



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΕ ΤΥΠΙΚΑ  
ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ**

**ΚΑΡΑΚΑΣΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

**ΚΟΥΤΣΑΥΓΟΥΣΤΗ ΑΜΝΕΡΙΣ – ΚΑΛΛΙΟΠΗ**

**ΠΟΥΛΙΑΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**ΜΑΛΑΤΡΑ ΙΩΑΝΝΑ**

**ΠΑΤΡΑ, 2016**

*“Δεν μπορεί κάποιος να σκεφτεί καλά, να αγαπήσει καλά,  
να κοιμηθεί καλά, αν δεν έχει φάει  
καλά.”*

*Virginia Woolf, 1882-1941*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας κ. Ιωάννα Μαλατρά, που μέσα από τις γνώσεις της και την βοήθειά της καταφέραμε να μελετήσουμε ένα θέμα στο οποίο δεν υπάρχουν καταγραφές στην Ελλάδα μέχρι στιγμής. Την ευχαριστούμε θερμά για την εμπιστοσύνη της, την συνέπειά της και την παρέμβασή της σε όλους τους τομείς που αντιμετωπίσαμε δυσκολία.

Επιπλέον ευχαριστούμε την κ. Ματίνα Αυγέρου που ήταν ο συνδετικός κρίκος για να έρθουμε σε επαφή με τον παιδικό σταθμό του Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος και έτσι καταφέραμε να αποκτήσουμε μεγαλύτερο δείγμα.

Ιδιαίτερο ευχαριστώ οφείλουμε σε όλους τους γονείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα και έδωσαν την συγκατάθεση να μελετήσουμε όσα στοιχεία θα μας βοηθούσαν στα αποτελέσματα της ερευνάς μας. Ευχαριστούμε πολύ και όλα τα παιδάκια που μας επιβεβαίωσαν για ακόμη μια φορά πόσο όμορφο και δημιουργικό είναι να δουλεύεις μαζί τους.

Εν συνεχεία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του τμήματος Λογοθεραπείας για τις πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες τους που μας μετέφεραν τα χρόνια των σπουδών μας.

Τέλος ιδιαίτερο ευχαριστήριο θα θέλαμε να απευθύνουμε στους γονείς μας και τους δικούς μας ανθρώπους που ήταν δίπλα μας σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας και μας στήριξαν. Χωρίς αυτούς δεν θα είχε ξεκινήσει τίποτα.....

**Ευχαριστούμε πολύ για όλα.....**

*Άμνερικς*

*Αναστασία*

*Βιβιαν*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δεξιότητες αυτό-φροντίδας είναι τα βασικά καθήκοντα που εκτελούν καθημερινά όλοι από την παιδική μέχρι την ενήλικη ζωή. Οι δεξιότητες αυτό-φροντίδας είναι γνωστές ως Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ) και μαθαίνονται σχετικά νωρίς κατά την παιδική ηλικία.(Case-Smith & O' Brien, 2010)

Μια από τις ΔΚΖ είναι η αυτόνομη σίτιση. Η αυτόνομη σίτιση παρέχει ένα διασκεδαστικό και εύκολο τρόπο για ένα παιδί να διερευνήσει τις διάφορες αισθητηριακές εμπειρίες και αισθανθεί διαφορές αισθήσεις του. Είναι μια μεγάλη ευκαιρία για το παιδί να παίζει με διαφορετικές υφές και να αισθανθεί το τραχιά, υγρή, το στερεή, το μαλακή και την ολισθηρή υφή. Οι τροφές παρέχουν επίσης διαφορετικούς ήχους, μυρωδιές και γεύσεις. Η αυτόνομη σίτιση αναπτύσσει επιπλέον τη δύναμη και τον συντονισμό στα χέρια και τα δάκτυλα.

Επιπλέον, χρησιμοποιώντας πιρούνια, κουτάλια, και κύπελλα είναι μερικές από τις πρώτες ευκαιρίες για ένα παιδί να μάθει πώς να χρησιμοποιεί τα εργαλεία ώστε να συντονίζει τις κινήσεις του. Επιπλέον ένα παιδί που αναπτύσσει τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης εξασκεί από πολύ νωρίς την αντοχή σε του στην πλάτη και τα χέρια του, μαθαίνει να χρησιμοποιεί και τα δύο του χέρια μαζί και εξασκεί το συντονισμό ματιού-χεριού. (Case-Smith & O' Brien,2010)

Για να μπορέσει ένα παιδί να ξεκινήσει την αυτόνομη σίτιση θα πρέπει επιπλέον να μην παρουσιάζεται καμία ανατομική ή λειτουργική δυσλειτουργία σε κανένα στάδιο της σίτισης και της κατάποσης. Επιπλέον το παιδί θα πρέπει να μην παρουσιάζει κάποια γνωστική δυσλειτουργία, γιατί κάτι τέτοιο θα καθυστερούσε το χρόνο εμφάνισης των τεχνικών αυτόνομης σίτισης.

Οι τεχνικές αυτόνομης σίτισης κάνουν αρκετά νωρίς την εμφάνισή τους στα βρέφη και μέσω της εξάσκησης αυτοματοποιούνται.

Ένα βρέφος 2-4 μηνών κάνει κινήσεις των χεριών του προς το μπουκάλι που πίνει γάλα ώστε να το κρατήσει μόνο του. Στους 6-9 μήνες καταφέρνει να κρατήσει σταθερά το μπουκάλι του

την ώρα που πίνει και μπορεί να κρατάει μόνο του και να τρώει μπισκότα. Στους 9-12 μήνες το παιδί βρίσκει αρκετά ενδιαφέρον και διασκεδαστικό να τρώει με τα δάχτυλα μικρές μπουκιές φαγητού, εξασκώντας παράλληλα και τη λεπτή κινητικότητα. Στους 12-15 μήνες μπορεί πλέον να κρατάει μόνο του το ποτήρι με τα δυο χέρια μαζί και να χρησιμοποιεί κουτάλι για να φάει μόνο του. Στους 15-18 μήνες αρχίζει να χρησιμοποιεί καλαμάκι για να ρουφάει από το ποτήρι. Στους 18-24 μήνες το παιδί θέλει να τρώει μόνο του. Τέλος στην ηλικία 2-3 ετών αρχίζει να χρησιμοποιεί πιρούνι στη διάρκεια των γευμάτων του και μπορεί να πίνει από το ποτήρι χωρίς να λερώνεται καθόλου. Σε αυτή την ηλικία έχουν αναπτυχθεί όλες οι τεχνικές αυτόνομης σίτισης. Από την ηλικία των τριών ετών και πάνω το παιδί μπορεί να σιτιστεί με ασφάλεια μόνο του. (Case-Smith & O' Brien,2010)

Τέλος ο τρόπος σίτισης των βρεφών/παιδιών και η ανάπτυξη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης επηρεάζεται από την εκπαίδευση των γονέων (WHO,1990), τις γενικότερες συνθήκες διαβίωσής τους, την ύπαρξη ενός κοινωνικού ιστού προστασίας και τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια. (House & Landis & Umperson, 1988)

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζουν η ενημέρωση των γονέων για τη σίτιση και τις διατροφικές απαιτήσεις των βρεφών/παιδιών από τους επαγγελματίες υγείας (λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές). Οι πρακτικές σίτισης των βρεφών/παιδιών επηρεάζονται καθοριστικά από τις νέες ιδέες και τα πρότυπα που εισάγονται από προηγμένες κοινωνίες της δύσης.(Lawrence,1989).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να γίνει μια προσέγγιση για τη μελέτη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης σε παιδιά τυπικού πληθυσμού στην Ελλάδα, καθώς και την ηλικία εμφάνισης αυτών. Σημαντικό στοιχείο της εργασίας είναι ότι η μελέτη των τεχνικών έγινε τόσο από τους ερευνητές όσο και από την παρατήρηση των γονέων που όπως θα αναλυθεί παρακάτω πολλές φορές η συμβολή τους αποτελεί παράγοντα καθυστέρησης ανάπτυξης κάποιων τεχνικών.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
SUMMARY.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΙΣΗ .....	9
1.1. Φυσιολογικός Μηχανισμός Κατάποσης.....	9
1.1.1. Στάδια κατάποσης .....	9
1.2. Η ανάπτυξη της σίτισης και κατάποσης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά.....	11
1.2.1. Αυτόνομη Σίτιση .....	11
1.2.2. Προγεννητική εξέλιξη της κατάποσης.....	12
1.2.3 Από τον θηλασμό και την ώριμη σίτιση.....	13
1.2.4. Μεταβατικό στάδιο σίτισης.....	16
1.2.5. Ώριμη σίτιση .....	22
1.2.6. Ανάπτυξη Αυτόνομης Σίτισης .....	22
1.2.7. Στάσεις σίτισης .....	25
1.3. Μια παγκόσμια ματιά στις ικανότητες σίτισης.....	26
1.3.1. Νεογέννητα.....	26
1.3.2. 3 μηνών νεογνά .....	26
1.3.3. 6 μηνών νεογνά .....	27
1.3.4. 9 μηνών μωρά.....	28
1.3.5. 12 μηνών παιδιά.....	28
1.3.6. 15 μηνών παιδιά.....	29
1.3.7. 18 μηνών παιδιά.....	29
1.3.8. 2 χρονών παιδιά .....	30
1.4. Δυσκολίες που παρουσιάζονται κατά την ανάπτυξη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης .....	36
1.4.1. Η επίδραση του ιστορικού των γονέων.....	36
1.4.2. Αισθητηριακά και συμπεριφορικά προβλήματα διατροφής.....	37

1.4.3. Υποθέσεις που δημιουργούν προβλήματα στις τεχνικές αυτόνομης σίτισης .....	38
1.4.4. Η επιρροή της σίτισης του παιδιού από τα γονικά μοτίβα σίτισης .....	39
1.4.5. Η Επιρροή Των Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων .....	40
1.5. Σκοπός της έρευνας .....	41
1.5.1. Προβλήματα στη μελέτη τεχνικών αυτόνομης σίτισης .....	42
1.5.2. Ερευνητικά ερωτήματα .....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	43
2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός (πλάνο).....	43
2.2. Δείγμα .....	43
2.3. Διαδικασία Διεξαγωγής Πειράματος.....	45
2.4. Όργανα Μέτρησης.....	50
2.4.1 Μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας.....	51
2.5. Διαδικασία Μέτρησης .....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ.....	52
A. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης.....	52
3.1. Ανάλυση δημογραφικών χαρακτηριστικών .....	52
3.2. Ανάλυση λοιπών μεταβλητών .....	57
3.2.1. Ηλικιακή ομάδα 6-9 μηνών .....	57
3.2.2. Ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών .....	59
3.2.3. Ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών .....	60
3.2.4. Ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών .....	62
3.2.5. Ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών.....	65
3.2.6. Ηλικιακή ομάδα 3;1 -4;6 έτη .....	67
B. Αποτελέσματα Επαγωγικής Ανάλυσης.....	71
Ηλικιακή ομάδα 6-9 μηνών .....	71
Ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών .....	76
Ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών .....	82
Ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών .....	88
Ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών .....	94
Ηλικιακή ομάδα 3-4;5 ετών .....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	107
4.1.Ερευνητικοί περιορισμοί.....	108
4.2. Συστάσεις Για Μελλοντικές Μελέτες.....	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	111

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Βασικό θέμα της μελέτης της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτέλεσε η μελέτη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθούν οι ηλικίες εμφάνισης των τεχνικών αυτόνομης σίτισης και για αυτό το λόγο το δείγμα αποτέλεσαν άτομα ηλικίας 6 μηνών ως 4;6 ετών.

Παράλληλα μελετήθηκε και η παρατήρηση των γονέων στις τεχνικές ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο αυτές συμφωνούν με τις παρατηρήσεις των ερευνητών, δεδομένου ότι πολλοί γονείς δεν δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σε τεχνικές αυτόνομης σίτισης, όπως η λήψη τροφής με τα χέρια το 83% των παιδιών φαίνεται να έχει κατακτήσει την τεχνική στους 10 περίπου μήνες.

Μια άλλη τεχνική που μελετήθηκε ήταν η πόση από ποτήρι με τα αποτελέσματα να μας δείχνουν ότι το 62,5% των παιδιών κατακτούν την τεχνική αυτόνομης πόσης από παιδικό ποτήρι (sippy cup) στην ηλικία 8-12 μηνών, ενώ το 17,1% κατακτά την τεχνική πόσης από κανονικό ποτήρι σε ηλικία 18-24 μηνών.

Στην τεχνική της μελέτης αυτόνομης σίτισης από κουτάλι τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 21,8% των παιδιών ξεκινά μεταξύ 10-12 μηνών να κρατά το κουτάλι και να προσπαθεί να σιτιστεί μόνο του, το 45,3% ηλικίας 12-15 μηνών και μόλις το 4,5% των παιδιών αποκτά την τεχνική άνω των 15 μηνών.

Τέλος η συσχέτιση των απαντήσεων των γονέων και των ερευνητών έδειξε ότι μόνο στην ηλικιακή ομάδα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην παρατήρηση, ενισχύοντας έτσι την υπόθεση που θέλει τους γονείς να καθυστερούν την εμφάνιση κάποιων τεχνικών στον ελλαδικό χώρο, εξαιτίας του φόβου τους και της πολιτισμικής κουλτούρας.



