in children has been observed, where 25% of children have feeding disorders, while 80% are children with developmental delay (Michael E. Groher, 2007). Children in the autism spectrum often have a variety of feeding disorders. These children are observed to be selective of food, their diets mainly consist of starchy foods, and they might experience gastroesophageal reflux and chronic constipation, as well as stereotypical behaviours and refusal to change during their meals (Michael E. Groher, 2007).

Purpose: The purpose of this study is to compare 2 groups of children of 5-10 years of age, one of typical growth and one group with children diagnosed with autistic spectrum characteristics using Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (BPFAS) to detect feeding disorders.

Method: For the purpose of this study, a sample of 12 children of typical development and 12 children diagnosed with autistic spectrum characteristics was selected. The age group of the children is 5-13 years old. The caregivers / parents of the children initially filled out a consent form that was given concerning their participation to this research, as well as a form to allow the researchers' access to the medical records of each child. Then the parents were given the BPFAS to complete.

Results: the analysis of the questionnaires, showed that for the children in ASD, 3 out of the 12 children had high probability to present feeding disorders, while 9 out of 12 did not score high enough to be counted as potential feeding disorder. In comparison, in the group of children of typical development, 4 out of 12 children showed symptomatology of feeding disorders according to the answers of their parents to BPFAS. Children with typical development and high

scores on BPFAS showed articulation disorders, longer duration of breast feeding, and bottle-fed period, diabetes, and delayed in milestones of movement abilities.

Conclusion: In conclusion, in children with ASD, BPFAS showed possible feeding disorder in 3/12 and in children of typical development 5/12 parents recognise and report a feeding difficulty. The results based on the parents' opinions could be affected by their expectations and / or beliefs regarding the appropriate feeding of their child.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Περίληψη..... | 2 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1. Εισαγωγή | 7 |
| 2. Τί είναι σίτιση και κατάποση; | 9 |
| 2.1. Τί είναι δυσφαγία;..... | 10 |
| 2.2. Στάδια κατάποσης..... | 11 |
| 2.3. Διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε παιδιά..... | 13 |
| 2.3.1. Προωρότητα και διαταραχές σίτισης..... | 15 |
| 2.4. Φυσιολογική κατάποση σε νεογνά | 17 |
| 2.5. Ορόσημα σίτισης παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Michael E. Groher, 2007) | 20 |
| 2.6. Τι χρειάζεται μια πλήρης κλινική αξιολόγηση της κατάποσης; | 0 |
| 2.6.1. ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ή/ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΙΤΙΣΗΣ (Michael E. Groher, 2007) | 0 |
| 2.6.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (Michael E. Groher, 2007) | 1 |
| 2.6.3. Ινσκοπική ενδοσκοπική αξιολόγηση..... | 3 |
| 3. Τί είναι Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;..... | 4 |
| 3.1. Τί είναι αυτισμός ; | 4 |
| 3.2. Χαρακτηριστικά παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές | 5 |
| 3.3. Πώς μπορούμε να αναγνωρίσουμε αν ένα παιδί έχει αυτισμό ; | 6 |
| 3.4. Παιδιά με αυτισμό και διατροφικές διαταραχές..... | 12 |
| 4. Σκοπός και Υπόθεση Έρευνας | 15 |
| 4.1. Μεθοδολογία | 15 |
| 5. Αποτελέσματα..... | 20 |
| 6. Συζήτηση | 26 |
| Βιβλιογραφία | 29 |

1. Εισαγωγή

Υπολογίζεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι στη ζωή τους αντιμετωπίζουν κάποια στιγμή κάποιο πρόβλημα σίτισης ή/και κατάποσης, καθώς και ένα 10% των ανθρώπων αυτών περνούν το υπόλοιπο της ζωής τους με αυτά τα προβλήματα. Η διαταραχή σίτισης στα παιδιά ορίζεται ως η ανικανότητα ενός παιδιού να προσλάβει την επιθυμητή ποσότητα θερμίδων, για την φυσιολογική του ανάπτυξη (Michael E. Groher, 2007) . Τα τελευταία 20 χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση των διαταραχών κατάποσης σε παιδιά, όπου το 25% των παιδιών παρουσιάζουν διαταραχές στη σίτιση , ενώ το 80% είναι παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση (Michael E. Groher, 2007). Τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού συχνά παρουσιάζουν μια ποικιλία διαταραχών σίτισης. Μπορεί να παρουσιάζουν επιλεκτικότητα ως προς την λήψη τροφής, το διαιτολόγιό τους να αποτελείται κυρίως από αμυλούχα τρόφιμα, μπορεί να εμφανίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και χρόνια δυσκοιλιότητα, καθώς και τυποποιημένη συμπεριφορά και άρνηση πραγματοποίησης αλλαγών κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους (Michael E. Groher, 2007). Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η σύγκριση παιδιών 5-10 ετών, τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές με την χρήση του BPFAS (Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale), για την ανίχνευση διαταραχών σίτισης. Για τις ανάγκες αυτής της έρευνας επιλέχθηκε ένα δείγμα αποτελούμενο από 12 παιδιά τυπικής ανάπτυξης και 12 παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές. Η ηλικιακή ομάδα των παιδιών είναι 5- 13 ετών. Οι φροντιστές/ γονείς των παιδιών αρχικά συμπλήρωσαν ένα έντυπο συναίνεσης το οποίο τους δόθηκε για την συμμετοχή τους στην παρούσα έρευνα , καθώς και για την πρόσβαση των ερευνητών στον ιατρικό φάκελο του κάθε παιδιού. Στη συνέχεια, δόθηκε στους γονείς η Κλίμακα Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς των Παιδιών κατά τη Σίτιση BPFAS. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων, όσον αφορά τα παιδιά με ΔΑΔ, 3 παιδιά από τα 12 έχουν συχνότητα διαταραχών σίτισης υψηλότερη από 85, ενώ τα 9 παιδιά από τα 12 φαίνεται να μην παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής σίτισης. Αντιστοίχως, παρατηρείται ότι στην κατηγορία παιδιών τυπικής ανάπτυξης, 4 παιδιά από τα 12 (B2, B4, B6, B12), φαίνεται να έχουν

κάποια διαταραχή σίτισης. Τα παιδιά της Τυπικής ανάπτυξης αυτά παρουσίασαν διαταραχής ομιλίας, ο μεγάλο διάστημα θηλασμού, μεγάλο διάστημα χρήσης μπιμπερού, ύπαρξη Διαβήτη, και καθυστέρηση στα ορόσημα της κινητικής ανάπτυξης. Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης είναι ότι για τα άτομα με ΔΑΔ το BPFAS ανίχνευσε 3/12 παιδιά με πιθανή διαταραχή σίτισης και 5/12 γονείς- φροντιστές των παιδιών αυτών, αναγνωρίζουν ή ανιχνεύουν κάποιο πρόβλημα ως προς τη σίτιση του παιδιού τους. Τα αποτελέσματα που αφορούν την γνώμη των γονιών- φροντιστών, ίσως να επηρεάζονται από τις προσδοκίες ή/και πεπειθήσεις τους, ως προς την ορθή σίτιση του παιδιού του.

+

2. Τί είναι σίτιση και κατάποση;

Στον δικτυωτό σχηματισμό του προμήκη μυελού και της γέφυρας βρίσκεται το κέντρο της κατάποσης. Εκεί υπάρχει ένας αντανακλαστικός μηχανισμός που στηρίζει την φυσιολογική κατάποση και απαρτίζεται από μια ομάδα αυτοματοποιημένων καταποτικών συμπεριφορών. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν διακυμάνσεις της κατάποσης σε υγιή άτομα, κυρίως κατά την διάρκεια του προπαρασκευαστικού σταδίου και του καταποτικού σταδίου, χωρίς αυτό να κρίνεται παθολογικό. Οι διακυμάνσεις αυτές κατατάσσονται φυσιολογικές για την κατάποση, αφού ο μηχανισμός της κατάποσης για να διαχειριστεί τις μεταβολές στον τύπο και στην ποσότητα του βλωμού θα πρέπει να είναι μεταβαλλόμενος για να μπορεί να ανταπεξέλθει. Η φυσιολογική κατάποση εξαρτάται από την γρήγορη μεταφορά του βλωμού από τη στοματική κοιλότητα στον στόμαχο. (Michael E. Groher, 2007)

Για να γίνει αποτελεσματική μεταφορά ενός βλωμού απαιτούνται νευρομυϊκές συσπάσεις και χαλάσεις, ώστε να προκληθούν περιοχές υψηλών πιέσεων επί του βλωμού και αρνητικών πιέσεων κάτω από το επίπεδο του βλωμού. Αντιθέτως, τμήματα του οισοφάγου παραμένουν υπό αρνητική πίεση εξαιτίας της τοποθεσίας τους. Η πρόκληση περιοχών υψηλών και χαμηλών πιέσεων μπορεί να επιτευχθεί από τον συντονισμό των χειλιών, της μαλθακής υπερώας, της σύγκλισης του αεραγωγού, διάνοιξης και σύγκλισης του φαρυγγικού τοιχώματος, διάνοιξης και σύγκλισης του ανώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΑΟΣ). (Michael E. Groher, 2007)

Η εναρκτήρια δύναμη της κατάποσης είναι η γλώσσα, η οποία με την ανάσπαση της προς τα πίσω, πυροδοτεί την έλξη του υοειδούς οστού και ταυτόχρονα την ανάσπαση του λάρυγγα. Η συγχρονισμένη ανάσπαση του λάρυγγα επικουρεί στην δημιουργία μιας περιοχής αρνητικής πίεσης μέσα στο φάρυγγα και κυρίως στο οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ταχεία μεταφορά του βλωμού. Σε αντίθετη περίπτωση, αν υπάρχει κάποια παθολογική κατάσταση (μυϊκή αδυναμία ή αδυναμία συντονισμού) η μετακίνηση βλωμού θα γίνεται από περιοχές υψηλών πιέσεων σε περιοχές υψηλών πιέσεων αναβάλλοντας την μεταφορά του βλωμού, με

αποτέλεσμα την δημιουργία υπολειμμάτων και πιθανής εισρόφησης. (Michael E. Groher, 2007)

Δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν αφορούν τη μάσηση και την έναρξη της κατάποσης, αλλά και την ύπαρξη βήχα, σιελόρροιας, πνιγμού και πνευμονία εξ εισροφήσεως. Η δυσφαγία επίσης μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και υποθρεψία, η οποία αν είναι σοβαρή και χρόνια μπορεί να προκαλέσει ανοσοανεπάρκεια, ακόμη και θάνατο. Πέρα όμως από τις ιατρικές επιπτώσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει το παιδί είναι και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Κάθε επεισόδιο πνιγμού ή δυσκολίας κατάποσης είναι για το παιδί βάσεις για να δημιουργηθούν άσχημα συναισθήματα ως προς τη λήψη τροφής, με αποτέλεσμα να νιώθει δυσαρεστημένο, απομονωμένο και καταθλιπτικό. (Δυσφαγία, Κλινική αντιμετώπιση σε ενήλικες και παιδιά, Michael E. Groher, Michael A. Crary, Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε).

2.1. Τί είναι δυσφαγία;

Υπολογίζεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι στη ζωή τους κάποια στιγμή έρχονται αντιμέτωποι με κάποιο πρόβλημα σίτισης ή/και κατάποσης, όπως επίσης ένα ποσοστό 10 % αναγκάζονται να ζήσουν για όλη τους τη ζωή με τα προβλήματα αυτά. Το πρόβλημα μπορεί να αποτελείται από μια δυσκολία έως μια πλήρη αδυναμία στην σίτιση ή/και κατάποση. (Καμπανάρου, 2007)

Η δυσφαγία έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία, αφού απειλεί τη ζωή του ατόμου. Είναι ικανή να δημιουργήσει εμπόδιο στην αναπνευστική οδό, να προκαλέσει εισρόφηση υγρού/ή τροφής στα πνευμόνια ή ακόμα και να οδηγήσει σε πνευμονία. (Καμπανάρου, 2007)

2.2. Στάδια κατάποσης

Πιο αναλυτικά και συγκεκριμένα, παρακάτω αναλύονται τα στάδια κατάποσης, τα οποία είναι:

1. Στοματικό/ προπαρασκευαστικό στάδιο, κατά το οποίο η τροφή βρίσκεται στη στοματική κοιλότητα, μασιέται και προετοιμάζεται ως βλωμός για μεταφορά .
2. Στοματικό στάδιο, όπου ο βλωμός μεταφέρεται από τη στοματική κοιλότητα στον στοματοφάρυγγα ή αλλιώς οροφάρυγγα.
3. Φαρυγγικό στάδιο, κατά το οποίο ο βλωμός μεταφέρεται από το στοματοφάρυγγα γύρω από την περιοχή του κλειστού λάρυγγα και μέσω του χαλαρωμένου κρικοφαρυγγικού μυϊκού σφιγκτήρα, μέσα στον ανώτερο οισοφάγο.
4. Οισοφάγειο στάδιο, κατά το οποίο το τροφικό περιεχόμενο μεταφέρεται από τον οισοφάγο μέσα στο στομάχι. (Michael E. Groher, 2007)

Στοματικό - προπαρασκευαστικό στάδιο

Η παρουσία τροφών ή υγρών εντός της στοματικής κοιλότητας, διεγείρει την έκκριση σιέλου και έπειτα ενεργοποιούνται οι υποδοχείς γεύσεως, θερμοκρασίας και πίεσης, οι οποίοι βρίσκονται στην γλώσσα, στην μαλθακή υπερώα, στον φάρυγγα και στην υπερλαρυγγική μοίρα. Η κίνηση της γνάθου, της γλώσσας και του υοειδούς οστού ενεργοποιούν τον υπογνάθιο, υπογενειδίο, τον σιελογόνο αδένα και την παρωτίδα ώστε να παραχθεί σίελος. Έπειτα μετακινείται ο βλωμός προς τα πλάγια με την βοήθεια της γλώσσας και της γνάθου για να μασηθεί, καθώς μεγάλο ρόλο παίζει και η πίεση από την σκληρή υπερώα. Η γλώσσα είναι υπεύθυνη για τον χειρισμό, την διαμόρφωση και τη μεταφορά του βλωμού στο στοματοφάρυγγα, ξεκινώντας τη στοματική φάση της κατάποσης. (Michael E. Groher, 2007)

Στοματικό στάδιο

Αφού προετοιμαστεί ο βλωμός, η κορυφή της γλώσσας ανασπάται και ο βλωμός έρχεται σε επαφή με την σκληρή υπερώα. Κατά κύριο λόγο υπεύθυνος