## SUMMARY

Main topic of the study of this thesis was to study the techniques catering to typical development children. The aim of the research was to study the emergence of groups of technical self-catering and for this reason the sample were aged 6 months to 4? 6 years.

Alongside studied observation of the parents in techniques to determine whether they agree with the observations of researchers, since many parents do not give special emphasis to the development of technical self-catering.

The results showed that in catering techniques such as eating with hands 83% of the children seem to have mastered the art at about 10 months.

Another technique studied was drinking from glass with the results show us that 62.5% of children conquer technique independent drinking from glass child (sippy cup) at the age of 8-12 months, while 17.1% conquers technical drinking from a regular cup in 18-24 months.

In the technique of spoon results indicated that 21.8% of children catering study starts between 10 to 12 months to hold the spoon and try to fed alone, 45.3% 12-15 months only 4.5% of children acquire the technique more than 15 months.

Finally, the correlation between parental responses and researchers showed that only age group there is a statistically significant difference in the observation, thus supporting the hypothesis that wants parents to delay the appearance of certain techniques in Greece, because of their fear and cultural cultures.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 1.1. Φυσιολογικός Μηχανισμός Κατάποσης

#### 1.1.1. Στάδια κατάποσης

Ο φυσιολογικός μηχανισμός της κατάποσης χωρίζεται σε τέσσερις φάσεις: την στοματική προπαρασκευαστική φάση, την κύρια στοματική φάση, τη φαρυγγική φάση και την οισοφαγική φάση.

#### 1<sup>η</sup> φάση: Στοματική Προπαρασκευαστική φάση

Η στοματική προπαρασκευαστική φάση περιλαμβάνει τα χείλη, τη γλώσσα, τη γνάθο, τα δόντια, τη μαλθακή υπερώα και τους μύες των παρειών που συνεργούν στην επεξεργασία και το σχηματισμό του βλωμού. Τα χείλη είναι απαραίτητα στο να κατευθύνουν την τροφή προς τη γλώσσα και τα δόντια συμβάλλουν στον τεμαχισμό του βλωμού και στη μεταφορά του προς τον φάρυγγα. (Arvedson, Lefon – Greif, 1998). Η προπαρασκευαστική φάση περιλαμβάνει μια φάση μεταφοράς κατά την οποία η γλώσσα μετακινεί το βλωμό σε μια θέση όπου μπορεί να μασηθεί, και μια φάση σύνθλιψης όπου η τροφή τεμαχίζεται και αναμειγνύεται με σιέλο ώστε να σχηματιστεί ο κατάλληλος βλωμός για κατάποση. (Murry & Carrau, 2014)

#### 2<sup>η</sup> φάση: Στοματική φάση

Στη στοματική φάση πραγματοποιείται η μεταφορά του βλωμού από το πρόσθιο μέρος της στοματικής κοιλότητας στο οπίσθιο και στη συνέχεια στο φάρυγγα. Η επαφή της βάσης της γλώσσας με τη μαλθακή υπερώα συγκρατεί το βλωμό μέσα στη στοματική κοιλότητα εμποδίζοντας την πρόωμη διαφυγή στον φάρυγγα. (Murry & Carrau, 2014). Η γλώσσα ανυψώνεται και πιέζει τον βλωμό πάνω στη σκληρή υπερώα, δημιουργώντας μία αύλακα διαμέσου της οποίας διοχετεύονται τα στερεά ή τα υγρά προς τον φάρυγγα (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2001). Αυτό το στάδιο αλλάζει ανάλογα με την ηλικία και την ανάπτυξη των ατόμων. Τα νήπια ρουφούν το γάλα και το στέλνουν κατ' ευθείαν στο πίσω μέρος του στόματος. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες χρειάζεται να προετοιμάσουν την τροφή σε βλωμό και απαιτείται μάσηση. Η φάση αυτή χρονικά δεν ξεπερνάει το 1 δευτερόλεπτο

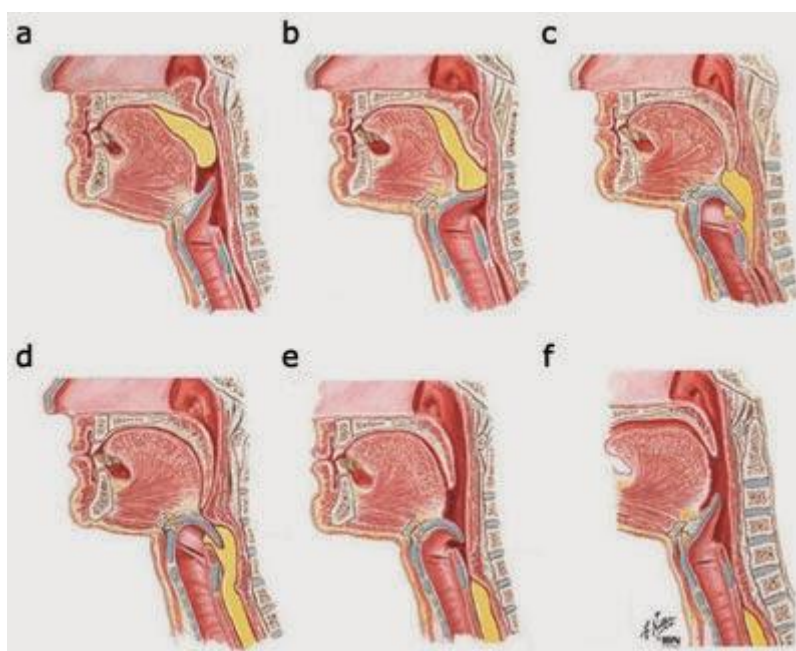
(Arvedson, Lefton – Greif, 1998). Πρόκειται για το μόνο εκούσιο στάδιο, αφού μπορεί να διεκπεραιωθεί ή να ανασταλεί με τη θέληση του ατόμου (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2001 ).

### **3<sup>η</sup> φάση: Φαρυγγική φάση**

Η φαρυγγική φάση ξεκινά όταν ο βλωμός φτάσει στο επίπεδο των πρόσθιων παρίσθμιων καμάρων. Η φαρυγγική φάση περιλαμβάνει την συνέργεια της γλώσσας , γτου υπεροϊοφάρυγγα και του λάρυγγα. Καθώς η γλώσσα ανυψώνεται , η υπεροϊοφαρυγγική οδός κλείνει και έτσι πυροδοτείτε η πρόσθια κίνηση του υπολαρυγγικού μηχανισμού ώστε να αυξηθεί το άνοιγμα του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα που θα οδηγήσει σε χαλάρωση του κρικοφαρυγγικού μυός. Σε αυτή την περίπτωση ο βλωμός θα διαπεράσει με ασφάλεια την κρικοφαρυγγική περιοχή χωρίς να εισχωρήσει στον αεραγωγό. Η δραστηριότητα αυτή θεωρείται ακούσια. (Murry & Carrau,2014).

### **4<sup>η</sup> φάση: Οισοφαγική φάση**

Στην τέταρτη και τελευταία φάση ο βλωμός μεταφέρεται προς τα κάτω μέσα στον οισοφάγο και καταλήγει στο στομάχι (Καμπανάρου, 2007). Το στάδιο αυτό αρχίζει, με τη σύγκλιση του φαρυγγο-οισοφαγικού τμήματος και διαρκεί περίπου 8-20 δευτερόλεπτα (Bigenzahn, Denk, 2007). Το οισοφαγικό στάδιο είναι αντανεκλαστικό και κανένας από τους μύες ή τις δομές που εμπλέκονται σε αυτό δεν υπόκεινται σε εκούσιο έλεγχο. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ο βλωμός μεταφέρεται προς τα κάτω μέσα στον οισοφάγο, διασχίζει τον χαλαρωμένο σφιγκτήρα του καρδιακού στομίου του στομάχου και καταλήγει στο στομάχι. Αυτό ολοκληρώνει τη διαδικασία της κατάποσης και αρχίζει η διαδικασία της πέψης. Ο οισοφαγικός σωλήνα είναι περίπου 25 εκατοστά μακρύς, και είναι κλειστός και επίπεδος εκτός εάν περνά από μέσα του φαγητό. Αποτελείται εξ' ολοκλήρου από μύες (το πρώτο τρίτο από γραμμωτό μυ, το μεσαίο κομμάτι του από ένα συνδυασμό γραμμωτού και λείου μυ και το τελευταίο κομμάτι από λείο μυ μόνο). Όταν ο βλωμός εισέρχεται στον οισοφάγο στο σημείο της κρικοειδούς μοίρας του σφιγκτήρα του φάρυγγα, η περισταλτική χαλάρωση και η σύσπαση τον ωθούν προς τα κάτω. Αυτή η κίνηση γίνεται λιγότερο ρυθμική, ακριβής και αποτελεσματική καθώς αλλάζει ο χαρακτήρας των μυϊκών τοιχωμάτων. Η βαρύτητα υποβοηθά την κίνηση του βλωμού προς τα κάτω και η αντανεκλαστική χαλάρωση του κατωτέρου σφιγκτήρα επιτρέπει την είσοδό του στο στομάχι (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2001).



## 1.2. Η ανάπτυξη της σίτισης και κατάποσης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά

### 1.2.1. Αυτόνομη Σίτιση

Κατά την ανάπτυξη ενός παιδιού, από τη γέννηση έως την ενηλικίωση, οι διατροφικές του ανάγκες και προτιμήσεις συνεχώς αλλάζουν. Η ανάπτυξη της σίτισης του παιδιού σταδιακά μετατρέπεται από απολύτως εξαρτημένη, κυρίως από τους φροντιστές του, σε αυτόνομη σίτιση. Αυτή η δυναμική διαδικασία είναι συνυφασμένη με την απόκτηση μίας σειράς δεξιοτήτων συμπεριλαμβανομένου του μυϊκού τόνου και της σταθερότητας, της αδρής κινητικότητας και ανάπτυξης των άνω άκρων, δεξιοτήτων λεπτής κινητικότητας, καθώς και σύνθετων δεξιοτήτων σίτισης και κατάποσης. Ισοδύναμη σημασία έχει η ανάπτυξη της αυτόνομης σίτισης του παιδιού ως κοινωνικής δεξιότητας και επαφής με άλλα παιδιά, γονείς και μέλη της οικογένειας, ενώ είναι ιδιαίτερος σημαντική για την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης του παιδιού (Arvedson & Brodsky, 2002).

Συνεπώς, ως αυτόνομη σίτιση ορίζεται η διαδικασία τοποθέτησης και προετοιμασίας του φαγητού από το τραπέζι, πιάτο ή ποτήρι στη στοματική κοιλότητα. Σίτιση είναι η ικανότητα κράτησης και διαχείρισης του φαγητού στη στοματική κοιλότητα και κατ' επέκτασιν η κατάποσή του. Τέλος ως κατάποση ορίζεται η σύνθετη ενέργεια με την οποία το φαγητό ή το υγρό, μεταφέρεται από τη στοματική κοιλότητα μέσω του φάρυγγα και του οισοφάγου στο στομάχι. (Case-Smith & O'Brien, 2015).

## 1.2.2. Προγεννητική εξέλιξη της κατάποσης

Η πρόοδος της λειτουργίας του στοματικού μηχανισμού ,ειδικότερα το πιπίλισμα και η κατάποση ξεκινά με την προγεννητική εξέλιξη. Η γνώση της εμβρυολογίας είναι σημαντική για τους ειδικούς της παιδιατρικής δυσφαγίας . Στην τρίτη εβδομάδα της κύησης ο οισοφάγος είναι αναγνωρίσιμος ως μια σωληνοειδής δομή. Σταδιακά επιμηκύνεται για να φιλοξενήσει την ανάπτυξη του λαιμού, της καρδιάς και των πνευμόνων. (Arvedson & Lefton-Grief, 1998). Στο έμβρυο έχει παρατηρηθεί η φαρυγγική κατάποση περίπου από την 10<sup>η</sup> -11<sup>η</sup> εβδομάδα και ο θηλασμός από την 18<sup>η</sup> - 24<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης. Συγκεκριμένα μεταξύ της 11ης και της 12<sup>ης</sup> εβδομάδας ξεκινούν η μη διατροδικές θηλαστικές κινήσεις, και μεταξύ 12<sup>ης</sup> και 13<sup>ης</sup> εβδομάδας το έμβρυο είναι ικανό να καταπίνει αμνιακά υγρά. (Groher & Crary, 2015). Η πιθανότητα επιτυχούς στοματικής σίτισης και κατάποσης σε πρόωρα νεογνά με επαρκή λειτουργία του θηλασμού αναμένεται από την 34<sup>η</sup> -37<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης.(Bigenzahn & Denk, 2007)

Στην παιδική κατάποση αναγνωρίζονται επίσης 4 φάσεις ,αλλά διαφοροποιείται από αυτή των ενηλίκων. Αυτό ερμηνεύεται κυρίως από ανατομικές διαφορές και σχέσεις μεγέθους της ανώτερης αναπνευστικής – πεπτικής οδού καθώς επίσης και της ανωριμότητας του βρέφους. Η στοματική κοιλότητα είναι μικρότερη και πληρούνται σχεδόν τελείως από τη γλώσσα. Τα επονομαζόμενα sucking pads = αποζυμητικά μαξιλάρια, δηλ. εναποθέσεις λίπους στο μαστήρα μυ , σταθεροποιούν τις παρειές. Στα νεογέννητα δια της υψηλής θέσης του λάρυγγα , που καθιστά αναγκαία τη ρινική αναπνοή , ο λαρυγγοφάρυγγας μόλις έχει διαμορφωθεί , η μαλθακή υπερώα, η γλώσσα και η επιγλωττίδα πλησιάζουν με αποτέλεσμα η λήψη τροφής έως περίπου τον 3<sup>ο</sup> -4<sup>ο</sup> μήνα της ζωής να επιτυγχάνεται να γίνει χωρίς διακοπή της αναπνοής. Διακρίνονται δυο στάδια της ανάπτυξης του θηλασμού: Αρχικά το « sucking =απομύζηση» το οποίο χαρακτηρίζεται με προσθοπίσθιες οριζόντιες κινήσεις της γλώσσας με χαλαρή σύγκλειση χειλιών και από τον 6<sup>ο</sup> -9<sup>ο</sup> μήνα «sucking= θηλασμός» κατά το οποίο η γλώσσα κάνει κάθετες κινήσεις και τα χείλη είναι σταθερά κλειστά. (Bigenzahn &Denk, 2007)

Επιπλέον είναι σημαντικό για την φυσιολογική κατάποση να πληρούνται τα φυσιολογικά αναπτυξιακά ορόσημα και στα υπόλοιπα συστήματα πέραν της κατάποσης. Η φυσιολογική ανάπτυξη των αισθήσεων όπως η ακοή , η όραση , η γεύση και η οσμή παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην ομαλή λειτουργία του μηχανισμού σίτισης ενός παιδιού καθώς και στην κατανόηση μιας ενδεχόμενης διαταραχής από τους ειδικούς σίτισης..

### 1.2.3 Από τον θηλασμό και την ώριμη σίτιση.

#### *1.2.3.1. Μοτίβα απομύζησης και θηλασμού*

Η απομύζηση είναι ένας τρόπος για να τρέφεται από τη θηλή το βρέφος τους πρώτους μήνες της ζωής του. (Abbasi et al., 2008) Έχει χαρακτηριστεί από οπίσθιες και πρόσθιες επιφανείς κινήσεις της γλώσσας και με αρκετά έντονο άνοιγμα και κλείσιμο του σαγονιού , καθώς και σχετικά χαλαρή προσέγγιση των χειλιών. Η γλώσσα δεν εξέρχεται πέρα από τα όρια των χειλιών. Η υιοθέτηση ενός μοντέλου «μη θεραπευτικής» απομύζησης για το αναπτυσσόμενο βρέφος μπορεί να έχει πολλά οφέλη, όπως την ανάπτυξη, την ωρίμανση και τη γαστρική κινητικότητα, και επίσης τη μείωση του άγχους (Abbasi et al., 2008). Η «μη θεραπευτική» απομύζηση βελτιώνει την κατάσταση ελέγχου προ (Pickler et al., 1996) και μετά τη σίτιση (Pickler et al., 1993), μειώνει τη συχνότητα των απνοιών και της κυάνωσης, και βελτιώνει τα αποτελέσματα του θηλασμού (Volkmer & Fiori, 2008). Επιπλέον, επιταχύνει τη συχνότητα και ανάπτυξη της κατάποσης με ποικίλες συνέπειες για τα βρέφη με βρογχοπνευμονική νόσο (Reynolds et al., 2010), προωθεί την ανάπτυξη των ειδικών δεξιοτήτων του θηλασμού (Fucile et al., 2002, 2005), και ενισχύει τη στοματική σίτιση (McCain, 1995). Σε ηλικία 6 μηνών , τα περισσότερα φυσιολογικά βρέφη τρέφονται σε ένα πρότυπο θηλασμού , στο οποίο το ανέβασμα και το κατέβασμα της γλώσσας γίνεται με έντονη δραστηριότητα από τους εσωτερικούς μύες , λιγότερη κάθετη δράση σαγονιού και πιο σταθερή προσέγγιση των χειλιών. (Abbasi et al., 2008)

Στα πρόωρα βρέφη δεν περιμένουμε να έχουν την ικανότητα να θηλάζουν και να καταπίνουν, αρκετά καλά ώστε να ικανοποιήσουν τις διατροφικές ανάγκες μέσω του στόματος μέχρι κατά προσέγγιση τις 34 εβδομάδες κύησης. Μπορεί ακόμα να μην είναι ικανά να συντονίσουν τον θηλασμό , την κατάποση και την αναπνοή μέχρι και την 36<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. Από την άλλη μεριά μερικά βρέφη εμφανίζουν αρκετό συντονισμό για να ξεκινήσουν στοματική σίτιση μέσω θηλής από την 32<sup>η</sup> μέχρι της 33<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. Σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές εμφανίζονται μετά της 34<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. Ο λειτουργικός συντονισμός περιλαμβάνει προστασία των αεραγωγών , μεταφορά των στέρεων δομών από τη θηλή στον οισοφάγο και κατάλληλη οργάνωση του αναπνευστικού κύκλου. Οι κινήσεις μπροστά από το στόμα προς αναζήτηση και προσέγγιση της θηλής συνήθως αποκτώνται ακόμα πιο μετά καθώς το βρέφος πλησιάζει την γέννηση. (Groher & Crary, 2015)

### *1.2.3.2. Μη διατροφικές θηλαστικές κινήσεις και διατροφικός θηλασμός*

Παρόλα που ο όρος νεογνά τυπικά υποδεικνύει ένα λειτουργικό θηλαστικό μοτίβο, τα τελειόμηνα βρέφη από 14 -48 ώρες ηλικίας παρατηρήθηκε να έχουν έλλειψη συντονισμού μεταξύ κατάποσης και αναπνοής. (Bingham et al, 2008)

Η ενδεχόμενη επιτυχία της στοματικής σίτισης σε βρέφη εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την ομοιόσταση, τα επίπεδα εγρήγορσης και το μυϊκό τόνο καθώς και την στοματοκινητική δράση για πιπίλισμα και κατάποση. (Διαμαντή, Ε. 2005)

Οι μη διατροφικές θηλαστικές κινήσεις (μη θρεπτικό πιπίλισμα) είναι οι ρυθμικές κινήσεις που πραγματοποιεί ένα μωρό όταν έχει πιπίλα ή το δάχτυλο στο στόμα και περιγράφονται ως περίοδοι ταχέος ρουφήγματος. (Groher & Crary, 2015). Ο μη διατροφικός θηλασμός είναι ιδιαίτερα ανακουφιστικός για τα βρέφη , καθώς βοηθά στην επίτευξη ηρεμίας και επάγει τον περισταλτισμό του γαστρεντερικού συστήματος. ( Cichero & Murdoch,2006)

Το μη θρεπτικό πιπίλισμα δεν ακολουθείτε απαραίτητα από την κατάποση. Συνεπώς απαιτείται προσοχή στην ερμηνεία του μη θρεπτικού πιπιλίσματος ως ένδειξη της ετοιμότητας για στοματική σίτιση. Ο ρυθμός του μη θρεπτικού πιπιλίσματος είναι 2 πιπιλίσματα / δευτερόλεπτο σε σύγκριση με το ένα πιπίλισμα / δευτερόλεπτο για θρεπτικούς σκοπούς. Το μη θρεπτικό πιπίλισμα έχει υψηλότερη αναλογία πιπιλίσματος προς κατάποση (6-1 ή 8-1) σε σχέση με τα θρεπτικά πιπιλίσματα προς την κατάποση , που μπορεί να έχουν αναλογία 1-1 μέχρι και 3-1. Στις περισσότερες περιπτώσεις εάν ένα βρέφος δεν έχει ένα επαρκώς σταθερό μοτίβο μη θρεπτικού πιπιλίσματος η πρόγνωση για επιτυχή σίτιση μέσω του στόματος είναι εγγυημένη. Το μη θρεπτικό πιπίλισμα φαίνεται να μειώνει το κλάμα σε υγιή τελειόμηνα βρέφη και με τη σειρά του να βελτιώνει την οξυγόνωση. Τα θετικά πλεονεκτήματα που σχετίζονται και με τον χρόνο σίτισης περιλαμβάνουν αυξανόμενη διαδερμική ένταση οξυγόνου ανάμεσα στις 32 και 35 εβδομάδες κύησης , ενισχυμένη ανάπτυξη και ωρίμανση ,μειωμένο ποσοστό γκρίνιας κατά τη διάρκεια παρεμβατικών διαδικασιών και μειωμένος απαιτούμενος αριθμός σίτισης με σωλήνα πριν την σίτιση μέσω στόματος. (Παπαβέντσης, Σ. 2011)

Ο διατροφικός θηλασμός είναι συνήθως ρυθμικός και παρατηρείται με αναλογία αναρρόφησης 1:1. Με τον ρυθμό αυτό τα νεογνά ρουφούν και καταπίνουν περίπου 10-30 φορές πριν πάρουν μια αναπνοή και συνεχίσουν τη σίτιση. Ο διατροφικός θηλασμός συνήθως παρατηρείται κατά την 32<sup>η</sup> -34<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. (Groher & Crary, 2015).

### **1.2.3.3. Θρεπτικός θηλασμός**

Οι θρεπτικές ανάγκες ενός βρέφους πληρούνται αποκλειστικά μέσω σίτισης από τη θηλή μέχρι και τους πρώτους 4-6 μήνες ζωής είτε από το στήθος είτε από μπουκάλι. Η σίτιση μέσω θηλής σχετίζεται στενά με το μοτίβο διέγερσης του βρέφους. Το τελειόμηνο τρέφεται με διαστήματα που αντανακλούν το καθημερινό πρότυπο δραστηριοποίησης. Από τη μια η διαδικασία της σίτισης ,είναι κυρίαρχος παράγοντας για την καθιέρωση και για την διατήρηση της περιοδικότητας της διέγερσης, από την άλλη η διέγερση προετοιμάζει το βρέφος για τη σίτιση. Η σχέση αυτή αντανακλά το πρότυπο του ίδιου του βρέφους, καθώς και των αλληλεπιδράσεων των φροντιστών με το βρέφος. Η σταθερότητα είναι ένας μεγάλος παράγοντας της αποδοτικότητας της σίτισης από τη θηλή. Η ικανότητα σίτισης είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της ικανότητας του βρέφους για αυτορρύθμιση κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους. Η πείνα και ο κορεσμός είναι χαρακτηριστικά που υπάρχουν στη σίτιση του βρέφους και έχουν σχέση με την κατάσταση του ύπνου και του ξύπνιου στους πρώτους 2-3 μήνες μετά τη γέννηση. Η σίτιση από θηλή επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανόμενου της ακεραιότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος , της γενικής υγείας, της πείνας , των χαρακτηριστικών της θηλής όπως η ροή , το σχήμα ,το μέγεθος της τρύπας, και η ευκαμψία , του επιπέδου εγρήγορσης , του βάρους , της ωριμότητας και της γεύσης. (Παπαβέντζης, Σ. 2011)

Όταν το βρέφος είναι έτοιμο να τραφεί, ένα σταθερό και απαλό άγγιγμα γύρω από τη στοματική περιοχή ενεργοποιεί το αντανακλαστικό της απομύζησης . Το στόμα κινείται προς τη θηλή. Η διαδικασία του θηλασμού συνεχίζεται καθώς το βρέφος κλείνει το στόμα γύρω από τη θηλή και κρατώντας τη μέσα στο στόμα ανάμεσα στα χείλη και τη γλώσσα αναρροφά συνεχώς προκειμένου να αναπαραχθεί γάλα. (Newman & Pitman, 2000).