για την μετακίνηση του βλωμού στον στοματοφάρυγγα είναι το οπίσθιο τμήμα της γλώσσας, όπου με την πρώτη κίνηση του προς τα πίσω, διακόπτεται η αναπνοή, δηλαδή πλησιάζουν οι αρυταινοειδής χόνδροι για την προστασία του αεραγωγού. Στην βάση της γλώσσας ασκείται θετική πίεση στο πίσω μέρος του βλωμού (μέσω της επαφής της μαλθακής υπερώας και του οπίσθιου φαρυγγικού τοιχώματος). Έπειτα ο βλωμός γρήγορα μετακινείται από το φάρυγγα εντός του φαρυγγοοισοφάγειου τμήματος. Ταυτόχρονα, ο ανελκτήρας της υπερώας ανασπά την μαλθακή υπερώα για να αποφραχτεί ο ρινοφάρυγγας και για να ασκηθεί θετική πίεση στον βλωμό καθώς μεταφέρεται στον υποφάρυγγα. Στην συνέχεια, ο λάρυγγας ανασπάται και η επιγλωττίδα κατασπάται πάνω από τον αεραγωγό για να μην μπορεί να διέλθει εντός της τραχείας ο βλωμός. (Michael E. Groher, 2007)

Φαρυγγικό στάδιο

Καθώς ο βλωμός μεταφερθεί στον φάρυγγα, ενεργοποιούνται διαδοχικά ο ανώτερος, ο μέσος και κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας, ως απόρροια μείωση της διαμέτρου και του μήκους του φάρυγγα. Με αυτόν τον τρόπο, προκαλούνται περισταλτικές κινήσεις στο οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα που προωθούν τον βλωμό στον οισοφάγο. Ο αεραγωγός ανοίγει και πάλι και το υοειδές επανέρχεται σε θέση ηρεμίας. Με αυτόν τον τρόπο τελειώνει η φαρυγγική φάση της κατάποσης. (Michael E. Groher, 2007)

Οισοφάγειο στάδιο

Το τελευταίο στάδιο είναι το οισοφαγικό. Σ' αυτό το στάδιο, ο βλωμός μεταφέρεται προς τον οισοφάγο και καταλήγει στο στομάχι. (Καμπανάρου, 2007). Ο οισοφάγος είναι περίπου 20-30 εκατοστά σε μήκος, αποτελείται από βλεννογόνο, μύες και εξωτερικά από συνδετικό ιστό και συνδέει τον φάρυγγα με το στομάχι. Ξεκινάει από τον 6^ο αυχενικό σπόνδυλο και τελειώνει στο 12^ο θωρακικό σπόνδυλο. Επίσης, χωρίζεται σε μοίρες δηλαδή, στην τραχηλική, θωρακική και κοιλιακή μοίρα. Αυτό το στάδιο αποτελείται μόνο από ακούσιες αντανεκλαστικές κινήσεις των μυών που εμπλέκονται. Από τη στιγμή όμως που εισέρχεται ο βλωμός στον οισοφάγο, ενισχύεται περισταλτική χαλάρωση του κρικοφαρυγγικού σφιγκτήρα και έτσι ο βλωμός ωθείται προς τα κάτω. Εκτός όμως από τις συσπάσεις του κρικοφαρυγγικού μυός, υπάρχει και βαρύτητα η

οποία επικουρεί στην κάθοδο του βλωμού. Στη συνέχεια, ο κατώτερος οισοφαγικός σφιγκτήρας χαλαρώνει και εισέρχεται στο στομάχι ο βλωμός. (Μεσσήνης Λ., 2001)

2.3. Διαταραχές σίτισης και κατάποσης σε παιδιά

Τα νεογνά και τα νήπια θα πρέπει πριν από την έναρξη στέρεων τροφών και την σίτιση με τροφές με διαφορετικές υφές, να έχουν κατακτήσει συγκεκριμένα αναπτυξιακά ορόσημα. Ως παιδιατρική διαταραχή σίτισης ορίζεται η ανικανότητα ενός παιδιού να προσλάβει την επιθυμητή ποσότητα θερμίδων, για την φυσιολογική ανάπτυξη του. (Michael E. Groher, 2007)

Σε μερικές περιπτώσεις η αδυναμία αυτή οφείλεται σε διαταραχές κατάποσης, οι οποίες τείνουν όλο ένα και περισσότερο να γίνονται αντιληπτές σε παιδιά τα τελευταία 20 χρόνια. Τα αίτια των περισσότερων παιδιατρικών διαταραχών σίτισης δεν είναι απόρροια κακής διαχείρισης από τους γονείς, ή συμπεριφοράς του παιδιού, αλλά είναι ιατρικά προβλήματα, συγγενείς ανωμαλίες, αναπτυξιακές καθυστερήσεις, διαταραχές αισθητηριακών ερεθισμάτων και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Σύμφωνα με στατιστικά, 25% των παιδιών παρουσιάζουν διαταραχές στη σίτιση, ενώ το 80 % να είναι παιδιά με αναπτυξιακή καθυστέρηση. (Michael E. Groher, 2007)

Οι διαταραχές σίτισης μπορεί να οφείλονται σε:

- Νευρολογική δυσλειτουργία
- Πρωορότητα
- Καρδιακές ανωμαλίες
- Διαταραχές του ήπατος
- Γαστρεντερολογικές διαταραχές.
- Παθήσεις κεφαλής τραχήλου
- Αλλεργίες
- Μεταβολικές διαταραχές
- Εγκεφαλικό τραύμα
- Πνευμονικές παθήσεις
- Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος

Επεξεργασία αισθητηριακών ερεθισμάτων

Η ικανότητα της αίσθησης της οσμής, της όρασης, της γεύσης και της ακοής μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την σίτιση, είτε θετικά είτε αρνητικά. Η ανικανότητα επεξεργασίας των αισθητηριακών ερεθισμάτων, μπορεί να συνυπάρχει με πιθανές νευρολογικού υπόβαθρου διαταραχές όπως είναι η διαταραχή αισθητηριακής ρύθμισης, η αισθητηριακή αμυντικότητα¹, η διαταραχή αισθητηριακής καταγραφής² και η διαταραχή αισθητηριακής ολοκλήρωσης. Υπεύθυνος ειδικός για την διάγνωση και θεραπεία της διαταραχής, ορίζεται ο εργοθεραπευτής (βελτιστοποίηση σίτισης μέσω ειδικών θεραπειών).

Στον φυσιολογικό παιδικό πληθυσμό στις διαταραχές σίτισης τα παιδιά μπορεί να παρουσιάζουν (σε σύγκριση με την αναμενόμενη ανάπτυξη του παιδιού) : (Michael E. Groher, 2007)

- Άρνηση λήψης τροφής
- Ευερεθιστότητα κατά τη λήψη τροφής
- Άρνηση συγκεκριμένων τροφών
- Περιορισμένη ανάπτυξη/ περιορισμένη αύξηση βάρους
- Προβλήματα με έμετο
- Ιστορικό σοβαρού επεισοδίου πνιγμονής
- Αδυναμία μετάβασης σε βρεφικές κρέμες έως τον 10^ο μήνα
- Αδυναμία μετάβασης από τον μαστό σε μπουκάλι και σε ποτήρι έως τον 16^ο μήνα
- Ανικανότητα αυτόνομης σίτισης

¹ Αισθητηριακή αμυντικότητα : υπερευαισθησία, όπου συχνά παρουσιάζεται μέσω της αποφυγής συγκεκριμένης τροφής ή ομάδας τροφίμων (π.χ. μασούμενα τρόφιμα, υγρά τρόφιμα, ή λιωμένα). Μπορεί επίσης να έχει εμετική τάση στην θέα αυτών των τροφών, ή να σιχαίνεται να πιάσει την τροφή με τα χέρια του. (Michael E. Groher, 2007)

² Αισθητηριακή καταγραφή : υπερευαισθησία, όπου παρατηρείται περιορισμένη αισθητηριακή καταγραφή. Αυτό σημαίνει ότι το παιδί μπορεί να μην αντιλαμβάνεται π.χ. αν το πρόσωπο του είναι λερωμένο, αν το στόμα του είναι γεμάτο από τροφή και τμήματα τροφής διαφεύγουν από αυτό. Τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν και σιελόρροια, βήχα ή πνιγμονή κατά τη σίτιση λόγω ανικανότητας διαχείρισης της τροφής. Προτιμούν πικάντικες τροφές, ή αλμυρές, και τροφές με έντονες υφές. (Michael E. Groher, 2007)

2.3.1. Προωρότητα και διαταραχές σίτισης

Πρόωρο χαρακτηρίζεται το νεογνό που γεννιέται πριν από την ολοκλήρωση της 37^{ης} εβδομάδας κύησης (βιώσιμο μπορεί να είναι μετά την 23^η εβδομάδα). Το φυσιολογικό βάρος ενός βρέφους υπολογίζεται από 2500 gr έως 3999 gr(χαμηλό βάρος< 2500gr , πολύ χαμηλό βάρος< 1500gr, εξαιρετικά χαμηλό βάρος <100gr. Έχει διαπιστωθεί ότι όσο χαμηλότερο είναι το βάρος γέννησης ενός βρέφους, τόσες πιο πολλές πιθανότητες υπάρχουν να παρουσιάσουν διαταραχές σίτισης . (Michael E. Groher, 2007)

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε πρόωρη γέννηση ενός βρέφους ή σε μεταγεννητικές επιπλοκές στην υγεία του βρέφους. Παρακάτω αναφέρονται οι διάφοροι παράγοντες που μπορούν να επιφέρουν τέτοιου είδους προβλήματα. (Michael E. Groher, 2007)

- Κακή σίτιση μητέρας
- Πολύδυμος κύηση (πάνω από τρία ζωντανά παιδιά)
- Διαταραχές βάρους της μητέρας (βάρος> 90 kg ή βάρος<45 kg)
- Ηλικία της μητέρας (ηλικία <16 ή ηλικία >35)
- Κάπνισμα μητέρας
- Χρήση εθιστικών ουσιών (π.χ. αλκοόλ)
- Σακχαρώδης διαβήτης ή διαβήτης κύησης
- Καρδιακές νόσοι
- Προεκλαμψία ή εκλαμψία
- Χρήση κορτικοστεροειδών
- Ύπαρξη αναιμίας
- Τοξοπλάσμωση
- Ερυθρά ή κυτταρομεγαλιός
- Ερπητικές λοιμώξεις
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Λοίμωξη από Β στρεπτόκοκκο

Εκτός όμως από τα παραπάνω, μπορεί να υπάρξουν και ενδομήτριοι επιβαρυντικοί παράγοντες που να οδηγούν σε πρόωρη γέννηση. Όπως για παράδειγμα : (Michael E. Groher, 2007)

- Φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν κατά την κύηση ή τη γέννηση
- Αποκόλληση του πλακούντα
- Προδρομικός πλακούντας
- Πρόπτωση του ομφάλιου λώρου
- Ισχιακή προβολή
- Μυική δυστοκία
- Καισαρική τομή και χρήση αναλγητικών και αναισθητικών κατά τον τοκετό

Λόγω της προωρότητας, πολλές είναι οι παθήσεις που μπορεί να προκύψουν στο βρέφος και να το συνοδεύσουν σε όλη του τη ζωή όπως για παράδειγμα, αναπνευστικές παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις, νευρολογικές διαταραχές, γαστρεντερικές επιπλοκές, αιματολογικές διαταραχές, διαταραχές θρέψης, μεταβολικές παθήσεις, νεφρικές διαταραχές, διαταραχές ρύθμισης της θερμοκρασίας, διαταραχές ανοσοαπάντησης ή/ και οφθαλμολογικά προβλήματα. παρακάτω παρατίθενται κάποιες διαταραχές που μπορεί να προκληθούν λόγω προωρότητας. (Michael E. Groher, 2007)

- Νεκρωτική εντεροκολίτιδα
- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Τραχειοοισοφαγικό συρρίγγιο και ατρησία
- Αναπνευστικές παθήσεις (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, παροδική ταχύπνοια, άπνοια, βρογχοπνευμονική δυσπλασία, εμμένουσα πνευμονική υπέρταση,)
- Νευρολογικές διαταραχές (μικροκεφαλία, υδροκέφαλος, ενδοκράνια αιμορραγία , σπασμοί, περικολιακή λευκομαλακία, τραυματισμοί κατά τη γέννηση)
- Καρδιακές διαταραχές
- Συγγενείς ανωμαλίες (χειλεοσχιστία, υπεωισχιστία).

2.4. Φυσιολογική κατάποση σε νεογνά

Κατά την 12^η με 13^η εβδομάδα ξεκινάει ουσιαστικά η κατάποση, από την ενδομήτριο ζωή κιάλας. Μετά τη γέννησή του το νεογνό αναπτύσσει σιγά σιγά την ικανότητα συντονισμού του κύκλου αναρρόφησης – κατάποσης – αναπνοής.

Η σίτιση αποτελεί δείκτη νευρολογικής ωριμότητας. Τα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα, παρουσιάζουν έναν αποσυντονισμό όσον αφορά τα σημεία αναρρόφησης και παύσεως. Ο συντονισμός και η σταθερότητα αυτών επέρχεται κατά την 34^η και 36^η εβδομάδα, το οποίο είναι απαραίτητο για την αποφυγή εισροφήσεων.

Το αντανακλαστικό προσανατολισμού των νεογνών χρησιμοποιείται από αυτά, ώστε να εντοπίσουν τη θηλή της μητέρας τους (ή του θήλαστρου). Αφού καταφέρουν αυτό, το γάλα εκλύεται από τη μητρική θηλή με τον συνδυασμό ενδοστοματικής αναρρόφησης και εξωτερικής πίεσης. Παράλληλα, για την ενίσχυση της ροής του γάλακτος, συμμετέχει και η γνάθος (συμπίεση= ωθεί το γάλα προς τα έξω), αλλά και η γλώσσα και η στοματική κοιλότητα (αναρρόφηση= άντληση υγρού έξω από τη θηλή). (Michael E. Groher, 2007)

Ανατομικά τμήματα κατάποσης νεογνών (Michael E. Groher, 2007)

- Χείλη
- Γνάθος
- Γλώσσα
- Βλεννογόνοσ παρειάς
- Μαλθακή υπερώα
- Σκληρή υπερώα

Ανατομικά στοιχεία νεογνών που είναι διαφορετικά στους ενήλικες (Michael E. Groher, 2007)

- Η γλώσσα των νεογνών είναι ευμεγέθης σε σχέση με την υπόλοιπη στοματική κοιλότητα .