Και ο θηλασμός και το πιπίλισμα απαιτούν το ανέβασμα και το κατέβασμα του σαγονιού και της γλώσσας για να πιέσουν τη θηλή και να δημιουργήσουν την ενδοστοματική πίεση που απαιτείται για να μπει το υγρό μέσα στο στόμα. Οι πλευρές της γλώσσας κινούνται προς τα πάνω για να σχηματίσουν μια κεντρική αύλακα. Αρχικά το υγρό κινείται λόγω των καλά συντονισμένων αλλαγών πίεσης. Η γλώσσα και το σαγόκι δημιουργούν θετική πίεση κατά τη διάρκεια της συμπίεσης της θηλής , τα χείλη σφραγίζουν τη θηλή και το υγρό βγαίνει από τη θηλή. Η στοματική κοιλότητα μεγεθύνεται καθώς το σαγόκι και η γλώσσα κλείνουν. Αυτό δημιουργεί αρνητική ενδοστοματική πίεση έτσι το υγρό μπαίνει μέσα στο στόμα. Θετικές και



αρνητικές πιέσεις εναλλάσσονται για επιτυχημένη ενδοστοματική πίεση. Κατά τη διάρκεια του ρυθμικού θηλασμού, η αναπνοή ενσωματώνεται μέσα στη ρυθμική ακολουθία. (Παπαβέντσης, Σ. 2011)

#### 1.2.4. Μεταβατικό στάδιο σίτισης

Η ικανότητα του βρέφους να κάθεται χωρίς βοήθεια και η συχνή τοποθέτηση των χεριών στο στόμα είναι μόνο κάποιες από τις ενδείξεις ότι το βρέφος ενδεχομένως να είναι έτοιμο για το μεταβατικό στάδιο σίτισης. Η ικανότητα να καταπίνει ποικίλες υφές τροφών αποκτιέται παράλληλα με το λόγο και με τη σταθερότητα του μηχανισμού σίτισης. Η έναρξη της μεταβατικής περιόδου σίτισης ξεκινά περίπου στους 4 με 6 μήνες ζωής, όταν τα φυσιολογικά βρέφη ξεκινούν να λαμβάνουν πολτοποιημένη τροφή με κουτάλι και συνεχίζεται για μερικούς μήνες μέχρι τα παιδιά να αποκτήσουν ώριμες ικανότητες σίτισης. (Groher & Crary, 2015). Η ετοιμότητα κατάποσης φαγητού πέρα από υγρή μορφή σχετίζεται με αλλαγές τόσο στο νευρολογικό σύστημα όσο και σε ανατομικές αλλαγές.(π.χ. βγαίνουν δόντια) (Blom, 2012)

##### 1.2.4.1. Σίτιση από κουτάλι

Η σίτιση από το κουτάλι αποτελεί τη γέφυρα μεταξύ θηλασμού υγρών και στερεής τροφής. Αρχικά το νεογνό διατρέφεται αποκλειστικά από γάλα διαμέσου του θηλασμού. Η εισαγωγή πιο χυλώδους τροφής συνήθως καθορίζεται από τους παιδίατρος στους **5 -6** μήνες όταν ήδη έχουν αρχίσει να εξαλείφονται τα πρωτόγονα αντανακλαστικά σίτισης. Στα πρώτα στάδια, η λήψη τροφής από το κουτάλι, γίνεται με την επίδραση ακόμα του αντανακλαστικού του θηλασμού και της κατάποσης. (Groher & Crary, 2015).

Στον **6ο μήνα** ζωής το βρέφος κατακτά πιο ώριμο πρότυπο πρόσληψης τροφής από το κουτάλι. Τα χείλη δεν έχουν όμως ακόμα δραστηριοποιηθεί και η γλώσσα εκτελεί μόνο κινήσεις προς τα εμπρός και προς τα πίσω. (Blom, 2012)

Στον **8ο – 9ο μήνα** αρχίζει η δραστηριοποίηση αλλά και ο συντονισμός των κινήσεων των χεριών. Το άνω χείλος συμμετέχει ενεργά στην πρόσληψη της τροφής. Το διάστημα αυτό η κάτω γνάθος επιτελεί διαβαθμισμένες κινήσεις επάνω – κάτω, για να εναρμονιστεί με το κουτάλι και την ποσότητα της τροφής. Επιπλέον αρχίζει και παρατηρείται η κίνηση της γλώσσας προς τα πλάγια η οποία θα υποβοηθήσει στην λήψη τροφών μεγαλύτερου ιξώδους. (Groher & Crary, 2015).

Το παιδί ξεκινά την ανεξάρτητη χρήση του κουταλιού στους **15 περίπου μήνες** της ζωής του. Το κρατάει με παλαμιαία λαβή και το γεμίζει αδέξια με φαγητό. Στην προσπάθειά του να το τοποθετήσει στο στόμα, τις περισσότερες φορές το γυρίζει ανάποδα πριν την είσοδό του. Η προσπάθεια επιτυχούς σίτισης μέσω κουταλιού χωρίς να διαφεύγει η τροφή από πάνω παρατηρείται περίπου στους 18 μήνες.

Στον **δεύτερο χρόνο** το παιδί έχει τελειοποιήσει τις κινήσεις της κάτω γνάθου των χειλιών και της γλώσσας. Βάζει το κουτάλι στο στόμα με καλύτερο συντονισμό των κινήσεων. Στο **τρίτο χρόνο** ο χειρισμός του κουταλιού είναι πλέον επιδέξιος.

Τα παιδιά επιδεικνύουν ενδιαφέρον και επιθυμία για τροφή όταν ανοίγουν τα στοματά τους στην παρουσίαση του κουταλιού, το οποίο τοποθετείτε στη μέση της γλώσσας με ελαφρά πίεση προς τα κάτω. Αυτή η τοποθέτηση παρέχει αισθητική διέγερση στο παιδί και το βοηθάει να κλείσει τα χείλη του. Το κουτάλι βγαίνει έξω από το στόμα χωρίς να ερεθίσει τον ουρανίσκο, αλλά διαμέσου της γλώσσας κατώτερα. Το παιδί προωθεί το βλωμό οπίσθια και καταπίνει με κατάλληλο στοματικό και φαρυγγικό χρονοδιάγραμμα. (Bellman M., 2010)

#### **1.2.4.2. Πόση από ποτήρι**

Ένα μήνα περίπου αφού ξεκινήσουν πολλά βρέφη να τρέφονται με κουτάλι, μπορούν να αρχίσουν να εξασκούνται στην πόση από ποτήρι. Το κύπελλο με στόμιο δεν ενδείκνυται, καθώς ο σκοπός της πόσης από ποτήρι στην συγκεκριμένη αναπτυξιακή φάση είναι να εξασκηθεί μία πιο ώριμη αλληλεπίδραση των χειλιών και της γλώσσας. (Blom, 2012) Η χρήση του στομίου, θυμίζει την κίνηση που κάνει το βρέφος όταν θηλάζει με αρχική κίνηση της γλώσσας μέσα – έξω. Σε αυτή την ηλικία δεν περιμένουμε να μπορέσει το παιδί να κρατήσει μόνο του το ποτήρι, άρα ο τροφοδότης θα παρέχει βοήθεια κρατώντας το ποτήρι και να προσφέρει το υγρό στο παιδί. Όταν το ποτήρι φτάσει στο κάτω χείλος, τότε θα αρχίσουν να κινούν το στόμα τους με σκοπό να ρουφήξουν. (Groher & Crary, 2015).

Τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη στους 6 μήνες ξεκινούν να κινούν το κάτω χείλος ενεργά προς τα πάνω και προς τα κάτω, ώστε να σταθεροποιηθεί από κάτω το ποτήρι. Το γεγονός ότι το κάτω χείλος μένει σταθερό βοηθάει στον περιορισμό των πάνω – κάτω και μπρος – πίσω κινήσεων της γνάθου καθώς και στις κινήσεις της γλώσσας μέσα και έξω. Επίσης, η σταθερότητα του κάτω χείλους παρέχει μία βάση ούτως ώστε η προς τα κάτω κίνηση του χείλους να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί, όταν το υγρό τραβιέται στο στόμα από ποτήρι. (Groher & Crary, 2015).

Αρχικά, τα παιδιά ξεκινούν με μία μικρή γουλιά κάθε φορά. Ο τροφοδότης μπορεί να αφήσει το ποτήρι στο κάτω χείλος ανάμεσα στις καταπόσεις από το να απομακρύνει το ποτήρι τελείως μετά από κάθε κατάποση. Σταδιακά τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν διαδοχικά ρούφηγμα και κατάποση. Το κεφάλι χρειάζεται να μένει σε φυσιολογική θέση στις περισσότερες περιπτώσεις, δηλαδή σε μία κεντρική ευθυγράμμιση με τον κορμό, τον λαιμό και το κεφάλι κατ' ουσίαν σε ευθεία γραμμή. Ο κίνδυνος εισρόφησης αυξάνεται λόγω της υπερέκτασης του λαιμού, καθώς οι ανατομικές σχέσεις μεταβάλλονται, δηλαδή η κοιλότητα δεν λειτουργεί πλέον σαν προστατευτική θέση για να συγκεντρώσει υλικό όταν υπάρχει καθυστέρηση στην λειτουργία της κατάποσης. (Ζαμπέλας , 2003)

Στους 10 μήνες περίπου τα παιδιά συνήθως επιδεικνύουν εξώθηση της γλώσσας με άνω και κάτω κινήσεις του κάτω χείλους κάτω απ' το χείλος του ποτηριού ως μέσο σταθεροποίησης της κίνησης του σαγονιού. Στην ηλικία μεταξύ 12 με 15 μηνών τα παιδιά δαγκώνουν το ποτήρι με ενεργό κλείσιμο του κάτω χείλους που συνήθως χρησιμοποιείται για να σταθεροποιήσει το σαγόκι. Στο συγκεκριμένο στάδιο ανάπτυξης είναι δυνατό να υπάρξει ολοκληρωμένη πόση από ποτήρι. Πολλοί οδοντίατροι και παιδίατροι συστήνουν στους γονείς να κόβουν στα παιδιά την θηλή και να προχωρούν στο ποτήρι σε ηλικία 12 μηνών. Είναι πολύ πιθανό τα παιδιά να συνεχίζουν να δαγκώνουν το ποτήρι μέχρι την ηλικία των 24 μηνών ως αποτέλεσμα της έλλειψης σταθερότητας της γνάθου. (Groher & Crary, 2015).

Τα 2χρονα παρουσιάζουν περισσότερη σταθερότητα στην ανύψωση της άκρης της γλώσσας κατά τη διάρκεια της κατάποσης. Δεν παρουσιάζεται απώλεια υγρών ενώ πίνουν από την κούπα. Τα χείλη παραμένουν κλειστά αφού η κούπα απομακρυνθεί από το στόμα, έχοντας ως αποτέλεσμα μία ελάχιστη απώλεια υγρών στο τέλος της ακολουθίας. Το πρωτότερο πρότυπο της επέκτασης-ανάκλησης της γλώσσας δεν φαίνεται γενικότερα. Μερικά παιδιά συνεχίζουν το πρότυπο της απλής προεξοχής της γλώσσας ανάμεσα στα χείλη, αλλά συνήθως αυτό εναλλάσσεται με το πιο ώριμο πρότυπο της ανύψωσης. Το πόμα γίνεται ομαλά, με εύκολο κλείσιμο των χειλιών καταπίνοντας χαλαρά.

Η ανάπτυξη της σταθεροποίησης του σαγονιού και η ανεξάρτητη κίνηση της άκρης της γλώσσας προς τα πάνω εξαρτάται από το είδος της κούπας που χρησιμοποιεί το παιδί. Όταν χρησιμοποιείται μία κούπα με "λαιμό", το παιδί ίσως να μην μάθει να σταθεροποιεί εξωτερικά και ίσως συνεχίσει να χρησιμοποιεί μόνο τις ασταθείς κινήσεις του σαγονιού. Η παρουσία του "λαιμού" στο στόμα συνήθως εμποδίζει την ανύψωση της άκρης της γλώσσας και τον διαχωρισμό της κίνησης της από εκείνη του σαγονιού. (Morris & Klein, 2000).

#### **1.2.4.3. Πόση από καλαμάκι**

Η πόση από καλαμάκι συνήθως τοποθετείται ως μεταγενέστερο στάδιο της πόσης από το ποτήρι. Το εύρος των ηλικιών που μπορεί να αναπτύξει αρχική εμπειρία με την πόση από καλαμάκι είναι αρκετά διαφορετικό και γενικά μπορεί να συμβεί νωρίτερα στο σύγχρονο περιβάλλον του γρήγορου φαγητού (fastfood). Τα παιδιά σε ηλικία 7 μηνών μπορούν να ξεκινήσουν την πόση από καλαμάκι (Morris,1994), ωστόσο δεν είναι ασυνήθιστο παιδιά μέχρι την ηλικία 3 ετών να έχουν έλλειψη εμπειρίας από καλαμάκι. Μπορούν να διατηρούν σωστή ευθυγράμμιση του σώματος, του λαιμού και του κεφαλιού όταν χρησιμοποιούν καλαμάκι πιο εύκολα από άλλους τύπους ποτηριών. Ο τροφοδότης βοηθάει σε αυτή τη διαδικασία ελέγχοντας το ποσό ανά γουλιά με την πίεση που ασκεί στο καλαμάκι. (Bellman M., 2010). Καμία μελέτη δεν έχει περιγράψει την πρόοδο του παιδιού στο να ρουφά από καλαμάκι. Η ηλικία στην οποία ξεκινά η πόση από καλαμάκι, μεταβάλλεται διεξοδικά. Συγκεκριμένα, άτυπες παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι τα περισσότερα παιδιά χρησιμοποιούν μια στάση πιο “δυνατή” και έχουν στρογγυλεμένα χείλη ενώ πίνουν. Δεν παρατηρείται κίνηση της γλώσσας ενώ τέλος κάποια παιδιά δημιουργούν εσοχή στο καλαμάκι ελαφρώς με τα δόντια αλλά κανένα δεν το δαγκώνει τόσο σθεναρά ώστε να σταματήσει την ροή. (Morris, 1978).