- Ο βρεφικός φάρυγγας διαφέρει από αυτόν που έχουν οι ενήλικες. Το υοειδές οστό είναι σε υψηλότερη θέση στον λαιμό και ο θυρεοειδής χόνδρος είναι κατά κάποιο τρόπο η συνέχεια του υοειδούς οστού.
- Ως αποτέλεσμα του παραπάνω, υπάρχει μικρότερη λαρυγγική ανύψωση κατά την κατάποση σε σύγκριση με των ενηλίκων.
- Στα βρέφη ο φάρυγγας παρουσιάζει μια ήπια καμπυλότητα από τον ρινοφάρυγγα έως τον άνω φάρυγγα.
- Η ήπια αυτή καμπυλότητα με τον καιρό μεταβάλλεται, μέχρι να σχηματιστεί γωνία 90 μοιρών ανάμεσα στον ρινοφάρυγγα και τον στοματοφάρυγγα, όπως είναι στους ενήλικες. Έτσι εξηγείται, το γεγονός ότι τα νεογνά αναπνέουν μόνο από τη μύτη.
- Η στοματική κοιλότητα αναπτύσσεται προς τα κάτω και μπροστά,. Παράλληλα, η γλώσσα και ο λάρυγγας κατευθύνονται προς τα κάτω κατά την διάρκεια του 1^{ου} χρόνου ζωής, ώστε να γίνεται με επιτυχία η ανάπτυξη της ομιλίας.
- Ο λάρυγγας αναπτύσσεται έως την ηλικία των 3 χρόνων .

Στα νεογνά παρατηρούνται περίοδοι «ταχέος ρουφήγματος». Αυτές οι περίοδοι παρουσιάζονται από τη στιγμή που το νεογνό χρησιμοποιήσει την πιπίλα ή το δάχτυλο στο στόμα του. Οι κινήσεις που πραγματοποιεί όταν έχει την πιπίλα ή το δάχτυλο στο στόμα του λέγονται μη διατροφικές θηλαστικές κινήσεις. Τα νεογνά συνεχίζουν την αναπνοή τους κατά τις περιόδους «ρουφήγματος». (Michael E. Groher, 2007)

Επίσης, για τα πρόωρα νεογνά ο μη διατροφικός θηλασμός είναι ανακουφιστικός, διότι βοηθά στην προαγωγή της ηρεμίας και μειώνει τον γενικό περισταλτισμό του γαστρεντερικού συστήματος. (Michael E. Groher, 2007)

Ο «θηλασμός» ορίζεται ως η συγκροτημένη έκλυση γάλακτος από τη θηλή. Ο διατροφικός θηλασμός παρουσιάζεται με αναλογία 1:1 αναρρόφησης-κατάποσης, που σημαίνει ότι τα νεογνά ρουφούν και καταπίνουν 10-30 φορές περίπου πριν αναπνεύσουν και συνεχίσουν την κατάποση. Σε ένα φυσιολογικό νεογνό παρατηρείται ότι καταπίνει περίπου 6 φορές το λεπτό όταν δεν κοιμάται και περίπου 6 φορές την ώρα όταν κοιμάται. (Michael E. Groher, 2007)

Νεογνικά αντανακλαστικά

Τα νεογνά γεννιούνται εφοδιασμένα με πέντε αντανακλαστικά. Τα αντανακλαστικά αποτελούν αυτόματες – ακούσιες σωματικές αντιδράσεις σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Το κάθε ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά διαρκούν για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, όπως γίνεται κατανοητό παρακάτω.

1. Αντανακλαστικό δραγμού ή σύλληψης

Το βρέφος αγκαλιάζει σφιχτά στα δάχτυλα του τα αντικείμενα που έρχονται σε επαφή με την παλάμη του (το ίδιο αντανακλαστικό υπάρχει και στα πέλματα) . υπάρχει έως και τον 3^ο – 4^ο μήνα. (Αντώνης Καφάτος, 1993)

2. Αντανακλαστικό βάδισης

Αν κρατήσουμε σε όρθια στάση ένα νεογνό και βάλουμε τα πέλματα του σε επαφή με σκληρή επιφάνεια, ξεκινάει να κάνει βαδιστικές κινήσεις. Το αντανακλαστικό αυτό υπάρχει μέχρι και την 6^η εβδομάδα. (Αντώνης Καφάτος, 1993)

3. Αντανακλαστικό θηλασμού

Όταν φέρουμε πολύ κοντά στο βρέφος ένα αντικείμενο στο στόμα του, τυλίγει τα χείλη του γύρω από αυτό και ξεκινάει να θηλάζει. Αυτό το αντανακλαστικό διατηρείται μέχρι και τον 1^ο χρόνο. (Αντώνης Καφάτος, 1993)

4. Αντανακλαστικό Μογο ή εναγκαλισμού

Το συγκεκριμένο αντανακλαστικό είναι αντανακλαστικό φόβου. Το παρατηρούμε ως αντίδραση του βρέφους σε δυνατό εκκωφαντικό ηχητικό ερέθισμα ή απότομη μεταβολή της κινητικής του κατάστασης. Οι βραχίονες του τινάζονται στα πλάγια και τα αντιβράχια του κάμπτονται μπροστά, ενώ τα δάχτυλα του είναι ανοιχτά αι η πλάτη του σχηματίζει «τόξο». (Αντώνης Καφάτος, 1993)

5. Αντανακλαστικό αναζήτησης

Όταν νιώσει το άγγιγμα στο μάγουλο του από το δάχτυλο της μητέρας του, τότε στρέφεται η κεφαλή του προς το μέρος όπου ένωσε το άγγιγμα και ψάχνει τη θηλή της μητέρας του για να θηλάσει. Υπάρχει μέχρι τον 4^ο μήνα

(ενώ υπάρχει μέχρι και τον 7^ο μήνα κατά τη διάρκεια του ύπνου του βρέφους). (Αντώνης Καφάτος, 1993)

Μητρικό γάλα

Η ιδανική τροφή για ένα υγιές τελειόμηνο βρέφος είναι το μητρικό γάλα, αυτό μπορεί να διαπιστωθεί από τους παρακάτω λόγους. (Michael E. Groher, 2007)

- Το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε λιπαρά, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και αυτό καθιστά ευκολότερη την πέψη του, σε σχέση με το γάλα σε σκόνη.
- Η μητέρες των πρόωρων νεογνών παρέχουν διαφορετικής σύστασης γάλα από τις μητέρες υγιών τελειόμηνων νεογνών. Το γάλα τους αποτελείται από υψηλότερες συγκεντρώσεις σε άζωτο, χλωριούχο κάλλιο, μαγνήσιο και σίδηρο, τα οποία είναι απαραίτητα για την σωστή ανάπτυξη τους. Εκτός από τα παραπάνω ιχνοστοιχεία, το μητρικό γάλα παρέχει φυσικά στοιχεία που αποτρέπουν τις λοιμώξεις, ιδιαίτερα σημαντικό για τα πρόωρα νεογνά.
- Για να επιτευχθεί η ανάπτυξη του βάρους του νεογνού, ο ανώδυνος θηλασμός θα πρέπει να γίνει σωστή προσκόλληση. Με τον όρο αυτό περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο το βρέφος αγκαλιάζει το μαστό με το στόμα του, ώστε να παράγεται επαρκή ποσότητα γάλακτος.

2.5. Ορόσημα σίτισης παιδιών τυπικής ανάπτυξης (Michael E. Groher, 2007)

Παρακάτω αναφέρονται τα στάδια εξέλιξης της σίτισης από την στιγμή της γέννησης έως τους 24 μήνες:

- ΗΛΙΚΙΑ
Γέννηση έως 6μήνες
ΤΡΟΦΗ : Γάλα, υγρά
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ: Πιπίλισμα και κατόπιν αναρρόφηση
ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ: Μαστός ή μπουκάλι

- ΗΛΙΚΙΑ: 4-6 μήνες
ΤΡΟΦΗ: Δημητριακά, πουρές
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ: Αρχικώς πιπίλισμα, κατόπιν κίνηση γλώσσας σε υπερώα/ μπορεί να αποβάλλει ακούσια τροφές από κουτάλι, εμετική τάση σε νέες υφές .
ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ : Κουτάλι
- ΗΛΙΚΙΑ: 6-9 μήνες
ΤΡΟΦΗ : Παχύρευστος πουρές ,λιωμένο φαγητό, μαλακές απλές τροφές που τρώγονται με τα δάκτυλα
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ: Έναρξη μασουλήματος, ύφεση του αντανακλαστικού του εμέτου, πλάγια μετατόπιση τροφών στα ούλα, εμφάνιση νεογιλών δοντιών.
ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ: Κουτάλι, πόση από ποτήρι (στους 9 μήνες)
- ΗΛΙΚΙΑ: 9-12 μήνες
ΤΡΟΦΗ : Κομμένα τρόφιμα και απλές τροφές που τρώγονται με τα δάχτυλα.
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ : Το βρέφος γλείφει τροφές από τα χείλη δαγκώνει αντικείμενα, ελεγχόμενα διατηρούμενο δάγκωμα σκληρών τροφών (π.χ. μπισκότα)
ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ: Κουτάλι, ποτήρι, αυτοσίτιση με τα δάχτυλα, μείωση θηλασμού από μαστό / μπουκάλι καθώς αυξάνεται η λήψη από ποτήρι
- ΗΛΙΚΙΑ: 15-24 μήνες
ΤΡΟΦΗ: Πλήρης δίαιτα, με ορισμένες εξαιρέσεις (π.χ. φιστίκια)
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ Το βρέφος γλείφει τροφές από τα χείλη , παρουσιάζεται αυξημένη ωρίμανση του ενήλικου περιστροφικού τρόπου μάσησης και σταθερότητα γνάθου κατά την πόση από ποτήρι, αυτοσίτιση, πόση από καλαμάκι
ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ Κουτάλι, ποτήρι, πιρούνι, κυρίως αυτοσίτιση.

| ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ | Κάθεται με υποστήριξη | Κάθεται μόνο του | Μπουσουλάει | Ξεκινάει να περπατάει |
|--|--|--|--|---|
| <p><u>Ικανότητα σίτισης</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Μεταφέρει την τροφή έξω από το στόμα με τη γλώσσα (αντανεκλαστική κίνηση που μειώνεται με την ηλικία). • Εμφανίζονται οι πρώτες κινήσεις μάσησης. • Σπρώχνει την τροφή μπροστά και πίσω με τη γλώσσα, ώστε να καταπιεί. • Αναγνωρίζει το κουτάλι και κρατά το στόμα του ανοιχτό καθώς πλησιάζει το κουτάλι. | <ul style="list-style-type: none"> • Μαθαίνει να κρατά πιο παχύρρευστα τρόφιμα στο στόμα του. • Πιέζει το άνω χείλος ώστε να τραβήξει την τροφή από το κουτάλι. • Μπορεί να μετακινήσει την τροφή από το ένα χέρι στο άλλο. • Μπορεί να πιει από ποτήρι που κρατά το άτομο που το σιτίζει. | <ul style="list-style-type: none"> • Μαθαίνει να μετακινεί τη γλώσσα για να μεταφέρει την τροφή σε όλο το στόμα ώστε να μασήσει. • Ξεκινά να χρησιμοποιεί τα σαγόνια και τη γλώσσα για να μασήσει την τροφή. • Παίζει με το κουτάλι κατά τη διάρκεια του γεύματος, μπορεί να το φέρει μέχρι το στόμα, αλλά δεν το χρησιμοποιεί για να τρώει μόνο του ακόμα. • Καταναλώνει μόνο του τροφή με τα χέρια (finger food). Κρατά το κύπελλο μόνο του. | <ul style="list-style-type: none"> • Καταναλώνει εύκολα τροφή με τα χέρια. • Μπορεί να κρατήσει το κύπελλο με τα δύο χέρια και να πιει μικρές γουλιές. • Έχει περισσότερες ικανότητες μάσησης. • Ζητά να τραφεί μόνο του με το κουτάλι. |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <u>Κατάλληλη υφή τροφής</u> | Γάλα Αλεσμένα τρόφιμα με υδαρή σύσταση | Γάλα Αλεσμένα τρόφιμα (με υδαρή ή πυκνότερη σύσταση) Πολτοποιημένα τρόφιμα χωρίς σβόλους | Γάλα Πολτοποιημένα τρόφιμα με μικρούς σβόλους Τρόφιμα με μαλακή σύσταση/ υφή Τραγανά τρόφιμα που λιώνουν και μπορεί να τα πιάσει με το χέρι του. | Γάλα Χοντροκομμένα τρόφιμα και τρόφιμα κομμένα σε μεγαλύτερα κομμάτια Τρόφιμα με μαλακή προς μέτρια υφή Κομμάτια τροφής σε μέγεθος μπουκιάς |
|--|--|---|---|---|

Τροποποιημένος πίνακας από: WHO (2000). Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO Regional publications, European Series; No 87

Πίνακας 1. Ικανότητες σίτισης βρέφους με βάση το στάδιο ανάπτυξης.

2.6. Τι χρειάζεται μια πλήρης κλινική αξιολόγηση της κατάποσης;

Η αξιολόγηση ενός παιδιού με διαταραχή στη σίτιση θα πρέπει να πραγματοποιείται έχοντας όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένο ιστορικό. Για παράδειγμα, ένα παιδί με τυπική ανάπτυξη χωρίς εμφανή ιατρικά προβλήματα μπορεί να παρουσιάζει ένα ιατρικό ιστορικό με ψυχοκοινωνικές διαταραχές που να επηρεάζουν τη σίτιση (παθήσεις του γαστρεντερικού, καρδιακές και αναπνευστικές παθήσεις, παθήσεις της κεφαλής και του τραχήλου, αλλεργίες, Διαταραχές στο Φάσμα του Αυτισμού). (Michael E. Groher, 2007)

Το ιστορικό μπορεί να παρθεί με την χορήγηση εντύπων λήψης ιστορικού, με την ανασκόπηση στον ιατρικό φάκελο του παιδιού και με συνέντευξη των γονιών. Ένα εμπειριστατωμένο ιστορικό αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα της αξιολόγησης του παιδιού αλλά και παρέχει πληροφορίες που μπορούν να οδηγήσουν σε απαραίτητες ιατρικές παραπομπές ανάλογα την ανάγκη που παρουσιάζεται. (Michael E. Groher, 2007)

Μετά την λήψη του ιστορικού, σημαντική είναι η αξιολόγηση της στοματοκινητικής δομής και λειτουργίας του παιδιού, των συμπεριφορικών και αισθητηριακών αντιδράσεων κατά τη σίτιση, των δεξιοτήτων αυτονομίας σίτισης, των στοματικών ικανοτήτων που σχετίζονται με υγρές και στερεές τροφές. Άλλες σκοπιές της αξιολόγησης εμπεριέχουν την εξέταση της στάσης του σώματος, τα γενικότερα πρότυπα κίνησης κατά τη διάρκεια σίτισης, τη γνωσιακή ανάπτυξη, την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας, καθώς και την ανάπτυξη του αισθητηριακού συστήματος. (Δυσφαγία, Κλινική αντιμετώπιση σε ενήλικες και παιδιά, Michael E. Groher, Michael A.Crary, Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε).

2.6.1. ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ Ή/ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΙΤΙΣΗΣ (Michael E. Groher, 2007)

Για την καλύτερη δυνατή αξιολόγηση ενός βρέφους ή παιδιού θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι κλίμακες κλινικής αξιολόγησης, οι οποίες είναι πολλές και ποικίλες. Τα στοιχεία που εξετάζουν είναι σχετικά με την φυσιολογία, την

κινητικότητα, την αυτορρύθμιση, την συγκέντρωση, την αλληλεπίδραση και τη σίτιση. Παρακάτω αναφέρονται τα τμήματα της αξιολόγησης.

- Ιστορικό : θα πρέπει να περιέχει ηλικία κύησης, βάρος κατά τη γέννηση, ανωμαλίες σχετικές με τον τοκετό, Apgar score, περιγεννητικές επιπλοκές, ιστορικό νοσηλείας, καρδιοαναπνευστικό ιστορικό, ακτινολογικές ή υπερηχογραφικές εξετάσεις και τιμές εργαστηριακών εξετάσεων.
- Σύστημα συνειδητότητας : ύπνος, μετάβαση σε κατάσταση εγρήγορσης.
- Στάση σώματος και μυϊκός τόνος.
- Αντανακλαστικά.
- Προσαρμοστικές αντιδράσεις : αντίδραση ενός βρέφους κατά την επαφή για φροντίδα και κατά την διάρκεια σίτισης.
- Σταθερότητα φυσιολογίας : βασική καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία , και χρώμα δέρματος.
- Στοματικά αντανακλαστικά : αξιολόγηση της αίσθησης και της κίνησης των δομών του στόματος και του προσώπου (σε ηρεμία, κατά την διάρκεια επαφής με το πρόσωπο, στα χείλη και μέσα στο στόμα).
- Μη διατροφικός θηλασμός: αποτελεί το πιο βασικό στοιχείο αξιολόγησης. Με αυτόν, αξιολογείται η νευρολογική ετοιμότητα του βρέφους για σίτιση.(παρατήρηση δύναμης, ρυθμού, ταχύτητας, κινητική οργάνωση)
- Διατροφικός θηλασμός : παρατήρηση της επιθυμίας και αναζήτησης για σίτιση.

2.6.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (Michael E. Groher, 2007)

Η Αξιολόγηση σίτισης των βρεφών/ παιδιών με ειδικές εξετάσεις, εκτελούνται με διαφορετικό τρόπο από ότι στους ενήλικες. Αυτό γίνεται εξαιτίας των πιθανών κινδύνων της ακτινοβολίας X στα βρέφη, η βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης αποφεύγεται όσο το δυνατόν γίνεται και οι ραδιογραφικές μελέτες διαρκούν λιγότερο.

- Βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης

Για τα πρόωρα και τα τελειόμηνα νεογνά η αξιολόγηση της κατάποσης ακολουθείται από τα παρακάτω βήματα.

- Το βρέφος σε όρθια πλάγια θέση, με τη χρήση ειδικών συσκευών για την άρτια τοποθέτηση του (κάθισμα- Tuble Form)
- Πρόωρα/τελειόμηνα: Χορήγηση υγρού βαρίου αποκλειστικά (για να εξασφαλισθεί η ασφαλή στοματική σίτιση)
- Βρέφη 5-7 μηνών : χορήγηση ποικιλίας αλεσμένων τροφών και υγρών.
- Βρέφη 12 μηνών : χορήγηση πυκνότερων υφών και πυκνοτήτων τροφίμων.
- Η εξέταση γίνεται με λεπτόρρευστο βάριο, με μπιμπερό(με θηλή).

Μέσω της εξέτασης αυτής παρατηρείται η λειτουργία της ακολουθίας : θηλασμός – κατάποση – αναπνοή , ο αριθμός των κινήσεων θηλασμού, η σωστή τοποθεσία των χειλιών του και της γλώσσας πάνω στη μητρική θηλή και η θέση της κεφαλής του βρέφους. Επίσης, ο κλινικός παρατηρεί αν το βρέφος έχει την ικανότητα να προωθήσει το βλωμό στο γλωσσοεπιγλωττιδικό βοθρίο , αν η φαρυγγική φάση είναι βραδεία , αν η κινητικότητα του φάρυγγα είναι μειωμένη, αν κάνει εισρόφηση και γενικότερα αν υπάρχει δυσκινησία, εμπόδιο , στένωση ή κάποιο τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο.

- Βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης και σειριακή ακτινογράφιση του ανώτερου γαστρεντερικού

Η διαδικασία είναι ίδια στο πρώτο στάδιο της αξιολόγησης με την βιντεοακτινοσκοπική μελέτη της κατάποσης. Αρχικά εξετάζεται από τον κλινικό σε όρθια θέση το βρέφος, όπου του χορηγείται μπιμπερό με βάριο (με την κατάλληλη θηλή), ώστε να γίνει ακριβές ότι το βρέφος μπορεί να σιτιστεί με ασφάλεια. Έπειτα, το βρέφος τοποθετείται σε ύπτια θέση, του χορηγείται το ίδιο μπιμπερό και ο κλινικός με τη συνεργασία του ακτινολόγου είναι σε θέση να εξετάσουν την λειτουργία του οισοφαγικού σταδίου(υπάρχει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση;).

Σε περίπτωση που το βρέφος δεν δύναται να δεχτεί όλη την ποσότητα που χρειάζεται για να ολοκληρωθεί η εξέταση επιτυχώς, τότε το βάριο

εισάγεται μέσω σύριγγας σε ρινογαστρικό σωλήνα (απευθείας στον στόμαχο), ώστε να γίνει αξιολόγηση της κατώτερης γαστρεντερικής οδού.

Σημαντικά κλινικά σημεία

1. Καταμέτρηση του αριθμού των πιθανών γαστροοισοφαγικών παλινδρομήσεων στα 5 με 10 πρώτα λεπτά.
2. Αξιολόγηση της ικανότητας του βρέφους να προστατέψει τον αεραγωγό του, σε πιθανή εμφάνιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης στο επίπεδο του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα.
3. Καταγραφή αλλαγών της συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα των παραπάνω επεισοδίων.

2.6.3. Ινοσκοπική ενδοσκοπική αξιολόγηση

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με τη χρήση εύκαμπτων ρινοφαρυγγοσκοπίων, τα οποία είναι κατάλληλα σχεδιασμένα για βρέφη. Η χρήση αυτών βοηθάει στην παρατήρηση της ανώτερης αεροπεπτικής οδού. Το βρέφος κατά την αξιολόγηση τοποθετείται είτε στην αγκαλιά του κλινικού είτε στην αγκαλιά της μητέρας του σε κανονική θέση σίτισης. Αρχικά δίνεται στο βρέφος μια πιπίλα, ώστε να μείνει ήρεμο καθώς το ενδοσκόπιο περνάει μέσα στη μύτη. Κάποιες φορές, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπική αναισθησία στον βλεννογόνο της μύτης για να μειωθεί η ενόχληση του βρέφους από το ενδοσκόπιο.

Με την είσοδο του ενδοσκοπίου στη μύτη, παρατηρείται η ανατομία και η φυσιολογία του υποφάρυγγα και του λάρυγγα, καθώς και η ικανότητα του να διαχειριστεί τις εκκρίσεις του. Στη συνέχεια, προκειμένου να είναι διακριτός ο βλωμός, χορηγείται μητρικό γάλα με χρώμα, ή γάλα σε σκόνη.

Η Ινοενδοσκοπική εξέταση δεν εκθέτει το βρέφος σε ακτινοβολία και γι' αυτό το λόγο ο κλινικός έχει περισσότερο χρόνο για να αξιολογήσει το βρέφος επαρκώς.

3. Τί είναι Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές;

«Οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές αποτελούν μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ποιοτικές ανωμαλίες στις κοινωνικές συναλλαγές και στους τρόπους επικοινωνίας, καθώς και από περιορισμένο, στερεότυπο, επαναλαμβανόμενο ρεπερτόριο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων» ((ΠΟΥ), 2011). Η ονομασία “Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές” χρησιμοποιείται συνώνυμα με τον όρο “Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού”. Αυτές οι διαταραχές σύμφωνα με το ICD-10, είναι :

- Αυτισμός παιδικής ηλικίας (F84.0)
- Άτυπος αυτισμός (F84.1)
- Σύνδρομο Rett (F84.2)
- Άλλη αποργανωτική διαταραχή της παιδικής ηλικίας (F84.3)
- Διαταραχή υπερδραστηριότητας σχετιζόμενη με νοητική καθυστέρηση και στερεότυπες κινήσεις (F84.4)
- Σύνδρομο Asperger (F84.5)
- Άλλες διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (F84.8)
- Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή, μη καθοριζόμενη (F84.9)

3.1. Τί είναι αυτισμός ;

Αυτισμός της παιδικής ηλικίας (F84.0), όπως αναφέρεται στο ICD 10 είναι η διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μη φυσιολογική ή/και διαταραγμένη ανάπτυξη, η οποία γίνεται εμφανής πριν από την ηλικία των 3 ετών και συνδυάζεται με δυσλειτουργία της κοινωνικής συναλλαγής και επικοινωνίας και με περιορισμένη , επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. ((ΠΟΥ), 2011)

Ο αυτισμός είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που δίνει το παρόν ήδη από τη γέννηση του παιδιού και διαρκεί για όλη του τη ζωή. “Ο αυτισμός αναφέρεται ως σύνδρομο γιατί αποτελείται από μια σειρά συμπτωμάτων και όχι από μια συγκεκριμένη ασθένεια”. Γι αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να γίνεται σαφές ότι ο αυτισμός δεν θεραπεύεται, αλλά υπάρχουν περιπτώσεις

στις οποίες τα άτομα έχουν μια πολύ καλή βελτίωση και μπορούν να ανταποκρίνονται επιτυχώς στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. (ΑΤΟΜΩΝ, 2001)

3.2. Χαρακτηριστικά παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (2000), η επίσημη διάγνωση γίνεται γύρω ή μετά το δεύτερο έτος της ηλικίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια του αυτισμού είναι τα ακόλουθα:

Το σύνολο έξι (ή περισσότερων) συμπτωμάτων από τις 3 ομάδες, από τα οποία θα πρέπει να είναι τουλάχιστον δύο από την ομάδα 1, ένα από την ομάδα 2 και ένα από την ομάδα 3.

A. Ποιοτική έκπτωση στην κοινωνική συναλλαγή, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

- ο έκδηλη έκπτωση στη χρησιμοποίηση πολλών εξωλεκτικών συμπεριφορών, όπως η βλεμματική επαφή, η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος και οι χειρονομίες για τη ρύθμιση της κοινωνικής συναλλαγής

- ο αποτυχία στην ανάπτυξη ανάλογων με το αναπτυξιακό επίπεδο σχέσεων με συνομήλικους

- ο έλλειψη αυθόρμητης επιδίωξης συμμετοχής σε απολαύσεις, ενδιαφέροντα ή επιτεύγματα με άλλους ανθρώπους

- ο έλλειψη κοινωνικής ή συγκινησιακής αμοιβαιότητας.

(Peeters, 2000)

B. Ποιοτικές εκπτώσεις στην επικοινωνία, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

- ο καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας

- ο σε άτομα με επαρκή ομιλία, έκδηλη έκπτωση της ικανότητας να αρχίσουν ή να διατηρήσουν μία συζήτηση με άλλους
- ο στερεότυπη και επαναληπτική χρήση της γλώσσας
- ο έλλειψη αυθόρμητου παιχνιδιού με παίξιμο ρόλων ή κοινωνική μίμηση, ανάλογου με το αναπτυξιακό επίπεδο.

(Peeters, 2000)

Γ. Περιορισμένα, επαναληπτικά και στερεότυπα πρότυπα συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, όπως εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

- ο ενασχόληση με στερεότυπα και περιορισμένα πρότυπα ενδιαφέροντος
- ο εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες
- ο στερεότυποι και επαναληπτικοί κινητικοί μανιερισμοί (π.χ. χτυπήματα των χεριών)
- ο επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων.

(Peeters, 2000)

3.3. Πώς μπορούμε να αναγνωρίσουμε αν ένα παιδί έχει αυτισμό ;

Παιδιά τα οποία έχουν αυτισμό ή βρίσκονται στο φάσμα αυτισμού αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την κατανόηση της συμπεριφοράς, των προθέσεων, των συναισθημάτων και των σκέψεων των άλλων ανθρώπων που γύρω τους. Πιο συγκεκριμένα, παιδιά με αυτισμό συνήθως μπορεί να παρουσιάσουν καθυστέρηση ως προς την εξέλιξη του παιχνιδιού και της φαντασίας, λόγω ακαμψίας της σκέψης και της συμπεριφοράς (Sherratt, 2005). Τα άτομα με αυτισμό μπορεί να παρουσιάζουν υποβαθμισμένο νοητικό δυναμικό, αλλά μπορεί να παρουσιάζουν φυσιολογικό ή υψηλό νοητικό δυναμικό (π.χ. σύνδρομο Asperger ³).

³ Άτομα με σύνδρομο Asperger έχουν καλές γλωσσικές δεξιότητες, αλλά μειωμένη αίσθηση του κοινωνικά αποδεκτού και των καλών τρόπων.