#### **1.2.4.4. Μάσηση**

Τα παιδιά ξεκινούν να κάνουν κινήσεις μάσησης στους 6 με 7 μήνες. Ο στοματικός έλεγχος πρέπει να είναι καλά συντονισμένος. Η φάση του αντανακλαστικού του δαγκώματος πρέπει να εξαφανιστεί σε ηλικία 9 με 12 μηνών, αλλά αξίζει να σημειωθεί στα πρώτα στάδια μασουλήματος. Για την μάσηση τα μωρά 6 μηνών χρησιμοποιούν ένα τρόπο μάσησης βασισμένο στο σταδιακό δάγκωμα. Σφίγγουν την γωνία του στόματος ελαφρώς όταν το φαγητό τοποθετείται στα χείλη. Τέλος, αν το φαγητό τοποθετηθεί σε συγκεκριμένη μεριά του στόματος, το χείλος και το μάγουλο σφίγγουν ελαφρώς για να βοηθήσουν το φαγητό και να το αποτρέψουν από το να διαφύγει. (Morris & Klein, 2000). Το παιδί χρησιμοποιεί το σαγόι για να τεμαχίσει το φαγητό, έπειτα η γλώσσα βοηθάει στο να φέρει το φαγητό στη μέση όπου σχηματίζεται ο βλωμός και προωθείται στο πίσω μέρος της γλώσσας για κατάποση. (Groher & Crary, 2015). Ο τροφοδότης πρέπει να είναι προσεκτικός σχετικά με την εισαγωγή νέων φαγητών, συνήθως τροποποιώντας την υφή και την γεύση. Στους 18 μήνες τα παιδιά μπορούν να μασήσουν με τα χείλη τους κλειστά. Τα χείλη κλείνουν αρχικά όταν το στόμα είναι γεμάτο φαγητό και το παιδί δεν θέλει να του πέσει ενώ όταν είναι λιγότερο φαγητό στο στόμα μόνο και μόνο οι κινήσεις της γλώσσας είναι ικανές να αποτρέψουν την διαφυγή. (Morris & Klein, 2000)

Όταν βγαίνουν τα δόντια είναι η πιο αξιοσημείωτη αλλαγή στις περιφερικές ανατομικές δομές. Τα δόντια της κάτω γνάθου συνήθως βγαίνουν πριν από τα δόντια της άνω γνάθου. Τα δόντια που βγαίνουν είναι σημαντικά πιο πολύ για αισθητήριους παρά για κινητικούς σκοπούς, όπως το δάγκωμα και την μάσηση κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου μπορεί αυτό να πετύχει αποτελεσματικά και χωρίς δόντια. (Blom, 2012)

Η εμφάνιση των γομφίων και η μεγέθυνση της στοματικής κοιλότητας συμβάλλουν σε μία αύξηση στο στοματικό χώρο, ο οποίος επιτρέπει τον χειρισμό της τροφής ανάμεσα στην γλώσσα και τα τοιχώματα των παρειών. Οι τραπεζίτες ή τα ούλα βοηθούν στη σύνθλιψη και το άλεσμα της τροφής. (Blom, 2012)

Η μάσηση δεν βασίζεται στην εμφάνιση των τραπεζιτών. Ο συντονισμός της μάσησης επιτυγχάνεται συνήθως πριν βγουν τα δόντια στους 12 με 20 μήνες. Η γλώσσα παίζει κυρίαρχο ρόλο στην μάσηση και αυτό γιατί οι πλευρικές κινήσεις της είναι βασικές στον χειρισμό της τροφής στη στοματική κοιλότητα, καθώς η τροφή μεταφέρεται από την μέση στα πλευρικά τοιχώματα των παρειών. Αληθινή περιστροφική κίνηση σαγονιού σταδιακά αντικαθιστά το μασούλημα για τον αποτελεσματικό σχηματισμό του βλωμού. Σε ηλικία 3 με 6 ετών ολοκληρώνεται φυσιολογικά ο συντονισμός της μάσησης. Η επίτευξη των δεξιοτήτων του στοματικού μηχανισμού κατάλληλων για την αποτελεσματική και λειτουργική σίτιση δεν εγγυάται επιτυχημένη εμπειρία κατά τη διάρκεια του γεύματος. Το ενδιαφέρον για την αλληλεπίδραση μπορεί να είναι τόσο σημαντικό όσο η όρεξη για τον καθορισμό της πρόσληψης τροφής άσχετα με τον τρόπο παροχής είτε είναι θηλή, ποτήρι, δάχτυλα ή κουτάλι. (Murry & Carrau, 2014)

Καθοριστικό ρόλο, επίσης, για τον πόσο χρόνο χρειάζεται το παιδί να μασήσει μία μπουκιά έχει η υφή και αφορά τα παιδιά από 6 μηνών έως 2 ετών, με τον χρόνο του μασήματος να μειώνεται για όλες τις υφές όσο μεγαλώνουν τα παιδιά. Η συμπεριφορά των παιδιών που αφορά την σίτιση, ωριμάζει με καλύτερο έλεγχο των χειλιών, με αυξημένη την κινητικότητα της γλώσσας και την μειωμένη ανάμειξη των περιστοματικών δομών στην κατάποση. Σε ηλικία 2 έως 8 ετών η ικανότητα να σιτίζονται με στερεή τροφή ωριμάζει πριν από την ικανότητα τους να τρώνε πολτοποιημένες τροφές. (Murry & Carrau, 2014)

Όπως επιβεβαιώθηκε, οι στερεές τροφές επηρεάζουν την διεξαγωγή μάσησης πιο πολύ από ότι οι πολτοποιημένες τροφές. Για τα παιδιά είναι πιο εύκολος ο χειρισμός ενός ομοιογενούς βλωμού και γίνεται με πιο αποτελεσματικό τρόπο από ότι με έναν βλωμό με ανάμεικτη υφή, συγκεκριμένα με μικρά κομμάτια σε υγρό. Σε πρώιμες εμπειρίες με τις στερεές τροφές τα

παιδιά κάνουν κατακόρυφες κινήσεις της κάτω γνάθου. Σταδιακά η διαδικασία της μάσησης γίνεται πιο αποτελεσματική, καθώς τα παιδιά μαθαίνουν να κάνουν κινήσεις άλεσης. Σε ηλικία 2 ετών μασάνε από την δεξιά πλευρά στο 60% του χρόνου. Στην ηλικία των 4 χρονών μασάνε σε ποσοστό 60% από την αριστερή πλευρά. (Arvedson JC, Brodsky L., 2002)

#### *1.2.4.5. Κατάποση Ημιστερεών*

Το πρότυπο κατάποσης μαλακών, ημιστερεών τροφών ακολουθεί το αναπτυξιακό πρότυπο της υγρής κατάποσης. Ωστόσο, η ωριμότητα του προτύπου συχνά καθυστερεί. Γενικότερα, τα βρέφη αποκτούν ικανότητες κατάποσης πρώτα με τα υγρά. Εάν τα πολτοποιημένα φαγητά παρουσιαστούν στους 4 μήνες, το αρχικό πρότυπο θηλασμού-κατάποσης χρησιμοποιείται για την μετακίνηση του φαγητού προς τον φάρυγγα. Το μωρό σπρώχνει μια αρκετή ποσότητα φαγητού έξω από το στόμα, υποχρεώνοντας αυτόν που το ταΐζει να τη μαζέψει από το πηγούνι και να την ξαναβάλει στη θέση της μέσα στο στόμα.

Το σπρώξιμο του φαγητού προς τα έξω δεν προέρχεται μόνο από την κίνηση της γλώσσας, αλλά επίσης από το σπρώξιμο ή την προεξοχή της γλώσσας προς τα εμπρός καθώς το βρέφος καταπίνει. Πνιγμός μπορεί να προκύψει όταν το βρέφος δεν είναι ακόμα ικανό να μετακινεί προς τα πίσω τις τροφές. Περιστασιακά, το φαγητό κολλά στο πίσω μέρος της γλώσσας ή πέφτει προς τα πίσω πριν δοθεί το έναυσμα της κατάποσης, έχοντας ως αποτέλεσμα την προστατευτική ενέργεια του βήχα.

Μωρά 6 μηνών είναι πιο έτοιμα κινητικά για πολτοποιημένες τροφές και παρουσιάζουν ελάχιστη διαφυγή γάλακτος κατά τον θηλασμό. Στους 9 μήνες, το πρότυπο της αναρρόφησης έχει ανακύψει και ο θηλασμός-κατάποση ελαττώνεται και εναλλάσσεται με το πιο ώριμο, απλό πρότυπο προεξοχής της γλώσσας στο σημείο της κατάποσης. Στον πρώτο χρόνο, τα παιδιά είναι ικανά να καταπιούν με εύκολο κλείσιμο των χειλιών. Κάποια περιοδική προεξοχή της γλώσσας θα συνεχίζεται, όμως θα μειώνεται καθώς η άκρη της γλώσσας ανυψώνεται για την κατάποση. Αυτή είναι η ίδια πρόοδος που παρατηρήσαμε όταν το βρέφος κατανάλωνε υγρά. Στα 2 χρόνια, οι κινήσεις επέκτασης-ανάκλησης της γλώσσας έχουν εξαφανιστεί και το επικρατέστερο πρότυπο είναι εκείνο της ανύψωσης της άκρης της γλώσσας. Η απλή προεξοχή της γλώσσας μεταξύ των δοντιών ίσως προκύψει κατά τη διάρκεια μιας περιστασιακής κατάποσης. Η ανύψωση της άκρης της γλώσσας κατά τη διάρκεια της κατάποσης γίνεται σταδιακά το αποκλειστικό πρότυπο καθώς το παιδί βαδίζει προς τον τρίτο χρόνο. (Morris & Klein, 2000)

### 1.2.5. Ωριμη σίτιση

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επιδρούν στο να επιτευχθεί ώριμη σίτιση. Συγκεκριμένα, η αύξηση της αυτονομίας του ατόμου, η ανεξάρτητη αναζήτηση φαγητού, η ανεξάρτητη χρήση σκευών σίτισης, οι εμπειρίες του παιδιού καθώς και οι ευκαιρίες που θα δοθούν από το οικογενειακό περιβάλλον.

Οι αλλαγές στον προσωπικό και φαρυγγικό σκελετό σχετίζονται με τις αλλαγές στις φαρυγγικές και στοματικές δραστηριότητες σίτισης. Το στόμα μεγθύνεται και αλλάζει μορφή με την εξαγωγή των δοντιών. Το στόμα αλλάζει, επίσης, από την κάτω γνάθο και τον μεσοπροσωπικό σκελετό με αλλαγές στη μορφή και στη διάσταση. Το παιδί ωφελείται σε επίπεδο νόησης, επικοινωνίας και σε αδρές και λεπτές ικανότητες κίνησης. Αυτές οι σημαντικές αλλαγές επιτρέπουν την αύξηση του συντονισμού της φαρυγγικής κατάποσης σε μία ποικιλία υφών. Ο συντονισμός της φαρυγγικής κατάποσης στα παιδιά που έχουν καταφέρει να πετύχουν ώριμη σίτιση είναι παρόμοιος με αυτός των ενήλικων. (Murry & Carrau, 2014). Σε φυσιολογικά ώριμα άτομα τα πρωτόγονα αντανακλαστικά της απομύζησης και το κράτημα της θηλής που χρησιμοποιούνται για τον θηλασμό χάνονται (Arvedson & Lefton-Grief, 1998).

### 1.2.6. Ανάπτυξη Αυτόνομης Σίτισης

Η αυτόνομη σίτιση προσφέρει έναν διασκεδαστικό και εύκολο τρόπο για το παιδί να εξερευνήσει διάφορες αισθητηριακές εμπειρίες και αισθήσεις. Είναι μια εξαιρετική ευκαιρία για το παιδί να παίξει και να νιώσει τις υφές, τους ήχους, τις μυρωδιές και τις γεύσεις των φαγητών. Ακόμα, βοηθάει το παιδί να κερδίσει αυτοεκτίμηση και να αναπτύξει δύναμη και συντονισμό στα χέρια και στα δάχτυλα. Ταυτόχρονα, η χρήση σκευών (όπως πιρούνι, κουτάλι και ποτήρι) είναι μερικές από τις πρώτες ευκαιρίες που δίνονται στο παιδί να μάθει πώς να χρησιμοποιεί εργαλεία και να αναπτύξει δύναμη και συντονισμό στην πλάτη, τους ώμους και τα χέρια, και συντονισμό χεριού-ματιού (Henderson & Pehoski, 2006).

Οι δεξιότητες αυτόνομης σίτισης έχουν διατυπωθεί ήδη από το 1943 από τους Gesell και Ilg και είναι η **πρόσληψη τροφής με τα χέρια**, η **πόση από μπουκάλι ή ποτήρι** και η **πρόσληψη τροφής με τη χρήση σκευών**. Μελέτες στο εξωτερικό έχουν καθορίσει τα ηλικιακά ορόσημα στην κατάκτηση των διαφορετικών δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης, ωστόσο, επισημαίνεται ότι οι οικογενειακές, κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες επηρεάζουν

τα αποτελέσματα και έτσι εντοπίζεται μεγάλο ηλικιακό εύρος ανάμεσα στα παιδιά όσο αφορά την κατάκτηση μιας δεξιότητας αυτόνομης σίτισης (Henderson & Pehoski, 2006).