Το φάσμα των δυσκολιών των παιδιών με αυτισμό χωρίζεται σε τρεις παθολογικές καταστάσεις :

ο Βλάβη στην επικοινωνία :

Για παράδειγμα, τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να κατέχουν καλούς γραμματικούς κανόνες και άρθρωση και να μιλούν με ευχέρεια

Από την άλλη μεριά όμως, τα ίδια μπορεί να κατανοούν την γλώσσα μόνο με την κυριολεκτική της σημασία, να παρουσιάζουν διαταραχή προσωδίας και ηχολαλίες⁴. Δυσκολίες μπορεί να παρουσιάζουν στην συζήτηση και στο διάλογο (δεν κοιτάζουν το συνομιλητή τους, σαν να «απευθύνονται» αλλού). Επίσης, μεγάλη δυσκολία υπάρχει με την χρήση κατάλληλων εκφράσεων προσώπου, χειρονομιών και στάσεις σώματος. (RITA JORDAN, 2000)

ο Βλάβη στην κοινωνικότητα :

Τα παιδιά με αυτισμό έχουν δυσκολία στην κοινωνική συναναστροφή με ενήλικες, αλλά και με παιδιά ίδιας ηλικίας. Συχνά χαρακτηρίζονται ως τα “απόμακρα” παιδιά, αλλά υπάρχουν και τα παιδιά εκείνα που αναζητούν την επικοινωνία με τους γύρω αλλά αδυνατούν να το καταφέρουν λόγω της αδεξιότητας τους. (RITA JORDAN, 2000)

ο Βλάβη στην ευελιξία :

Δυσκολία στην ευελιξία, νοείται η αδυναμία στην ευέλικτη σκέψη και συμπεριφορά των παιδιών με αυτισμό. Αυτό γίνεται σαφές, με την αδυναμία προσαρμογής τους σε νέες καταστάσεις, ή σε αλλαγές της ρουτίνας τους, όπου παρουσιάζουν υπερβολικές αντιδράσεις (π.χ. θυμού, ξεσπάσματος κα). Σε άλλα παιδιά αυτό εμφανίζεται μέσω των επαναληπτικών στερεοτυπικών συμπεριφορών (στριφογύρισμα, τίναγμα, κούνημα, ελαφρό χτύπημα). Επίσης, το παιχνίδι τους πολλές φορές είναι μοναχικό και απόμακρο για το λόγο ότι το παιχνίδι τους δεν είναι

⁴ Το άτομο επαναλαμβάνει ήχους, συλλαβές, λέξεις ή ακόμα και φράσεις που ακούει από άλλους. Αυτό γίνεται είτε αμέσως ή λίγο χρόνο μετά την παραγωγή του προτύπου ομιλίας και λέγεται *άμεση ηχολαλία* είτε αρκετή ώρα μετά τη παραγωγή των λεγομένων και λέγεται *καθυστερημένη ηχολαλία*. (Κοκμοτός Παναγιώτης. Πρόεδρος Συλλόγου Επιστημόνων Λογοπαθολόγων/Λογοθεραπευτών Ελλάδος. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ)

συμβολικό⁵ και συχνά μπορεί να τους κεντρίσει το ενδιαφέρον περισσότερο η ενασχόληση με το άνοιγμα- κλείσιμο μιας πόρτας, ή διακόπτη μιας λάμπας. Το παιδί έχει την ικανότητα να αποστηθίζει με μεγάλη ευκολία, αλλά να δυσκολεύεται να κάνει γενικεύσεις και να αναπτύσσει ιδέες. (RITA JORDAN, 2000)

Άλλες περιοχές που πλήττονται σε παιδιά με ΔΑΔ

Αντίληψη

Ένα από τα πιο δύσκολο κατανοητά χαρακτηριστικά των παιδιών με αυτισμό, είναι η μη αναμενόμενη αντίδραση τους σε ερεθίσματα. Για παράδειγμα, ένα παιδί που φαίνεται να μην αντιλαμβάνεται τους ήχους σε μία περίπτωση, σε μια άλλη να αντιδράσει με υπερβολικό τρόπο από ενόχληση ή “πόννο” (π.χ. σε καθημερινούς ήχους, κόρνα αυτοκινήτου).

Παρομοίως, οι αντιδράσεις στον πόνο έχουν διακυμάνσεις και κυμαίνονται από “απόλυτη αναισθησία” έως “υπερευαισθησία” σε ένα ανεπαίσθητο χτύπημα. Οι αντιδράσεις αυτές κρίνονται υπερβολικές καθώς διαδραματίζονται σε καθημερινές καταστάσεις (π.χ. θορύβους, χάδι από την μητέρα) και παρόλα αυτά τα άτομα δείχνουν να βρίσκονται σε πανικό. Επομένως, πολλές φορές ονομάζονται φοβίες ή συμπεριφορές αυτοερεθισμού ή αυτοτραυματισμού. (Powell, 2001)

Προσοχή

Τα παιδιά με αυτισμό έχουν δυσκολία προσοχής και κυρίως εντοπίζεται στην “επιλεκτική προσοχή” τους το έλλειμμα. Αυτό σημαίνει ότι διατηρούν την προσοχή τους σε συγκεκριμένα σημεία του περιβάλλοντος τους, ενώ τα υπόλοιπα αγνοούνται και αλλιώς μπορεί να οριστεί ως «προσοχή τούνελ» (

⁵ Το παιδί είναι σε θέση να αναπαραστήσει ρόλους, να προσποιηθεί, να μιμηθεί και να συμμετάσχει σε φανταστικά σενάρια

tunnel attention). Ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να μην θεωρεί σημαντικό να προσέξει ανθρώπους που περπατάνε γύρω του ή αυτοκίνητα που διασχίζουν το δρόμο, αλλά να ενθουσιαστεί με «ασήμαντα» αντικείμενα όπως φαίνονται σε άτομα χωρίς αυτισμό (π.χ. πλυντήριο). (Powell, 2001)

Μνήμη

Είναι σύνηθες να λέγεται ότι τα παιδιά με αυτισμό έχουν πάρα πολύ καλή μνήμη. Είναι αλήθεια ότι έχουν την ικανότητα να επαναλαμβάνουν για παράδειγμα διαφημιστικά σποτ που μόλις άκουσαν χωρίς κανένα λάθος. Παρόλα αυτά όμως, μπορεί να αναδιηγηθούν μια ιστορία με ακρίβεια, αλλά να μην μπορέσουν δώσουν μια περίληψη (νόημα, ουσία) της ιστορίας που μόλις άκουσαν. Το πρόβλημα λοιπόν, εντοπίζεται στον τρόπο με τον οποίο αποθηκεύονται και ανακαλούνται οι πληροφορίες και τα γεγονότα. Τα παιδιά με αυτισμό που έχουν λόγο, έχουν καλή μνήμη επεισοδίων την οποία έχουν αποθηκευμένη σε λίστες «γεγονότων», όπως ημερομηνίες, αριθμούς, τα οποία δεν απαιτούν συνοχή και συνεκτικότητα. (Powell, 2001)

Επίλυση προβλημάτων

Τα προβλήματα στην καθημερινή ζωή τείνουν να είναι σύνθετα και περίπλοκα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει απαραίτητα μια μόνο σωστή λύση για κάθε ένα από τα προβλήματα αυτά. Αυτή η πολυπλοκότητα προκαλεί μεγάλη δυσκολία σε άτομα με αυτισμό. Η μάθηση των παιδιών με αυτισμό στηρίζεται σε συγκεκριμένα δεδομένα και «λύσεις» στα προβλήματα , οπότε αν βρεθούν αντιμέτωποι με το «ίδιο» πρόβλημα σε νέες καταστάσεις, τότε νιώθουν πανικό και σύγχυση. Αποτυγχάνουν να γενικεύουν τη μάθηση τους σε νέες καταστάσεις και έτσι όταν οι λύσεις που δοκιμάζουν σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα δεν ευδοκιμήσουν, τότε ξεσπούν με ακραίες αντιδράσεις και εκρήξεις θυμού. (Powell, 2001)

Γλώσσα

Η γλώσσα αποτελεί σημαντικό και αδιάσπαστο κομμάτι στην σκέψη του παιδιού. Καθώς το παιδί αναπτύσσεται, χρησιμοποιεί τη γλώσσα για να κατευθύνει τις δραστηριότητες του, το οποίο όμως μπορεί να είναι αντιγραφή από τους ενήλικες. Έπειτα, η γλώσσα χρησιμοποιείται για να σχολιάσουν τις δραστηριότητες τους και μετά για να περιγράψουν τι πρόκειται να κάνουν. Σε αυτό το σημείο, η γλώσσα εσωτερικεύεται και ονομάζεται «εσωτερικός λόγος».

6

Ένα παιδί με αυτισμό, έχει ανικανότητα σε αυτούς τους τομείς της σκέψης και του σχεδιασμού των ενεργειών τους. Κατά την μάθηση μιας πληροφορίας που ενεργοποιείται η μνήμη, η γλώσσα εμπλέκεται για να κωδικοποιηθούν οι πληροφορίες με τέτοιο τρόπο ώστε να έχουν νόημα (π.χ. «καρέκλα», έχει τέσσερα πόδια, είναι ξύλινη, και η χρήση της είναι ως κάθισμα). Με αυτόν τον τρόπο, διευκολύνεται η ανάκληση λέξεων και η κατηγοριοποίηση τους σε δομές της μνήμης.

Επομένως, η δυσκολία κωδικοποίησης των πληροφοριών με χρήση της γλώσσας των ατόμων με αυτισμό, εξηγεί την ανικανότητα τους να δημιουργούν αναμνήσεις με συνοχή και συνεκτικότητα. (Powell, 2001)

Συμβολικό παιχνίδι

Το συμβολικό παιχνίδι περιλαμβάνει αναπαράσταση ρόλων, μίμηση, προσποίηση ρόλων και συμμετοχή σε φανταστικά σενάρια, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Στα παιδιά με αυτισμό διαπιστώνεται η ανυπαρξία του συμβολικού παιχνιδιού, παρόλο που μερικές φορές φαίνεται να παίζουν φυσιολογικά. Για παράδειγμα, βάζουν στη σειρά τα αυτοκινητάκια τους, στριφογυρίζουν τις ρόδες των αυτοκινήτων, ή τα μαλλιά από τις κούκλες, ή τοποθετούν τις κούκλες στα έπιπλα των κουκλόσπιτων, χωρίς να τους ενδιαφέρει η «συμβολική σχέση» των παιχνιδιών με τα αντικείμενα της πραγματικής ζωής. Δείχνουν να τους κινεί το ενδιαφέρον περισσότερο η

⁶ «Εσωτερικός λόγος» είναι η κατανόηση της γλώσσας, η οποία προηγείται της γλωσσικής έκφρασης, που πραγματώνεται μέσα από την ομιλία. Ο «εσωτερικός λόγος» εκφράζεται μέσα από το παιχνίδι του παιδιού η οποία είναι η πρώτη εμφάνιση του εσωτερικού λόγου. (Μαρίτσα Καμπούρογλου, 'Επικοινωνία', Σύλλογος Γονέων Κηδεμόνων και φίλων αυτιστικών ατόμων Ν. Λάρισας)

φυσική ιδιότητα των “αντικειμένων” (παιχνιδιών), και όχι τόσο η εξέλιξη του παιχνιδιού τους. Αυτό γίνεται εμφανές όταν ένας ενήλικας ή συνομήλικος προσπαθήσει να παρέμβει στο παιχνίδι και να προσπαθήσει να το αναπτύξει, όπου τα παιδιά με αυτισμό θυμώνουν έντονα και ξεσπούν.

Γι αυτό το λόγο, τα άτομα με αυτισμό χάνουν ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά και για γνωστική ανάπτυξη μέσα από το συμβολικό παιχνίδι (κατανόηση κοινωνικών σχέσεων, κοινωνικών κανόνων, ανάπτυξη γλώσσας, ανάπτυξη σκέψης). (Powell, 2001)

Κίνητρα

Τα παιδιά με αυτισμό δεν έχουν εσωτερικά κίνητρα για να επιτύχουν σε κάτι, δεν έχουν αίσθημα ανταγωνισμού, ούτε νιώθουν χαρά για μια επιτυχία τους, αλλά ούτε και λύπη για κάποια αποτυχία τους. Ο έπαινος δεν τους αγγίζει συναισθηματικά, αλλά ούτε επιδρά στη συμπεριφορά τους. Γι αυτό το λόγο δεν έχουν προθυμία να συμμετέχουν σε νέες δραστηριότητες, εκτός και αν είναι της επιλογής τους (εσωτερική ανταμοιβή). Δραστηριότητες που μπορεί να τους δώσουν κίνητρο μπορεί να είναι οι «έμμονες-τελετουργικές συμπεριφορές» τους, οι οποίες δεν τους κουράζουν και τους κινούν συνεχώς το ενδιαφέρον. (Powell, 2001)

«Θεωρία του νου»

Ένα από τα σημαντικότερα ελλείμματα των παιδιών με αυτισμό, αφορά την κατανόηση των ψυχικών καταστάσεων, όπως η σκέψη και το συναίσθημα. Με αυτήν την θεωρία μπορεί να εξηγηθεί το γεγονός γιατί πολλές φορές τα παιδιά με αυτισμό φοβούνται τους γύρω του ή χτυπάνε όποιον προσπαθήσει να έρθει σε επαφή μαζί τους. Οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να προβλέπουν συμπεριφορές των άλλων. Αυτό το επιτυγχάνουν «μπαίνοντας» στην θέση των άλλων, κάνοντας υποθέσεις για το τί πρόκειται οι άλλοι να κάνουν, σύμφωνα με τις δικές τους εμπειρίες ή βιώματα. Η δυσκολία πρόβλεψης της συμπεριφοράς από την πλευρά των παιδιών με αυτισμό, καθιστά τους γύρω τους απρόβλεπτους και επομένως “τρομακτικούς” και “απωθητικούς”. (RITA JORDAN, 2000)

3.4. Παιδιά με αυτισμό και διατροφικές διαταραχές

Τα παιδιά τυπικής αλλά και μη τυπικής ανάπτυξης περνούν από αναπτυξιακά στάδια που διαφέρουν από παιδί σε παιδί. Όπως είναι φυσιολογικό να μαθαίνουν να αυτοσιτίζονται, να δοκιμάζουν νέες τροφές, να μην τρώνε πράγματα που δεν είναι φαγώσιμα, και να ακολουθούν κανόνες συμπεριφοράς στο τραπέζι. Παρομοίως, στα ίδια παιδιά μπορεί να μην τους αρέσουν κάποια φαγητά, να αρνούνται να φάνε ή και να προτιμούν να μείνουν νηστικά από το να δοκιμάσουν μια συγκεκριμένη τροφή (SCHOPLER, 1999).

Τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού συχνά παρουσιάζουν μια ποικιλία διαταραχών σίτισης. Σύμφωνα με τους Field, περίπου το 2% των αυτιστικών παιδιών φαίνεται να έχουν επιλεκτικότητα ως προς την λήψη τροφής. Το δισαιτολόγιο τους αποτελείται κατά κύριο λόγο από αμυλούχα τρόφιμα. Μπορεί να παρουσιάζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ ή ΓΟΠΝ) και χρόνια δυσκοιλιότητα, τα οποία προκαλούν δυσλειτουργία σίτισης. Τα παιδιά με αυτισμό, παρουσιάζουν τυποποιημένη συμπεριφορά και άρνηση πραγματοποίησης αλλαγών κατά την διάρκεια των γευμάτων τους. (Michael E. Groher, 2007)

Με τον καιρό όμως οι γονείς το ξεπερνούν με τη βοήθεια του παιδίατρου, ο οποίος επιβεβαιώνει ότι η συμπεριφορά των παιδιών τους ως προς το φαγητό θα βελτιωθεί από μόνη της, χωρίς να υπάρχει λόγος ανησυχίας. Στην περίπτωση όμως των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, η αναπτυξιακή ακολουθία μπορεί να είναι αργή ή και καθυστερημένη. Αρκετές είναι οι αντιδραστικές συμπεριφορές των παιδιών με αυτισμό κατά την διάρκεια του φαγητού. Επίσης, γονείς αναφέρουν ότι τα παιδιά τρώνε μη εδώδιμα πράγματα. Παρακάτω αναφέρεται ένα περιστατικό με γονείς που για να αποτρέψουν το αυτιστικό παιδί τους από τον κίνδυνο, επενδύουν στην εφευρετικότητα τους ώστε να κάνουν την καθημερινότητα του πιο εύκολη. (SCHOPLER, 1999)

“Όταν ο Jim είχε μόλις αρχίσει να περπατάει, βρισκόταν σε διαρκή και γρήγορη κίνηση και δεν έδινε καμία προσοχή σε ό,τι του λέγαμε. Μάζευε ό,τι έβρισκε από το πάτωμα και το έβαζε στο στόμα του. Όταν του δώσαμε μια πιπίλα και

την κρεμάσαμε στο λαιμό του έτσι ώστε να την έχει πάντα πρόχειρη, άρχισε να βάζει αυτή στο στόμα του και τίποτε άλλο.” (SCHOPLER, 1999)

“Ο γιός μου ο Rick συνήθιζε να τρώει όλων των ειδών τα μη εδώδιμα πράγματα (χαλίκια, κάλτσες κ.ο.κ) έως ότου σταμάτησα να αντιδρώ. Όταν είδε ότι δεν αντιδρούσα καθόλου, με πλησίασε και μου είπε «έφαγα σπάγκο». Και πάλι δεν αντέδρασα γιατί είχα προσέξει ότι το κομμάτι που έφαγε ήταν μικρό. Τώρα έχει σταματήσει να τρώει ό,τι βρίσκει μπροστά του” (SCHOPLER, 1999)

Τα αυτιστικά παιδιά τείνουν να έχουν περιορισμένο διαιτολόγιο, περιορισμένες διατροφικές προτιμήσεις ή και ανεπαρκή διατροφή. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την μη επαρκή λήψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και μακροπρόθεσμα σοβαρό πρόβλημα στην υγεία του παιδιού. (SCHOPLER, 1999)

“Ο Rami δυο χρονών, αρνιόταν να φάει οποιαδήποτε στερεή τροφή για πολύ καιρό. Τις εισήγαγα με επιτυχία δίνοντάς του στην αρχή ένα μπισκότο βουτύρου που έλιωνε γρήγορα στο στόμα του. Άρχισε να φοβάται λιγότερο και να δαγκώνει τα μπισκότα μόνος του. Μετά από δυο εβδομάδες ήταν πρόθυμος να δαγκώσει και άλλες τροφές.” (SCHOPLER, 1999)

“Για πολύ καιρό, ο γιός μου ο Jason έτρωγε μόνο άσπρες τροφές : γάλα, ψωμί, πατάτες, αλεύρι, γιαούρτι κ.ο.κ. Ποτέ δεν θέλησα να μετατρέψω το φαγητό του σε δυσάρεστη εμπειρία και ήλπιζα ότι θα ξεπερνούσε αυτό το στάδιο. Αλλά και όταν έγινε πέντε χρονών, συνέχισε να επιμένει στις χρωματικές του προτιμήσεις. Χρησιμοποίησα την ακόλουθη τεχνική : άρχισα να προσθέτω ελαφρώς χρωματισμένα συστατικά στις άσπρες τροφές, αλλάζοντας πάρα πολύ αργά το χρώμα σε διάστημα αρκετών ημερών. Νομίζω ότι δεν παρατήρησε αυτές τις μικρές αλλαγές. Η συγκεκριμένη τεχνική ήταν αποτελεσματική και τον έκανε να αποδεχτεί πολλές διαφορετικές τροφές.” (SCHOPLER, 1999)

Υπάρχουν όμως και οι περιπτώσεις στα οποίες τα παιδιά με αυτισμό δείχνουν να είναι πεινασμένα συνεχώς, να τρώνε και ποτέ να μην είναι χορτασμένα.

“Ο αυτιστικός γιος μου ο Tod, δώδεκα χρονών, φαίνεται να πεινάει συνέχεια, δεν χορταίνει ποτέ όσο και να φάει. Το βάρος του έχει γίνει πια πρόβλημα και αναγκάστηκα να μην του γεμίζω το πιάτο του και Τρίτη φορά. Δεν καταλαβαίνει τι του λέω, γι’ αυτό άφηνα στο τηγάνι όσο φαγητό χρειαζόταν για να του γεμίσω και δεύτερη φορά το πιάτο του και του φώναζα να το δει. Τότε καταλάβαινε ότι δεν είχε και άλλο. Η πείνα του δεν αποτελεί πια πρόβλημα τώρα που καταλαβαίνει γιατί δεν του δίνω περισσότερο φαγητό.” (SCHOPLER, 1999)

Οι κανόνες και οι κατάλληλες συμπεριφορές που απαιτούνται κατά την διάρκεια του φαγητού στο τραπέζι, δεν είναι εκ γενετής χάρισμα κάθε ανθρώπου. Σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης είναι εφικτό να διδαχθούν πρότυπα συμπεριφοράς παρέχοντας τους λεκτικές οδηγίες για το πώς να φέρονται και να τηρούν τους κανόνες συμπεριφοράς. Η εκπαίδευση αυτών των κανόνων συμπεριφοράς, στα παιδιά με αυτισμό δεν γίνεται πάντα εφικτή, λόγω της «προβληματικής» συμπεριφοράς τους (ταχεία κατανάλωση φαγητού, παιχνίδι με το φαγητό, αλόγιστη ακαταστασία). (SCHOPLER, 1999)

“Ο Shad, εξήμιση χρονών, έτρωγε πάντοτε βιαστικά. Χρησιμοποιούσε το αριστερό του χέρι για να μπουκώνει το στόμα του με φαγητό και έπρεπε να του υπενθυμίζουμε συνέχεια να χρησιμοποιεί μόνο το ένα χέρι του. Του δώσαμε να κρατάει μια πετσέτα στο αριστερό του χέρι και έτσι εξαλείψαμε αυτό το πρόβλημα. Είχε άμεσο αποτέλεσμα. Τώρα τρώει πολύ καλύτερα.” (SCHOPLER, 1999)

4. Σκοπός και Υπόθεση Έρευνας

Αρχικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η χρήση του BPFAS (Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale), που είναι σταθμισμένο στα Ελληνικά, να χορηγηθεί πιλοτικά σε γονείς παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές και σε γονείς/ φροντιστές παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης, με σκοπό την αξιολόγηση της συμπεριφοράς της σίτισης των παιδιών τους. Δευτερεύων σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση των γονέων/ φροντιστών, σχετικά με την ποιότητα και την επάρκεια της Κλίμακας.

4.1. Μεθοδολογία

Σε αυτήν την ενότητα θα αναλύσουμε τη διαδικασία συλλογής και επεξεργασίας των πληροφοριών της έρευνας.

Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε η Κλίμακα Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς των Παιδιών (Τυπικής Ανάπτυξης- Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές) κατά τη Σίτιση, «BPFAS». Η Κλίμακα αυτή είναι σταθμισμένη και έχει Πολιτισμική προσαρμογή στα Ελληνικά και έχει ως σκοπό την ανίχνευση διαταραχών σίτισης στα παιδιά.

Για τις ανάγκες της έρευνας, επιλέχθηκε ένα δείγμα παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης και ένα δείγμα παιδιών με ΔΑΔ. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο ΚΟΙ.ΚΕ.ΨΥ.ΠΕ, του «Βενιζελείου- Πανάνειου» Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, στην Κρήτη και διήρκησε 3 μήνες. Οι πληροφορίες και τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τους γονείς των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα, αλλά και από τους φακέλους των ίδιων των παιδιών. Η ηλικιακή κλίμακα του δείγματος ήταν 5-10 έτη.

Για την υλοποίηση του σκοπού της έρευνας, αρχικά δόθηκε ένα έντυπο συναίνεσης στους γονείς των παιδιών για να το διαβάσουν και να το υπογράψουν σε περίπτωση που ήθελαν να λάβουν μέρος στην έρευνα. Στο έντυπο συναίνεσης καταγράφονταν ο σκοπός, η διαδικασία, οι προσδοκώμενες ωφέλειες, η ανωνυμία και η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Ο ερευνητής πήρε πληροφορίες από τους φακέλους των παιδιών σχετικά με το ιατρικό ιστορικό των παιδιών που αφορούσαν την

ημερομηνία γέννησης, πιθανή διάγνωση- περιγραφή προβλήματος, οικογενειακό κληρονομικό ιστορικό, προγεννητικές και περιγεννητικές πληροφορίες, ιατρικές πληροφορίες, μεταγεννητικές και σχολικές πληροφορίες. Στη συνέχεια, οι γονείς συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο «Κλίμακα Αξιολόγησης της Συμπεριφοράς των Παιδιών κατά τη Σίτιση BPFAS».

Το BPFAS είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο έχει σταθμιστεί στα Ελληνικά και έχει Πολιτισμική Προσαρμογή, και χρησιμοποιείται για την ανίχνευση διαταραχών σίτισης στα παιδιά. Μέλη της στάθμισης του ερωτηματολογίου ήταν η Κατερίνα Σδράβου, ο Αθανάσιος Ευαγγελίου, η Φωτεινή Σωτηριάδου, η Κυριακή Τεντζίδου, η Ελεάννα Στασινού και η Μαρία Φωτουλάκη.

Η ελληνική αυτή εκδοχή του BPFAS είναι αξιόπιστη και έγκυρη για την ανίχνευση των διαταραχών σίτισης. Η παραγοντική ανάλυση προβάλλει χρήσιμα στοιχεία που συνεισφέρουν στην αξιολόγηση της συμπεριφοράς κατά τη σίτιση στον ελληνικό πληθυσμό Το G-BPFAS που σταθμίστηκε με την παρούσα έρευνα είναι το πρώτο ερωτηματολόγιο για τις διαταραχές σίτισης στην ελληνική γλώσσα.

Κριτήρια συμμετοχής του BPFAS είναι παιδιά τυπικής ανάπτυξης (1-7 ετών) και Έλληνες γονείς. Κριτήρια αποκλεισμού: ιατρικό ιστορικό που ενδέχεται να επηρεάσει την κατάποση και τη σίτιση, όπως προωρότητα, αναπτυξιακές και χρόνιες παθήσεις. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες (-35 μεταβλητές): 1^η ενότητα (25) συμπεριφορά παιδιού, 2^η ενότητα (10) συναισθήματα και στρατηγικές γονέων. Επίσης αποτελείται από έξι βαθμολογίες, οι οποίες είναι : Συνολικό άθροισμα συχνότητας συμπεριφοράς (ΣΑΣ) και Συνολικό άθροισμα προβλημάτων (ΣΑΠ). Σε δείγμα 100 παιδιών (55% αγόρια) ηλικίας 1-7 ετών (Μ.Τ ηλικίας 4.1 ±1.7) τα αποτελέσματα ήταν τα εξής :

- Μέση Τιμή ΣΑΣ 62 ± 15 (Min score =35, Max score =111)
- Μέση Τιμή ΣΑΠ 6.2±6.3 (Min score=0, Max score=29)

Για τον υπολογισμό των ΣΑΣ και ΣΑΠ τα βήματα που ακολουθήθηκαν ήταν τα εξής :

1. Πρόσθεση όλων των σκορ συχνότητων μαζί, όλων των ερωτήσεων (Αποτέλεσμα 1).

2. Πρόσθεση των σκορ συχνοτήτων των ερωτήσεων 1,3,5,6,8,9,16,18,29,30 (Αποτέλεσμα 2).
3. (Αποτέλεσμα 1) – (Αποτέλεσμα 2) = (Αποτέλεσμα 3)
4. 60– (Αποτέλεσμα 2)= (Αποτέλεσμα 4)
5. (Αποτέλεσμα 3) + (Αποτέλεσμα 4) = (ΣΑΣ)
6. Μέτρηση του αριθμού των «ΝΑΙ» , που είναι κυκλωμένα στο ερωτηματολόγιο = (ΣΑΠ)

Η ηλικία και το φύλο δεν είχαν επίδραση στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου. Υψηλότερες βαθμολογίες αντιστοιχούν σε περισσότερες προβληματικές συμπεριφορές και αναδεικνύουν μεγαλύτερες πιθανότητες ύπαρξης διαταραχών σίτισης. Υπήρξε υψηλή αξιοπιστία στην επαναχορήγησή της μετά από 14 ημέρες (correlation coefficient >0.7)

- Υψηλοί δείκτες ευαισθησίας και ειδικότητας
- Οριακό σημείο διαχωρισμού ΣΑΣ =85 (AUC : 82.9%, ευαισθησία 72,7%, ειδικότητα 93%)
- Οριακό σημείο διαχωρισμού ΣΑΠ =9 (AUC: 78,4%, ευαισθησία 81,8%, 75% ειδικότητα)

Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε 4 παράγοντες/ομάδες ερωτήσεων:

- άρνηση σίτισης
- Στοματο-κινητικοαισθητηριακά προβλήματα
- τροφική νεοφοβία και επιλεκτική σίτιση
- δυσλειτουργικές συμπεριφορές

BEHAVIORAL PEDIATRICS FEEDING ASSESSMENT (BPFAS)

Όνομα

Παιδιού:.....

.....Ημ. Γέννησης:/...../.....

Όνοματεπώνυμο ατόμου που συμπλήρωσε τη
 φόρμα:.....