#### *1.2.6.1. Πρόσληψη τροφής με τα χέρια*

Σύμφωνα με τους Gesell και Ilg (1943), Coley (1978), Haley et al (1992), και Ruth et al (2005), η πρόσληψη τροφής με τα χέρια ξεκινά στους 4-6 μήνες και έως την ολοκλήρωση του 1<sup>ου</sup> έτους της ζωής του παιδιού, δηλαδή όταν έχει πλέον εισαχθεί η στερεά τροφή στο διαιτολόγιο του. Το παιδί παίρνει την τροφή με τα χέρια και να την τοποθετεί στη στοματική κοιλότητα. Αρχικά, το παιδί χρησιμοποιεί ολόκληρη τη γροθιά του (6-7 μηνών) και ύστερα γύρω στους 10 μήνες τα δύο του δάχτυλα (Coley, 1978), ενώ φαίνεται η δεξιότητα πρώτα να αναπτύσσεται με τροφές που είναι σε κομμάτια (π.χ. κράκερ ή μπισκότα) και ύστερα σε διακριτά κομμάτια του γεύματός του (π.χ. αρακάς, κομμάτια κρέατος) (Gesell & Ilg, 1943). Ακόμα και όταν η χρήση του κουταλιού έχει κατακτηθεί, τα παιδιά προτιμούν να χρησιμοποιούν τα χέρια τους (Gesell & Ilg, 1943).

#### *1.2.6.2. Πόση από μπουκάλι ή ποτήρι*

Σύμφωνα με του Gesell και Ilg (1943), το παιδί τοποθετεί μόνο του το μπουκάλι στη στοματική του κοιλότητα για πόση στους 10 μήνες και καταφέρνει να κρατήσει ένα ποτήρι με τα δύο χέρια αυτόνομα και να το τοποθετήσει με μερική επιτυχία στη στοματική κοιλότητα στον 1<sup>ο</sup> χρόνο, ενώ καταφέρνει να κρατήσει το ποτήρι με τη λαβή ενός χεριού, με απόλυτη επιτυχία στο 3<sup>ο</sup> έτος. Συνήθως, η δεξιότητα αναπτύσσεται αρχικά με τη χρήση του μπουκαλιού και έπειτα με τη χρήση sippy cup, δηλαδή ποτηριού με καπάκι με στόμιο, όταν το παιδί είναι περίπου 6 μηνών ως την ολοκλήρωση του πρώτου έτους του. Γύρω στο 1 ½ με 2<sup>ο</sup> έτος, το παιδί είναι σε θέση να σηκώνει ένα ανοιχτό ποτήρι με μερική ή καθόλου εκχύλιση με τα δύο χέρια, ενώ έως τα 3-3 ½ χρόνια το παιδί είναι σε θέση να πίνει από το ποτήρι πλαστικό ή γυάλινο χρησιμοποιώντας το ένα χέρι (Coley, 1978; Haley et al., 1992).

#### *1.2.6.3. Πρόσληψη τροφής από κουτάλι και άλλα σκεύη*

Η ανάπτυξη της δεξιότητας της χρήσης σκευών κατά τη διάρκεια του γεύματος εξαρτάται από την πολυπλοκότητα της χρήσης τους, και πιο συγκεκριμένα από το γεγονός ότι με το μαχαίρι και το πιρούνι ένα παιδί μπορεί να τραυματιστεί. (Henderson & Pehoski, 2006)

Το κουτάλι είναι το πρώτο εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται από τα περισσότερα παιδιά. (Connolly & Dalglish, 1989). Οι Gesell και Ilg, ήδη από το 1943 περιέγραψαν τις αναπτυξιακές δεξιότητες που κατακτώνται πριν εισαχθεί το κουτάλι και την πρώιμη χρήση του κουταλιού. Αρχικά γύρω στους 3 με 6 μήνες το παιδί όταν βλέπει το κουτάλι να πλησιάζει, ανοίγει τη στοματική του κοιλότητα, ενώ αργότερα κινεί ολόκληρο το κεφάλι του



προς το κουτάλι. Στην αρχική φάση, ο γονέας/ φροντιστής τοποθετεί στη στοματική κοιλότητα του παιδιού την οποιαδήποτε τροφή που υπάρχει στο κουτάλι, ενώ αργότερα το παιδί απομακρύνει την τροφή από το κουτάλι με τις κινήσεις των χειλιών του. Αυτές οι κινήσεις του κεφαλιού και των χειλιών είναι σημαντικές για την μετέπειτα αυτόνομη χρήση του κουταλιού. Αναλυτικότερα, οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι 10-11 μηνών ένα παιδί συνήθως κρατά το κουτάλι με τη γροθιά του, 15 μηνών, μπορεί να γεμίζει με τροφή το κουτάλι και το σηκώνει προς το στόμα του, ενώ 18 μηνών, το παιδί είναι σε θέση να οδηγεί το κουτάλι υπό γωνία στο στόμα του και να συνεχίζει να το χειρίζεται και μετά την ανατοποθέτηση της τροφής στο στόμα. Γύρω στο 2<sup>ο</sup> έτος, το παιδί είναι σε θέση να τοποθετεί μόνο ένα σημείο του κουταλιού στη στοματική του κοιλότητα και χωρίς στροφή του κεφαλιού του και γύρω στο 3<sup>ο</sup> πλέον έτος το παιδί είναι σε θέση να πιάσει το κουτάλι με τα δάχτυλα.

Μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Coley το 1978, επιβεβαιώνοντας τα ηλικιακά ορόσημα των Gosell και Pg, αναφέρει ότι 15 μηνών το παιδί πιάνει το κουτάλι με τη γροθιά του και είναι σε θέση να το γυρνάει προς το στόμα του, 1 ½ χρονών γεμίζει το κουτάλι και το γυρνάει στο στόμα του, χύνοντας μεγάλο μέρος της τροφής του, 3-4 ετών το παιδί κρατάει πλέον το κουτάλι με τα δάχτυλά του για τις στερεές τροφές και 4-6 ετών πια το παιδί είναι σε θέση να τρώει με το κουτάλι, υγρές τροφές, χωρίς να του χύνονται.

Τέλος, με τις παραπάνω έρευνες συμφωνούν και τα ευρήματα των Haley et al. το 1992 και των Carruth et al. το 2004, όπου αναφέρουν ότι η δεξιότητα της επαρκούς μεταφοράς της τροφής από το πιάτο στην στοματική κοιλότητα με τη χρήση κουταλιού, έχει κατακτηθεί έως το 2<sup>ο</sup> - 2 ½ έτος του παιδιού.

Αφ' ότου πλέον έχουν εισαχθεί στο διαιτολόγιο του παιδιού οι στερεές τροφές, γύρω στα 2- 2 ½ έτη, ταυτόχρονα με την ανάπτυξη της δεξιότητας της χρήσης του κουταλιού, αναπτύσσεται και η δεξιότητα της χρήσης πιρουνιού. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτή την ηλικία το παιδί είναι σε θέση να καρφώσει ή να «φτυαρίσει» την τροφή, με το πιρούνι (Haley et al. 1992). Η δεξιότητα να κρατά το πιρούνι με τα δάχτυλα του χεριού του αναπτύσσεται, σύμφωνα με την έρευνα της Coley (1978) στα 4 ½ έτη, αφ' ότου έχει κατακτηθεί η ίδια δεξιότητα με τη χρήση του κουταλιού.

Η χρήση του μαχαιριού αργεί πολύ να κατακτηθεί σαν δεξιότητα από τα παιδιά, λόγω του κινδύνου που ελλοχεύει κατά τη χρήση του σκεύους. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τη μελέτη της Haley (1992), γύρω στα 5 – 5 ½ έτη, τα παιδιά είναι σε θέση να χρησιμοποιούν μαχαίρι

για να απλώσουν μία αλοιφή (π.χ. βούτυρο) πάνω σε ψωμί ή για να κόψουν μία μαλακή τροφή (π.χ. σάντουιτς). Η Coley στην μελέτη της, θέτει τα ορόσημα για την χρήση του μαχαιριού για την επάλειψη σε ψωμί στα 6-7 έτη, ενώ αναφέρει ότι στα 7-8 έτη κατακτάται και η δεξιότητα κοπής κρέατος.

Ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση, οι Gesell και Ig στην πρώτη έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανέφεραν ότι τα παιδιά είναι σε θέση να χρησιμοποιούν όλα τα σκεύη, επιδέξια και ομαλά μετά τα 8 έτη.

### 1.2.7. Στάσεις σίτισης

Τα μωρά ταΐζονται σε μια ποικιλία στάσεων κατά τους πρώτους 3 μήνες. Οι στάσεις ποικίλουν για να παρέχουν την καλύτερη φυσική άνεση και για την μητέρα και για το παιδί. Η επιλογή της στάσης συχνά καθοδηγείται από τον τύπο της σίτισης που επιλέγει η μητέρα. Τα νεογνά που θηλάζουν κρατούνται σταθερά σε μία θέση που παρέχει μία επιμήκυνση του λαιμού συνδυαζόμενη με μια καθοδική κλίση του σαγονιού ώστε να φαίνεται «κρυμμένο» στο μπροστινό μέρος του σώματος. Αυτή η ελαφρώς κατακόρυφη θέση αυξάνει την ακρίβεια του θηλασμού και περιορίζει την ποσότητα του αέρα που καταπίνεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Βελτιώνει την χώνεψη και μειώνει του κολικούς. Από την άλλη, υπάρχει μεγαλύτερη αστάθεια όταν τα νεογνά σιτίζονται από μπουκάλι. Ένα ευθύ μπουκάλι συχνά απαιτεί από το νεογνό να είναι πλαγιαστό με το κεφάλι να τείνει ελαφρώς προς τα πίσω έτσι ώστε να ρουφήξει και την τελευταία γουλιά. Όταν όμως ένα μπουκάλι με κυρτό λαιμό χρησιμοποιείται, είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί και μία στάση παρόμοια με αυτή που χρησιμοποιείται στον θηλασμό συν του ότι μειώνει τους κολικούς. (Morris & Klein, 2000)

Στους 3 μήνες ζωής λοιπόν το μωρό έχει αυξήσει τον μυϊκό τόνο με αποτέλεσμα να έχει περισσότερη δύναμη και έλεγχο. Τα μωρά αυτής της ηλικίας κρατούνται ή τοποθετούνται σε παιδική καρέκλα.

Στους 7 μήνες τα μωρά κάθονται αυτόνομα. Παρόλο που το αυτόνομο κάθισμα από τη μία μπορεί να στηρίζει την ανάγκη του μωρού για το απλό παιχνίδι και τις συνολικές κινητικές ικανότητες, από την άλλη δεν παρέχει επαρκή σταθερότητα για στοματική σίτιση και άλλες κινητικές δεξιότητες. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας τυπικά σιτίζονται ενώ κάθονται σε ψηλή καρέκλα (high chair), παιδική καρέκλα ή ειδική καρέκλα.

Στους 9 μήνες τα παιδιά έχουν αναπτύξει μεγαλύτερη σταθερότητα του κορμού και της πύελου, πράγμα που οδηγεί σε μεγαλύτερη ασφάλεια όταν κάθονται. (Case-Smith & O'Brien, 2010).

Επιτελικά, οι περισσότεροι γονείς συνεχίζουν να χρησιμοποιούν τις ψηλές καρέκλες ή άλλου είδους περιορισμένου, υποστηρικτικού καθίσματος για τα παιδιά μέχρι αυτά να φτάσουν 18-25 μηνών.(Morris & Klein, 2000).

## **1.3. Μια παγκόσμια ματιά στις ικανότητες σίτισης.**

### **1.3.1. Νεογέννητα**

Τα νεογέννητα είναι έτοιμα να ρουφήξουν κατά τη γέννα. Κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης όσο το κενό στη μήτρα γεμίζει, το φυσιολογικό σφίξιμο σταδιακά αυξάνεται όσο το έμβryo μεγαλώνει. Τα νεογέννητα είναι κινητικώς εξαρτώμενα από τη μητέρα, λαμβάνοντας όλη τη σταθερότητα από εξωτερική στήριξη. Κρατιόνται σε μια ξαπλωτή στάση και η σίτισή τους γίνεται κάθε 3-4 ώρες. Η κατάποση ακολουθεί συνήθως τον θηλασμό, από μια σύντομη παύση για αναπνοή. Εξαιτίας της ποσότητας του σφιγμένου τόνου, τα χείλη μπορεί να παρέχουν ένα ικανοποιητικό κλείσιμο χωρίς διαφυγή υγρών και η γλωσσά πραγματοποιεί τακτικές κινήσεις πάνω κάτω. Αυτά τα πιο ώριμα μοτίβα θα ελαττωθούν όσο το φυσιολογικό σφίξιμο χάνεται και το μωρό ξεκινά να αναπτύσσει έλεγχο της επέκτασης.(Morris & Klein, 2000).

### **1.3.2. 3 μηνών νεογνά**

Μέχρι τους τρεις μήνες, οι κινητικές δυνατότητες ενός μωρού έχουν ωριμάσει σημαντικά. Ο έλεγχος του κεφαλιού και του λαιμού βελτιώνεται επιτρέποντας τους να ανυψώνουν και να γυρίζουν το κεφάλι. Τα μωρά 3-4 μηνών συχνά βάζουν δάχτυλα, γροθιές, ρούχα και οτιδήποτε μπορεί να πιάσουν στο στόμα για μάσημα και ρούφηγμα. Εξαιτίας του καλύτερου ελέγχου του κεφαλιού τους, τα μωρά 3-4 μηνών συνήθως κρατούνται σε μια πιο κατακόρυφη στάση κατά τη σίτιση. Καθημερινά παρέχονται 4-6 γεύματα. Από την άλλη το μοτίβο του θηλασμού συνεχίζει να χρησιμοποιείται για να τραβούν το υγρό στο στόμα. Επιπροσθέτως, παρόλο που τα μοτίβα κίνησης ακόμα θεωρούνται αντανεκλαστικά, έχουν αρχίσει την διαδικασία της ολοκλήρωσης, η οποία θα τα αλλάξει από αυτόματα στερεοτυπικά μοτίβα σε διαφοροποιημένα εκούσια. Επειδή λοιπόν, ενώ αυτά τα βρέφη, έχουν χάσει το πρώιμο φυσιολογικό σφίξιμο και δεν το έχουν αντικαταστήσει με τον έλεγχο των κινήσεων σχετικά με τη στάση του σώματος, μπορεί να υπάρχει μια διαφυγή υγρού κατά το θηλασμό . (Morris & Klein, 2000).