Οδηγίες: στη συνέχεια υπάρχουν κάποιες προτάσεις που περιγράφουν τις συμπεριφορές του παιδιού κατά τη σίτιση και τα συναισθήματα του γονέα σχετικά με αυτές τις συμπεριφορές ή τους τρόπους με τον οποίους διαχειρίζεται.

| | | ΠΟΤ Ε | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | | | | ΠΑΝΤ Α | ΠΡΟΒΛΗ ΜΑ ΓΙΑ ΣΕΝΑ | |
|---------------|---|----------|------------------|---|---|---|-----------|--------------------------|--|
| ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΟΥ: | | | | | | | | | |
| 1. | Τρώει φρούτα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 2. | Δυσκολεύεται να μασήσει την τροφή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 3. | Απολαμβάνει το φαγητό. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 4. | Πνίγεται ή έχει τάση προς έμετο κατά τη διάρκεια των γευμάτων. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 5. | Θα δοκιμάσει νέα φαγητά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 6. | Τρώει κρέας και /ή ψάρι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 7. | Χρειάζεται περισσότερο από 20 λεπτά για να ολοκληρώσει το γεύμα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 8. | Πίνει γάλα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 9. | Προσέρχεται στα γεύματα με προθυμία. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 10. | Τρώει πρόχειρο φαγητό/ σνακ αλλά δεν τρώει κατά τη διάρκεια του γεύματος. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 11. | Κάνει εμετό αμέσως πριν, κατά τη διάρκεια, ή αμέσως μετά το γεύμα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 12. | Τρώει μόνο ψιλοκομμένες, αλεσμένες ή μαλακές τροφές. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 13. | Σηκώνεται από το τραπέζι κατά τη διάρκεια του γεύματος. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 14. | Κρατάει την τροφή στο στόμα του και δεν την καταπίνει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 15. | Γκρινιάζει ή κλαίει την ώρα του φαγητού. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 16. | Τρώει λαχανικά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 17. | Νευριάζει κατά τη διάρκεια των γευμάτων. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 18. | Τρώει αμυλούχες τροφές (για παράδειγμα πατάτες, ζυμαρικά) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 19. | Έχει μειωμένη όρεξη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 20. | Φτύνει το φαγητό. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 21. | Καθυστερεί κατά τη διάρκεια του φαγητού επειδή μιλάει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |
| 22. | Προτιμάει να πίνει παρά να τρώει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ΝΑΙ | ΟΧΙ | |

| | | | | | | | | |
|---------|--|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 23. | Αρνείται να φάει κατά τη διάρκεια των γευμάτων αλλά ζητάει φαγητό αμέσως μετά το γεύμα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 24. | Προσπαθεί να διαπραγματευτεί τι θα φάει και τι δε θα φάει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 25. | Έχει χρειαστεί συμπληρωματική σίτιση με καθετήρα για να διατηρηθεί η κατάλληλη διατροφική πρόσληψη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| ΓΟΝΕΑΣ: | | | | | | | | |
| 26. | Αισθάνομαι απογοήτευση και/ή άγχος όταν ταΐζω το παιδί μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 27. | Καλοπιάνω το παιδί μου για να το καταφέρω να φάει μια μπουκιά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 28. | Χρησιμοποιώ απειλές για να κάνω το παιδί μου να φάει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 29. | Αισθάνομαι βεβαιότητα ότι το παιδί μου τρώει όσο πρέπει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 30. | Αισθάνομαι σιγουριά για την ικανότητά μου να διαχειριστώ τη συμπεριφορά του παιδιού μου κατά τη διάρκεια του γεύματος. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 31. | Εάν δεν αρέσει στο παιδί μου αυτό που του μαγειρεύω, ετοιμάζω κάτι άλλο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 32. | Όταν το παιδί μου αρνιόταν να φάει, έβαζα την τροφή στο στόμα του βίαια εάν ήταν απαραίτητο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 33. | Διαφωνώ με άλλους ενήλικες (για παράδειγμα με σύζυγο, παππούδες) για το πώς πρέπει να ταΐσω το παιδί μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 34. | Αισθάνομαι ότι το πρότυπο σίτισης του παιδιού μου βλάπτει γενικότερα την υγεία του. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |
| 35. | Θυμώνω τόσο πολύ με το παιδί μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων που χρειάζεται λίγος χρόνος για να ηρεμήσω μετά το γεύμα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NAI | OXI |

Για τον σκοπό της έρευνας αυτής υπήρχαν δύο κριτήρια αποκλεισμού. Το δείγμα έπρεπε να ανήκει στην ηλικιακή κλίμακα 5-10 έτη και τα παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης να μην έχουν κάποια διαγνωσμένη διαταραχή (κάποιο ιατρικό πρόβλημα, αναπτυξιακού τύπου διαταραχή ή άλλη διαταραχή που να παρεμποδίζει την σίτιση ή/ και κατάποση). Τα στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν , αναρτήθηκαν σε πίνακες Excel και αναλύθηκαν περιγραφικά.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια ποιοτική μελέτη. Πραγματοποιήθηκε πρόσωπο με πρόσωπο με τους γονείς/ φροντιστές των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα. Με τον όρο ποιοτική μελέτη εννοούμε ένα σύνολο

ερευνητικών και διερευνητικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται σε διάφορες επιστήμες για να αποκωδικοποιήσουν, να μεταφράσουν, να περιγράψουν και να αποδώσουν κάποιο νόημα σε ένα φαινόμενο. Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας εξηγούν και αναλύουν τους λόγους εμφάνισης των φαινομένων και όχι τη συχνότητα και τα ποσοστά εμφάνισης των φαινομένων. (Ζαφειρόπουλος, 2015).

5. Αποτελέσματα

Το BPFAS έχει υψηλούς δείκτες ευαισθησίας και ειδικότητας και αυτό διαπιστώνεται στα παρακάτω :

- Αν η συνολική βαθμολογία συχνότητας > 84 , κρίνεται ότι είναι σημαντικά υψηλότερη από το Μέσο Φυσιολογικό Όρο..
- Αν η συνολική βαθμολογία προβλήματος > 9 , κρίνεται ότι είναι σημαντικά υψηλότερη από το Μέσο Φυσιολογικό Όρο.

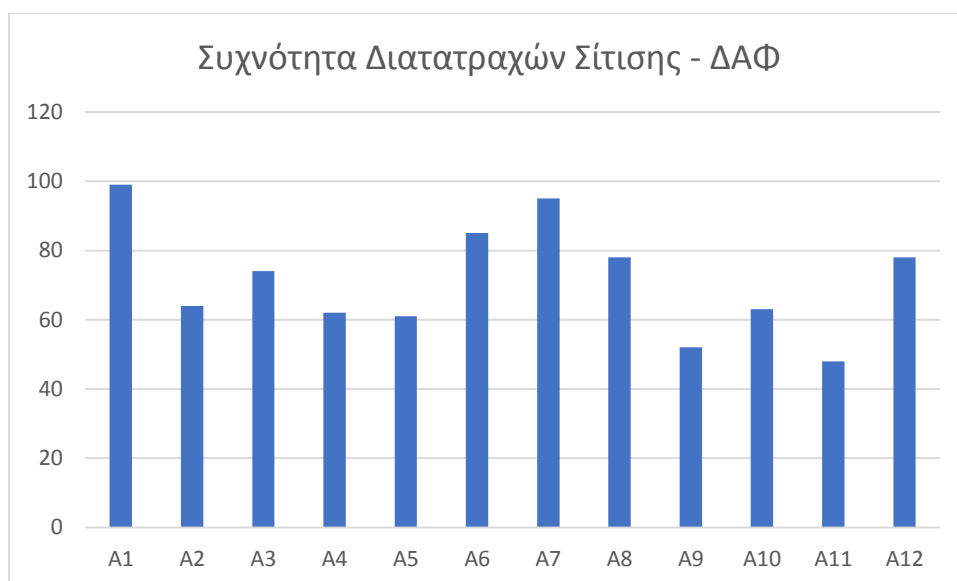
| • | | ΔΑΔ | | Τυπικής Ανάπτυξης | |
|------------------------------------|---------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|
| | | M.O. ± T.A. | Εύρος | M.O. ± T.A. | Εύρος |
| Πληθυσμός | | 12 | | 12 | |
| Ηλικία | | 9.5 ± 2.6 | 5-10 | 6.5 ± 1,2 | 5-9 |
| Στοματική Σίτιση | | 12/12 | | 12/12 | |
| Θηλασμός (Συνολική Περίοδος) | | 6.5 ± 8.9 | | 12.6 ± 8.3 | |
| Κινητική Ανάπτυξη | (μήνες) | 15 ± 3.7 | | 13 ± 3.1 | |
| Ομιλία - Ορόσημο | | 21.4 ± 15.3 | | 17 ± 9 | |
| Σίτιση | Στερεές Τροφές | 12/12 | | 12/12 | |
| | Πολτοποιημένες Τροφές | 12/12 | | 12/12 | |
| Ιατρικά Θέματα | Υπερτροφικές αμυγδαλές | 1/12 | | 1/12 | |
| | ΓΟΠ | 1/12 | | 1/12 | |
| | Άπνοιες | 0/12 | | 1/12 | |
| | Διαβήτης | 0/12 | | 1/12 | |
| | Ίκτερος | 0/12 | | 1/12 | |
| | Αλλεργία | 1/12 | | 1/12 | |
| | Ωτίτιδες στραβισμός | 1/12 | | 0/12 | |
| Φαρμακευτική Αγωγή | | 0/12 | | 1/12 (ινσουλίνη) | |

Πίνακας 1. Παραπάνω παρατίθενται τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης και παιδιών με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές

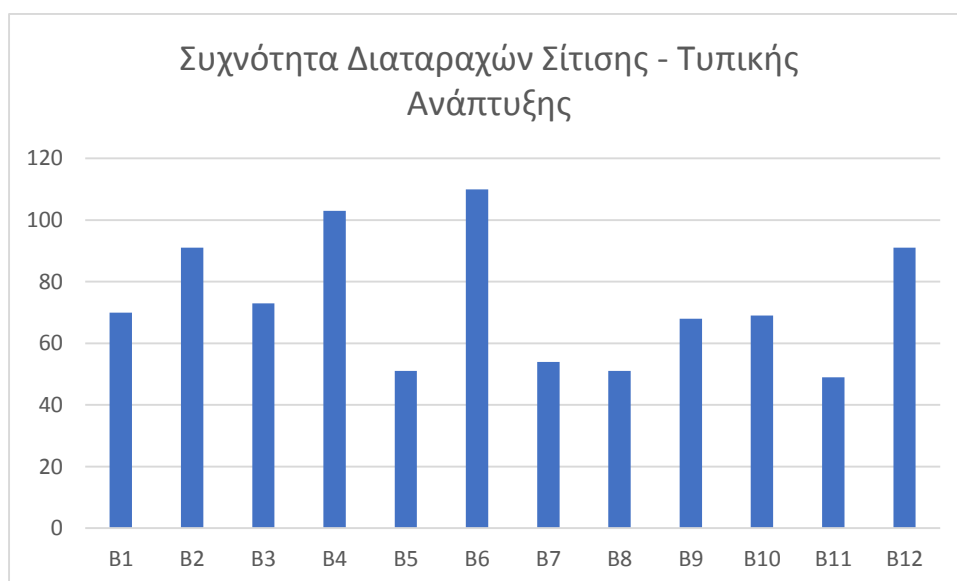
Ο μέσος όρος του συνολικού σκορ συχνότητας των διαταραχών σίτισης στα παιδιά με ΔΑΦ ήταν κατά μέσο όρο 71.5 ± 16 ενώ στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης $73,3 \pm 21$. Ο μέσος όρος του συνολικού σκορ για το 'problemscoring' από τους γονείς ήταν για τα παιδιά με ΔΑΦ 10.1 ± 7.8 και για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης 10.3 ± 10.7 .

Παρακάτω παρατηρούνται ανά παιδί τα σκορ για τη συχνότητα και το 'problemscoring' για τα παιδιά με ΔΑΦ και τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη.

Πίνακας 2



Πίνακας 3



Όπως φαίνεται από τα διαγράμματα υπάρχουν συγκεκριμένα παιδιά στην ομάδα των παιδιών με ΔΑΦ που ξεπερνούν το κατώφλι 85 (Sdravou et al, 2018), πιο συγκεκριμένα τα παιδιά A1, A6 και A7. Το ίδιο ισχύει και για συγκεκριμένα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, τα οποία είναι B2, B4, B6, B12.

Όσον αφορά τα παιδιά με ΔΑΔ, 3 παιδιά από τα 12 (A1, A6, A7) έχουν συχνότητα διαταραχών σίτισης υψηλότερη από 85, ενώ τα 9 παιδιά από τα 12 φαίνεται να μην παρουσιάζουν συμπτώματα διαταραχής σίτισης. Συμφώνα με

τη βιβλιογραφία τα παιδιά με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές παρουσιάζουν μια ποικιλία διαταραχών σίτισης, όπως για παράδειγμα άρνηση τροφής, τροφική επιλεκτικότητα, τυποποιημένη συμπεριφορά κατά τη σίτιση και άλλα παραδείγματα συμπεριφοράς, τα οποία έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες ενότητες της εργασίας αυτής. Παρόλο λοιπόν, που θα έπρεπε τα παιδιά με ΔΑΔ σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά συχνότητας διαταραχών σίτισης, στην έρευνα αυτή παρατηρείται ότι αυτό δεν υφίσταται. Πιο αναλυτικά, τα προφίλ των Α1, Α6, και Α7 έχουν ως εξής : το παιδί Α1 είχε υψηλό Δείκτη Νοημοσύνης, ιστορικό με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και έμετο, θηλασμός για 3 μήνες, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, ενώ η κινητική ανάπτυξη και η ανάπτυξη ομιλίας αναπτύχθηκαν φυσιολογικά. Το Α6 είχε επίσης υψηλό δείκτη νοημοσύνης, πέρασε μηνιγγίτιδα, θήλασε για 1 μήνα, κινητικά αναπτύχθηκε στους 14 μήνες, και η ομιλία του στους 24 μήνες. Το Α7 είχε πολύ χαμηλό Δείκτη Νοημοσύνης, θήλασε για μισό μήνα, έτρωγε αλεσμένα μέχρι δυο ετών, κινητικά και γλωσσικά καθυστέρησε αρκετά να αναπτυχθεί, είχε εμμονές και αισθητηριακού τύπου δυσκολίες.