### 1.3.3. 6 μηνών νεογνά

Μέχρι τους 6 μήνες, τα μωρά είναι κινητικά και συνειδητά προετοιμασμένα να είναι περισσότερο ενεργά στην διαδικασία της σίτισης. Κατά τη διαδικασία εκμάθησης κίνησης, αυτά τα μωρά μπορούν να κυλούν και να φτάνουν αντικείμενα ή παιχνίδια που επιθυμούν και ξεκινούν να κάθονται χωρίς υποστήριξη. Αρχίζουν να ανακαλύπτουν τον κόσμο μέσω του στόματος καθώς ξεκινούν να μαθαίνουν την ύψη, το σχήμα, το βάρος και τη γεύση. Στην ηλικία των 6 μηνών τα μωρά τρώνε και πίνουν σε μια κατακόρυφη στάση με μια υποστήριξη από ειδική υπερυψωμένη καρέκλα (high chair) ή από αυτόν που τα ταΐζει. Μπορούν να κρατούν το μπουκάλι ανεξάρτητα ή να το ρίχνουν στο πάτωμα όταν έχουν τελειώσει ή επιλέξει να παίξουν. Τα αντανακλαστικά του στόματος που κυριαρχούσαν των ικανοτήτων σίτισης τώρα είναι ενσωματωμένα, όσο οι εκούσιες δυνατότητες τελειοποιούνται. Όπως στην περίπτωση όλων των νέων δυνατοτήτων, υπάρχει μια αλληλεπικαλυπτόμενη περίοδος όπου η μια δυνατότητα υποχωρεί και μια καινούργια αναδύεται. Και το μοτίβο του θηλασμού και του πιπίλισματος θα είναι παρόντα από 6-12 μηνών μέχρι το πιπίλισμα να κυριαρχήσει. Λήψη μαλακών, λείων και στερεών τροφών συνήθως ξεκινούν με το κουτάλι μεταξύ 4-6 μηνών. Μέχρι τότε αυτά τα μωρά αναγνωρίζουν το κουτάλι σαν θέαμα και αφή. Μεταξύ 6-7 μηνών μαθαίνουν να ανοίγουν το στόμα και να το κρατούν σε μια αρκετά σταθερή θέση όσο το κουτάλι πλησιάζει. Σε αυτή την ηλικία, η εσωτερική κίνηση που δουλεύει περισσότερο για να αφαιρέσει το φαγητό από το κουτάλι, συνήθως δεν ακόλουθεί καθοδική κίνηση. Ο συνδυασμός των κινήσεων του θηλασμού και του πιπίλισματος της γλώσσας παρατηρείται επίσης και κατά τη διάρκεια της σίτισης με κουτάλι. Μαλακά μπισκότα μωρών, μπορεί να ξεκινήσουν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Όταν ένα παιδί χρησιμοποιεί ένα μοτίβο μάσησης για να μασήσει το φαγητό, το σαγόκι κινείται σε μια μη στερεοτυπική κατακόρυφη κατεύθυνση. Η πόση από ποτήρι, ξεκινά μεταξύ 4-6 μηνών. Όταν τα παιδιά ξεκινούν να μαθαίνουν με το ποτήρι, μπορεί να ξαφνιαστούν από τη ραγδαία ροή του υγρού. Η μεγάλη ποσότητα του υγρού και η άρρυθμη ροή, μπορεί να επιφέρει τον πνιγμό ή τον βήχα αντί μιας συντονισμένης κατάποσης. Οι γονείς συνήθως, αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα, προσφέροντας πρώτα υγρό σε ποτήρι με στόμιο, που ελέγχει μερική ποσότητα ροής του υγρού. Μια σημαντική ποσότητα υγρού μπορεί να διαφύγει όσο το μωρό κινείται σύμφωνα με τον νέο συντονισμό που απαιτείται. Κάποια παιδιά, δεν βιώνουν διαφυγή υγρού αν πίνουν από ποτήρι με φαρδύ ή πλατύ στόμιο, το οποίο βοηθά το κλείσιμο των χειλιών παρέχοντας μεγαλύτερη σταθερότητα. (Morris & Klein, 2000).

### 1.3.4. 9 μηνών μωρά

Στους 9 μήνες τα μωρά είναι περισσότερο δραστήρια και ενεργά για να εξερευνήσουν το περιβάλλον. Κυλούν, σέρνονται ή σκαρφαλώνουν προς τα παιχνίδια ή τους ανθρώπους. Η ισορροπία τους ενώ κάθονται έχει βελτιωθεί και τους επιτρέπει να χρησιμοποιούν τα χεριά τους για να παίξουν και να εξερευνήσουν αντικείμενα περισσότερο από ότι για να έχουν σταθερότητα. Τα μωρά σε αυτή την ηλικία έχουν καλύτερη το πιάσιμο τους ώστε να είναι πιο λειτουργικό. Καινούργια αντικείμενα συνήθως τοποθετούνται στο στόμα για αισθητηριακή ταυτοποίηση πριν εξερευνηθούν με τα χεριά και τα ματιά.

Αυτά τα παιδιά μπορούν να κάθονται σε υπερυψωμένη καρέκλα χωρίς την ανάγκη πλαϊνών μαξιλαριών ή άλλων περιορισμών. Τα υγρά παρέχονται από μπουκάλι ή το στήθος ή από ποτήρι ενώ οι μαλακές συμπαγείς τροφές από κουτάλι. Τροφές που χρειαζόταν δάγκωμα και μάσημα επίσης εντάσσονται στους 9 μήνες.

Το ρούφηγμα των υγρών και των μαλακών πολτοποιημένων στερεών τροφών χαρακτηρίζεται αρχικά από την πάνω-κάτω κίνηση της γλώσσας και αυξάνει την κίνηση των χειλιών κατά το ρούφηγμα. Όταν πίνει το μωρό έχει αναπτύξει καλύτερο έλεγχο ως προς τη ροή, τραβώντας πίσω το ποτήρι αφού έχει πιει 1-3 γουλιές. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να περιγράψουμε τις αναπτυξιακές δυνατότητες με το ποτήρι σε αυτή την ηλικία, επειδή πολλά εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ποτηριού. Πολλά μωρά επίσης, πίνουν από καλαμάκι στους 9 μήνες.

Τέλος, η περίοδος αυτή των 9 μηνών είναι σημαντική για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων σίτισης. Το μωρό έχει ξεκινήσει να ξεχωρίζει και να βελτιώνει κινήσεις των ξεχωριστών τμημάτων του συστήματος σίτισης. (Morris & Klein, 2000).

### 1.3.5. 12 μηνών παιδιά

Ζωντάνια, ανεξαρτησία και επικοινωνία είναι λέξεις που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τα παιδιά ενός έτους. Αυτά τα παιδιά πίνουν τα υγρά από μπουκάλι, στήθος, ποτήρι ή καλαμάκι. Συνήθως τους δίνουν από μπουκάλι ή από το στήθος, πριν την ώρα του ύπνου ενώ το ποτήρι το χρησιμοποιούν στα ενδιάμεσα ή στα κυρίως γεύματα. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιούν καλαμάκι όταν τρώνε έξω με την οικογένεια.

Ο έλεγχος της κίνησης με το ποτήρι ποικίλλει σε αυτή την ηλικία, εξαρτώμενη από το είδος του ποτηριού που χρησιμοποιείται. Το υγρό χάνεται από το στόμα όταν αφαιρείται το ποτήρι. Ο έλεγχος κατά την πόση υποστηρίζεται από την σταθεροποιητική πίεση του ποτηριού στο

κάτω χείλος ή μέσα στο πλάγια του στόματος. Η πάνω κάτω κίνηση της γλώσσας στο ρούφηγμα, προκύπτει σταθερά κατά την πόση εάν το παιδί είχε παρατεταμένη εμπειρία σχετικά με την πόση από ανοιχτό ποτήρι. Με αυτό το είδος ποτηριού, προκύπτει διακεκομμένη ανύψωση της γλώσσας κατά την κατάποση. Μπορεί να προκύψει μερικός βήχας ή πνιγμός εάν η ροή του υγρού είναι μεγάλη. Ένα διψασμένο παιδί μπορεί να ακολουθήσει τρεις ή περισσότερες κινήσεις «ρούφηγμα-κατάποση», ενώ πίνει μια γουλιά ή και λιγότερο υγρό. (Morris & Klein, 2000).

### 1.3.6. 15 μηνών παιδιά

Τα 15% μηνών παιδιά συνεχίζουν να βελτιώνουν την σίτιση και τις στοματικές κινητικές ικανότητές τους. Το μάσημα βελτιώνεται όσο ο χρόνος και ο συντονισμός της τροφής μεταφέρεται ώριμα. Τα μάγουλα βοηθούν τα δόντια να κρατήσουν το φαγητό μέσα στο στόμα ώστε να βοηθηθεί ο έλεγχος της εναπόθεσης και κίνησης της τροφής μέσα στο στόμα.

Οι ικανότητες πόσης επίσης βελτιώνονται. Λιγότερο πιτσίλισμα προκύπτει κατά την πόση και όσο το ποτήρι αφαιρείται. Η σταθεροποίηση του σαγονιού μέσω της μάσησης της άκρης του ποτηριού ξεκινά στους 15 μήνες, επιτρέποντας στην γλώσσα και στα χείλη να αναπτύξουν ανεξάρτητο έλεγχο. Όσο αυτό προκύπτει, η γλώσσα δεν είναι πλέον ικανή να κινηθεί μέσα στην ανυψωμένη θέση, παθητικά όσο το σαγόκι κινείται πάνω-κάτω. Δεν υπάρχει καμία επαρκής νευρολογική ωρίμανση για να ενεργοποιήσει την άκρη της γλώσσας ώστε να ανυψωθεί ανεξάρτητα όσο αναζητά την γνώριμη αισθητηριακή επαφή με το μπροστινό μέρος της υπερώας. Αυτό το μοτίβο, μπορεί να μην αναπτυχθεί ενώ το παιδί χρησιμοποιεί ποτήρι με στόμιο επειδή το στόμιο, ακουμπά στην άκρη της γλώσσας, εμποδίζοντας την ανύψωση γλώσσας-χείλους. Πνιγμός και βήχας σπάνια προκύπτουν όσο χρησιμοποιούνται μεγάλες ακολουθίες ρουφήγματος ένα πίνουν μια γουλιά ή περισσότερο υγρό. (Morris & Klein, 2000).

### 1.3.7. 18 μηνών παιδιά

Μέχρι τους 18 μήνες, τα νεογνά είναι πολύ κινητικά, περπατούν και τρέχουν με ενθουσιασμό καθώς ανακαλύπτουν τον κόσμο. Δεν χρειάζονται πλέον επιπρόσθετη στήριξη ή την ασφάλεια που παρείχε η υπερυψωμένη καρέκλα και μπορούν πλέον να ταΐζονται στο οικογενειακό τραπέζι ενώ κάθονται σε ψηλή παιδική καρέκλα. Μπορούν να αυτοσιτιστούν με τα δάχτυλά τους ή με κουτάλι και μπορούν αν χειριστούν το ποτήρι ανεξάρτητα. Είναι ικανά να μασήσουν με τα χείλη κλειστά και το κάνουν όταν το στόμα είναι γεμάτο και δεν θέλουν να τους πέσει. Άλλες στιγμές, το στόμα είναι συνήθως ανοιχτό για μάσηση χωρίς να χάνεται τροφή ή σάλιο. Μπορούν να δαγκώσουν ένα σκληρό μπισκότο χρησιμοποιώντας ένα

διατηρούμενο δάγκωμα αλλά δείχνουν υπερχειλίση ή σχετικές κινήσεις στα χέρια και τα πόδια. Το κεφάλι μπορεί να κινείται προς τα πίσω σε μία μικρή κλίση για να βοηθήσει την μάσηση.

Όταν πίνουν από ποτήρι χωρίς στόμιο, καταφέρνουν σταθεροποίηση του σαγονιού δαγκώνοντας στην άκρη αν είχαν προηγούμενη εμπειρία με αυτό τον τύπο ποτηριού. Το άνω χείλος κινείται καθοδικά, ερχόμενο σε επαφή με την άκρη του ποτηριού για βελτιωμένη ικανότητα πόσης. Κατάποση προκύπτει με ένα μικρό κλείσιμο χειλιών και μία υπερυψωμένη θέση γλώσσας. (Morris & Klein, 2000).