Τα παιδιά που δεν έχουν συχνότητα διαταραχών σίτισης > 84 είναι τα Α2, Α3, Α4, Α5, Α8, Α9, Α10, Α11, Α12. Στην περίπτωση αυτών παρατηρούνται τα εξής :

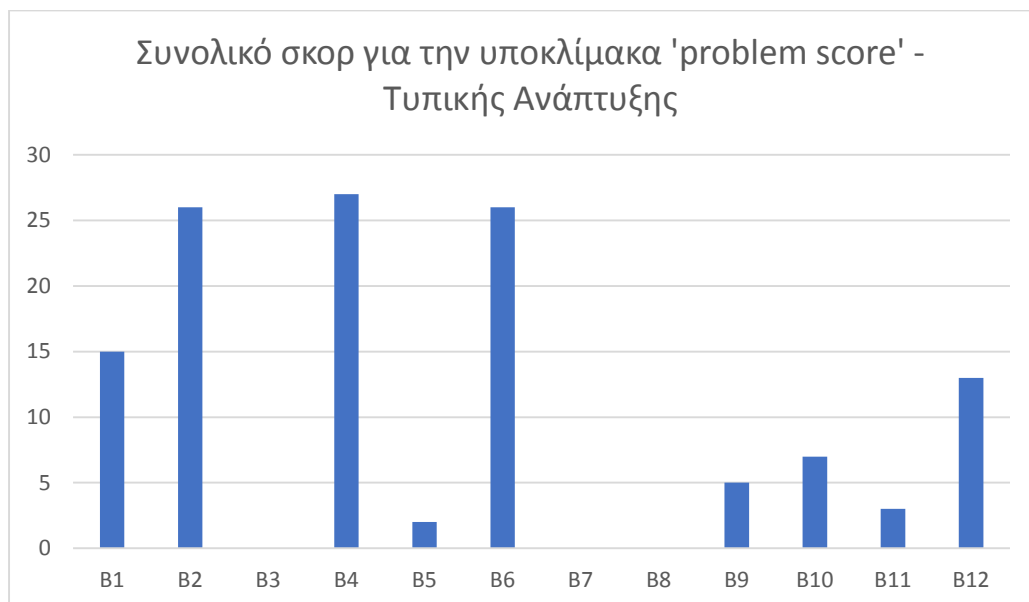
- Για παράδειγμα, τα Α3, Α4, Α8 είχαν χαμηλό Δείκτη Νοημοσύνης.
- Το Α2 είχε Διαβήτη, διάφορες αλλεργίες.
- Και τα 8 παιδιά, (εκτός από το Α11) είχαν μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες όπως είναι αναμενόμενο, κάποια είχαν εμμονές, κάποια δεν άντεχαν το άγγιγμα, ενώ κάποια άλλα είχαν αισθητηριακά προβλήματα.
- Και τα 9 παιδιά θήλασαν. Τα Α2, Α3, Α4, Α8, Α12 θήλασαν για λιγότερο από 3 μήνες. Το Α5 θήλασε για 6 μήνες, το Α9 για 18 μήνες, το Α10 για 30 μήνες, και το Α11 για 10 μήνες
- Τα Α2, Α4, Α8, Α9 αναπτύχθηκαν κινητικά μετά τους 18 μήνες.
- Τα Α2, Α3, Α8 και Α11 αναπτύχθηκαν γλωσσικά μετά τους 24 μήνες.

Όσον αφορά, τα παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης αναμένεται να μην παρουσιάζουν διαταραχή στη σίτιση τους και τα αποτελέσματα της

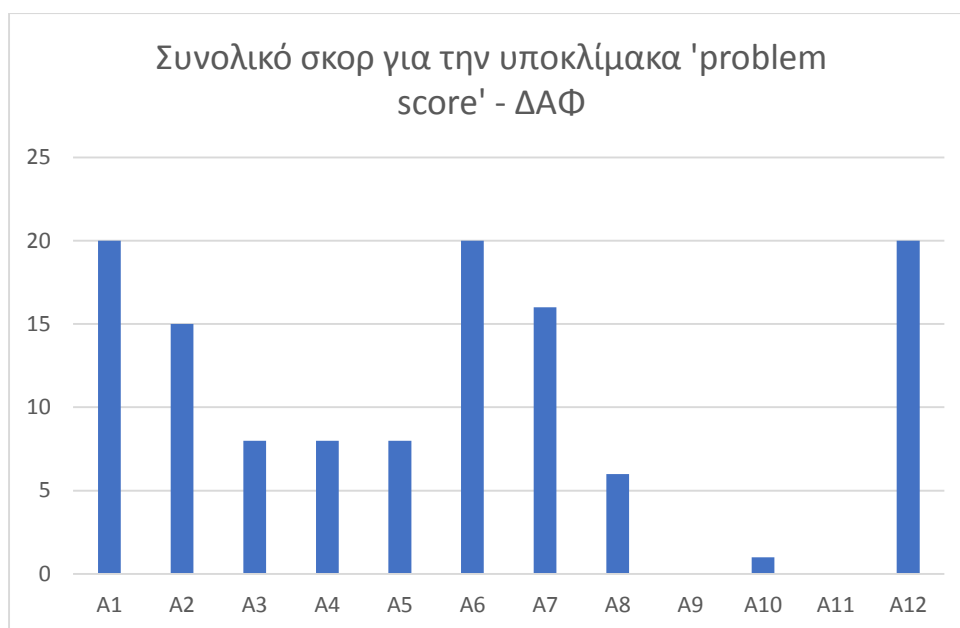
συχνότητας στο διάγραμμα που παρατίθεται παραπάνω, να είναι μικρότερη από 85. Παρόλα αυτά, στο διάγραμμα παρατηρείται ότι 4 παιδιά από τα 12 (B2, B4, B6, B12), φαίνεται να έχουν κάποια διαταραχή σίτισης. Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά η κάθε περίπτωση:

- Το B2, B3 είχαν διαγνωσθεί με διαταραχή στην ομιλίας τους.
- Τα B6, B12 δεν θήλασαν, ενώ τα B2, B4 θήλασαν πάνω από 9 μήνες.
- Το B4 πήρε μπιμπερό μέχρι 5 χρονών.
- Το B6 είχε Διαβήτη τύπου 1 και ήταν ινσουλινοεξαρτώμενος.
- Το B2 αναπτύχθηκε κινητικά στους 24 μήνες, ενώ το B4 στους 40 μήνες.

Πίνακας 4



Πίνακας 5



Όπως φαίνεται από τα διαγράμματα υπάρχουν συγκεκριμένα παιδιά στην ομάδα των παιδιών με ΔΑΦ που ξεπερνούν το κατώφλι 9 (Sdravou et al, 2018), τα οποία είναι A1, A2, A6, A7, A12. Το ίδιο ισχύει και για συγκεκριμένα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, τα οποία είναι B1, B2, B4, B6, B12. Και για τις δύο αυτές κατηγορίες το ΣΑΠ κρίνεται ότι είναι σημαντικά υψηλότερο από το Μέσο Φυσιολογικό Όρο.

6. Συζήτηση

Αρχικά, ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η αξιολόγηση της συμπεριφοράς των δύο ομάδων παιδιών (παιδιά με Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές και παιδιά τυπικής ανάπτυξης) για την πιο έγκαιρη ανίχνευση των διαταραχών σίτισης. Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε πιλοτικά η Κλίμακα Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (BPFAS), η οποία ήταν ήδη σταθμισμένη στα Ελληνικά και έχει διαπολιτισμική προσαρμογή. Το G-BPFAS είναι το πρώτο ερωτηματολόγιο για τις διαταραχές σίτισης στην ελληνική γλώσσα.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χορήγηση του BPFAS, μπορούν να ερμηνευθούν μέσα από δύο αθροιστικές βαθμολογίες : α) ΣΑΣ, που είναι το συνολικό άθροισμα συχνότητας συμπεριφοράς και β) ΣΑΠ, που είναι το συνολικό άθροισμα προβλημάτων.

Ειδικότερα, όσον αφορά το ΣΑΣ, αυτή όταν είναι πάνω από 84 κρίνεται ότι είναι σημαντικά υψηλότερη από το Μέσο Φυσιολογικό Όρο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην κατηγορία παιδιών με ΔΑΔ, τρία παιδιά (Α1, Α6 και Α7) σημείωσαν ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το φυσιολογικό, δηλαδή πάνω από 84 στη συχνότητα αυτή και συνεπώς αυτά τα παιδιά εμφανίζουν διαταραχή σίτισης. Λαμβάνοντας υπόψιν και την βιβλιογραφία τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού συχνά παρουσιάζουν μια ποικιλία διαταραχών σίτισης. Για παράδειγμα, μπορεί να έχουν επιλεκτικότητα ως προς την λήψη τροφής, το διαιτολόγιο τους να αποτελείται κατά κύριο λόγο από αμυλούχα τρόφιμα, μπορεί να παρουσιάζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (ΓΟΠ ή ΓΟΠΝ) και χρόνια δυσκοιλιότητα, τα οποία προκαλούν δυσλειτουργία σίτισης. Επίσης, μπορεί να παρουσιάζουν τυποποιημένη συμπεριφορά και άρνηση πραγματοποίησης αλλαγών κατά την διάρκεια των γευμάτων τους. (Michael E. Groher, 2007)

Όσον αφορά την κατηγορία παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 4 παιδιά από τα 12 (Β2, Β4, Β6, Β12), σημείωσαν ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το φυσιολογικό, δηλαδή πάνω από 84

στη συχνότητα αυτή και συνεπώς αυτά τα παιδιά ενδέχεται να εμφανίζουν διαταραχή σίτισης. Πιθανοί παράγοντες που μπορεί να έχουν επηρεάσει τα αποτελέσματα αυτά, είναι η ύπαρξη διαταραχής ομιλίας, ο θηλασμός (αν θήλασε ή όχι και για πόσο διάστημα), πότε έκοψε το μπιμπερό, ύπαρξη Διαβήτη, κινητική ανάπτυξη.

Σημαντικό εύρημα είναι ότι υπήρξαν περισσότερα παιδιά Τυπικής Ανάπτυξης (4/12) που σημείωσαν ποσοστό ΣΑΣ μεγαλύτερο του 84, σε σχέση με τα παιδιά με ΔΑΔ (3/12) που θα ήταν 'αναμενόμενο', θα αναμέναμε αυτό το αποτέλεσμα συνυπολογίζοντας το επιβαρυνμένο ιστορικό των παιδιών με ΔΑΔ, ενώ το αντίθετο αποτέλεσμα για τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης γνωρίζοντας ότι δεν έχουν κάποιο ιατρικό πρόβλημα από το ιστορικό τους που να επηρεάζει τη σίτιση.

Στη συνέχεια, όσον αφορά το ΣΑΠ, δηλαδή το συνολικό άθροισμα προβλημάτων, αν αυτό είναι μεγαλύτερο του 9, κρίνεται ότι είναι σημαντικά υψηλότερο από το Μέσο Φυσιολογικό Όρο. Τα αποτελέσματα για την κατηγορία των παιδιών με ΔΑΔ έδειξαν ότι 5/12 παιδιά (Α1, Α2, Α6, Α7, Α12) ξεπέρασαν το κατώφλι 9, το οποίο κρίνεται ως σημαντικά υψηλότερο από το Μέσο φυσιολογικό όρο (Sdravouetal, 2018). Στο αποτέλεσμα ΣΑΣ της αντίστοιχης κατηγορίας ΔΑΔ, βρέθηκε ότι 3/12 παιδιά φαίνεται να έχουν διαταραχή σίτισης. επομένως, το αποτέλεσμα ΣΑΠ μπορεί να υποδηλώνει τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις που μπορεί να έχει κάποιος γονιός-φροντιστής όσον αφορά την ορθή σίτιση του παιδιού του.

Αντίστοιχα, μπορούμε να παρατηρήσουμε στην κατηγορία παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης ότι 5/12 παιδιά (Β1, Β2, Β4, Β6, Β12), ξεπερνούν το κατώφλι 9, , το οποίο κρίνεται ως σημαντικά υψηλότερο από το Μέσο φυσιολογικό όρο (Sdravouetal, 2018). Στο αποτέλεσμα ΣΑΣ της ίδιας κατηγορίας παιδιών τυπικής ανάπτυξης, βρέθηκε ότι 5/12 παιδιά φαίνεται να έχουν κάποια διαταραχή σίτισης, το οποίο συμπίπτει ως προς τον αριθμό με το ΣΑΠ.

Τα αποτελέσματα από το συνολικό άθροισμα προβλημάτων ΣΑΠ, μπορεί να υποδηλώνουν πολιτισμικές διαφορές μεταξύ του ελληνικού λαού και όσον αφορά τις πεπτοιθήσεις, τις προσδοκίες και τις στάσεις σχετικά με τη διατροφή των παιδιών. Ωστόσο, χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να δικαιολογηθεί αυτή η παραδοχή.

Η παρούσα μελέτη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κλινικές περιπτώσεις από επαγγελματίες λογοθεραπευτές, για την αξιολόγηση της σίτισης σε παιδιά. Αυτό θα είναι εφικτό μόνο έπειτα από περαιτέρω διερεύνηση της μελέτης συμπεριλαμβάνοντας μεγαλύτερο δείγμα παιδιών και μεταβάλλοντας το ηλικιακό φάσμα από 5-10 χρονών που ήταν σε αυτήν την μελέτη, σε 5-6 χρονών. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα μικρότερο ηλικιακό εύρος και επομένως βελτιστοποίηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της έρευνας.

Βιβλιογραφία

- (ΠΟΥ), Π. Ο. (2011). *ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ICD-10 ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ*. ΓΕΝΕΥΗ: ΒΗΤΑ.
- Michael E. Groher, M. A. (2007). *ΔΥΣΦΑΓΙΑ , ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ*. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Peeters, T. (2000). *Αυτισμός, Από την θεωρητική κατανόηση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.
- Powell, R. J. (2001). *ΟΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ, ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΚΕΨΗΣ*. ΑΘΗΝΑ: Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ.
- RITA JORDAN, M. I. (2000). *Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΑΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ*. ΑΘΗΝΑ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.
- SCHORLER, E. (1999). *ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ*. Αθήνα: Ε.Ε.Π.Α.Α.
- Sherratt, I. B.-D. (2005). *Οδηγός εκπαίδευσης παιδιών με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές*. Ταξιδευτής.
- Αντώνης Καφάτος, Μ. Μ. (1993). *ΥΓΕΙΑ, ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΒΡΕΦΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*. Ηράκλειο Κρήτης: ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ.
- ΑΤΟΜΩΝ, Ε. Ε. (2001). *ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ ΥΨΗΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΥΣ ΠΟΥ ΝΟΙΑΖΟΝΤΑΙ)*. ΑΘΗΝΑ: Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ.
- Καμπανάρου, Δ. Μ. (2007). *Διαγνωστικά θέματα Λογοθεραπείας*. έλλην.
- Κώστας, Ζ. (2015). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία;*. Αθήνα: Κριτική.
- Μεσσήνης Λ., Α. (2001). *Διαταραχές Κατάποσης / Δυσφαγίας*. ΑΘΗΝΑ: Έλλην.
- Sdravou A, Evangeliou A, Tentzidou K, Sotiriadou F, Stasinou E, Fotoulaki M (2018). *The Behavioural Paediatrics Feeding Assessment Scale is a reliable and valid tool for Greek children*. Acta Pædiatrica 107, pp. 1653–1654