### 1.3.8. 2 χρονών παιδιά

Μέχρι τους 24 μήνες, τα θεμέλια των μοτίβων σίτισης έχουν τεθεί για όλη την ζωή. Τα 2 χρόνια τρώνε ανεξάρτητα και αντιμετωπίζουν όλα τα είδη τροφών και υγρών που τους παρουσιάζονται. Σε αυτή την ηλικία, οι τύποι τροφών ποικίλουν λόγω της προσωπικής γεύσης και προτίμησης και όχι λόγω της έλλειψης συντονισμού και δυνατοτήτων.

Η μάσηση πετυχαίνεται με μη στερεοτυπικές κατακόρυφες, διαγώνιες περιστροφικές και κυκλικές περιστροφικές κινήσεις του σαγονιού. Το είδος των κινήσεων εξαρτάται από την συνέπεια και την υφή της μπουκιάς της τροφής.

Τα παιδιά συνεχίζουν να πίνουν χρησιμοποιώντας την κίνηση ρουφήγματος πάνω-κάτω εάν είχαν εμπειρία με ποτήρι χωρίς στόμιο. Μεγαλύτερος έλεγχος, ακρίβεια και ταχύτητα είναι πιθανά όσο αυτά τα παιδιά ξεκινούν να μεταβαίνουν από το δάγκωμα στο ποτήρι για επιπρόσθετη σταθερότητα σε έναν εσωτερικό τρόπο σταθεροποίησης του σαγονιού. Αυτό προκύπτει μέσω της ισορροπημένης συστολής των μυών του σαγονιού γύρω από την κροταφογναθική άρθρωση.

Η προεξοχή της γλώσσας κατά την κατάποση έχει αντικατασταθεί με την ανύψωση της γλώσσας σε πολλά παιδιά. Τα χείλη κλείνουν μαλακά για να ελαχιστοποιήσουν την απώλεια φαγητού και σάλιου κατά την σίτιση. (Morris & Klein, 2000).

Η βελτίωση των στοματικών κινητικών δεξιοτήτων κατά την σίτιση συνεχίζει ορθά πέρα από τα πρώτα 2 χρόνια. Παρόλο που πολλές μελέτες δεν έχουν ελέγξει μεγαλύτερα παιδιά, αυτές οι έρευνες των Gisel και των συνεργατών (Gisel, 1988a, 1988c; Gisel & Schwob, 1998) έχουν ελέγξει διαστάσεις της μάσησης σε παιδιά μέχρι τα 8 τους χρόνια.

**Εξέλιξη και στοματοκινητικές ικανότητες που σχετίζονται με τη διαδικασία της σίτισης από τη γέννηση μέχρι τους 24 μήνες**

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ	ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΥΓΡΗΣ & ΣΤΕΡΕΗΣ ΤΡΟΦΗΣ	ΣΤΟΜΑΤΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ
0-4	Αναζήτησης Έμμεσης Δαγκώνει αυτόματα (phasic bite)	Υγρά	Θηλασμός σε θηλή	Έλεγχος κεφαλής
4-6	Εξαφάνιση phasic bite Ελάττωση αναζήτησης	Πολτοποιημένες τροφές	Θηλασμός από κουτάλι πρώτα Θηλασμός α Ρούφηγμα	Ισορροπία όταν κάθεται
6-9	Ωριμη έμμεση	Πολτοποιημένες τροφές Μαλακή μασημένη τροφή	Πόση από ποτήρι Κάθετο μπουσούλισμα Περιορισμένες πλευρικές κινήσεις της γλώσσας.	Παιχνίδι χέρι –στόμα Βοήθεια με το κουτάλι Σίτιση με τα δάχτυλα
9-12		Πολτοποιημένες τροφές με κομμάτια	Ανεξάρτητη πόση από ποτήρι	Σίτιση με τα δάχτυλα και πιάνει το κουτάλι με ολόκληρο το χέρι
12-18		Όλες οι υφές	Αναδύεται πλευρική δραστηριότητα της γλώσσας Πόση από καλαμάκι	Αυξάνεται η ανεξαρτησία στη σίτιση Παίρνει το κουτάλι και το φέρνει στο στόμα
18-24		Περισσότερο μασημένη τροφή	Περιστροφικές κινήσεις μάσησης Μειωμένη εισαγωγή τροφής μέχρι τους 24 μήνες	
24 ΚΑΙ ΠΑΝΩ		Σκληρά στερεά	Ωριμότερη μάσηση για σκληρές τροφές	Απόλυτη αυτοσίτιση Αυξάνεται η χρήση πιρουνιού Πόση από ποτήρι Ανοιχτό ποτήρι και δεν λερώνεται

(Arvedson and Lefton-Grief, 1998)



**Φυσιολογική ανάπτυξη σίτισης: Από τη γέννηση έως τα 2 έτη**

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ</b>	<b>ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΣΙΤΙΣΗ</b>	<b>ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ</b>
Γέννηση	<p>Πιπίλισμα με προσθοπίσθια κίνηση γλώσσας</p> <p>Η γνάθος και η γλώσσας μικρό εύρος κίνησης</p> <p>Παρείες και χείλη μη ενεργό ρόλο στην διαδικασία</p> <p>Ισχυρό αντανακλαστικό θηλασμού, αναζήτησης, αυτόματο δάγκωμα</p>	Μητρικό γάλα ή σε σκόνη	<p>Κίνηση στόματος προς το χέρι</p> <p>Η δραστηριότητα αυτή υποβοηθά το νεογνό να οργανώσει την αλληλουχία αναρρόφησης-κατάποσης-αναπνοής</p>	<p>A-K: φυσιολογική κάμψη κορμού που παρέχει σταθερότητα θέσης και κινήσεων των άκρων. Στερείται προσανατολισμού μέσης γραμμής.</p> <p>Λ.Κ: Ισχυρή κάμψη δακτύλων και πίεση επί της παλάμης που ενεργοποιεί το αντανακλαστικού του δραγμού.</p>
1 μήνα	<p>Κυρίως πιπίλισμα</p> <p>Δυο ρουφήγματα πριν από την αναπνοή/κατάποση</p> <p>Αντανακλαστικό αναζήτησης και αυτόματου δαγκώματος</p>			<p>A.K: Μείωση της κάμψης και μεγαλύτερο εύρος κινητικότητας των άκρων</p> <p>Λ.Κ : Παραμονή αντανακλαστικού δραγμού, αντανακλαστικό ζύσιμο αντικειμένων</p>
2 μηνών	<p>Πιπίλισμα κατά το θηλασμό</p> <p>Ευρείες κινήσεις γνάθου</p> <p>Αύξηση σιελόρροιας</p>			<p>A.K. : Περίοδος υποτονίας λόγω μείωσης της κάμψης με επακόλουθη μείωση της δομικής σταθερότητας. Έγερση της κεφαλής κατά 45° στην πρηνή θέση. Στιγμαία στήριξη κεφαλής σε όρθια θέση όταν υπάρχει στήριξη κορμού</p> <p>Λ.Κ : Πιο στοχευμένη κίνηση</p>

				άνω άκρων
3 μηνών	Μακρά αλληλουχία-κατάποσης  Καλύτερη σύγκλειση στόματος  Ενίοτε αναρρόφηση αντί για πιπίλισμα  Μείωση των αντανακλαστικών αναζήτησης και αυτόματου δαγκώματος  Ισχυρό αντανακλαστικό εμέτου	Φέρει το χέρι στο στόμα  Φέρει αντικείμενα στο στόμα  Φέρει το χέρι στο μπουκάλι θηλασμού		Α.Κ: : Λειτουργικός έλεγχος κεφαλής σε όλες τις θέσεις . Ορθια στάση κορμού για βραχέα διαστήματα εάν υποστηρίζεται. Εγερση της κεφαλής κατά 90° στην πρηνή θέση με έκταση ράχης και γοφών  Λ.Κ : Εκούσια κίνηση άνω άκρων Εκούσια σύλληψη αντικειμένων που φέρονται κοντά στα χέρια του
4 μηνών	Μικρές κινήσεις άνω και κάτω γνάθου εμφάνιση αναρρόφησης υποβοηθούμενη από γνάθο και παρειές  Ευχερής συντονισμός αλληλουχίας αναρρόφησης κατάποσης αναπνοής  Κατάργηση αντανακλαστικού προσανατολισμού	Γάλα  Σιδηρούχα δημητριακά	Βάζει αντικείμενα στο στόμα , το οποίο υποβοηθά στην οπίσθια αντιμετώπιση του αντανακλαστικού του εμέτου  Εναρξη σίτισης με κουτάλι που είναι επιτυχέστερη εάν υποστηρίζεται πλήρως σε επίκλινη θέση με αυξημένη υποστήριξη	Α.Κ : Περίοδος συμμετρικότητας Γύρισμα κορμού στο πλάι Στηρίζεται στα αντιβράχια κατά την πρηνή θέση Ορθια στάση για μακρύτερα διαστήματα ένα στηρίζεται ο κορμός χαμηλά
5 μηνών	Θηλασμός τύπου αναρρόφησης  Επιτέδωση γλώσσας καθώς το στόμα ανοιγοκλείνει  Ενεργητική κίνηση χειλέων  Πιπίλισμα τροφών από κουτάλι	Προσθήκη ρυζιού ή βρώμης	Προσπάθεια υποβοήθειας συγκράτησης του μπουκαλιού	Α.Κ : Γυρίζει από πρηνή σε ήπια θέση  Λ.Κ : Άπλωμα χεριών για σύλληψη σε πρηνή θέση η οποία κατευθύνεται με το βλέμμα του. Εμφάνιση μονόπλευρης στήριξης

	Εμφάνιση μασουλήματος  Αδυναμία μεταφοράς τροφών στα πλάγια της στοματικής κοιλότητας			
6 μηνών	Μικρότερο εύρος κίνησης γνάθου  Κύλιση γλώσσας από πλάγιο σε πλάγιο  Σύγκλιση άνω χειλούς περίξ του κουταλιού  Πόση από ποτήρι με πιπίλισμα  Ανικανότητα ελέγχου ροής  Μασούλημα με μάσημα  Κατάργηση αυτόματου δαγκώματος	Χορήγηση τροφίμων με κουτάλι  Δημητριακά με σκέτα φρούτα  Λαχανικά	Το παιδί κρατά μόνο του το μπουκάλι  Υποστήριξη σε υψηλή καρέκλα για την παρουσίαση αποδοτικών, στοματικών, κινητικών διεργασιών κατά την σίτιση με κουτάλι και ποτήρι	Α.Κ : Πλήρης έλεγχος κεφαλής Κύλιση σε ύπτια από πρηνή θέση Κάθεται αυτόνομα Κατά την πρηνή θέση μπορεί ελεγχόμενα να έρθει σε καθιστή θέση  Λ.Κ : Μεταφέρει αντικείμενα από χέρι και χέρι Εναρξη της χρήσης του αντίχειρα κατά τον δραγμό
7-9 μηνών	Κύλιση γλώσσας και στα δυο πλάγια  Πραγματοποίηση 2-3 καταπόσεων από ποτήρι  Αύξηση της αντίληψης της πίεσης της γνάθου κατά το δάγκωμα	Εναρξη χορήγησης σκληρότερων τροφών ( κράκερ, μπισκότα, λωρίδες καρότου) Κανονικές τροφές σε πουρέ  Διαλυόμενα στερεά τα οποία κρατά το χέρι και τα περιεργάζεται με το στόμα του	Αυτόνομη σίτιση από μπουκάλι  Λήψη υγρών με καλαμάκι	Α.Κ : Έναρξη μπουσουλήματος Αλλαγή από καθιστή σε πρηνή θέση Μπορεί να απλώνει τα άνω άκρα , να πιάνει με αυτά και να επιστρέφει στην καθιστή θέση Ταλαντώνεται προσθίως και πίσω κατά το μπουσούλημα  Λ.Κ : Μπορεί να απλώνει τα άνω άκρα και να πιάνει με αυτά ενώ βρίσκεται σε καθιστή θέση
10-11 μηνών	Μεταφορά τροφής από το κέντρο στα πλάγια της στοματικής κοιλότητας	Εναρξη χορήγησης μαλακών επιμαχισμένων σε κύβους τροφών  Γαλακτοκομικά	Ικανότητα σύλληψης αποδέσμευσης μικρών αντικειμένων	Α.Κ : Ενεργητική καθιστή θέση Ελξη προς όρθια στάση με ενισχυμένο έλεγχο κάτω άκρων Βάδιση με κινούμενα έπιπλα

	<p>Προβολή γλώσσας κάτω από το ποτήρι κατά την πόση</p> <p>Ενεργός έλεγχος χειλέων και παρειών κατά την πόση</p> <p>Σύγκλιση χειλέων κατά τη σίτιση</p> <p>Αύξηση του περιστροφικού ελέγχου κατά τη μάσηση</p>	<p>προϊόντα</p> <p>Μαλακές τροφές (ψωμί, muffins, μικροτεμαχισμένο κρέας)</p>		<p>Λ.Κ : Σύλληψη με αντίχειρα και δείκτη- μεσοδάκτυλο</p> <p>Επανατοποθέτηση αντικειμένων με το στόμα</p>
12 μηνών	<p>Έλεγχος πίεσης γνάθου σε μαλακές τροφές 4-5 καταπόσεις από ποτήρι</p> <p>Μεταφορά τροφικού περιεχομένου από το κέντρο και στις 2 πλευρές της γλώσσας</p> <p>Πλήρης σύγκλιση χειλέων σε ποτήρι</p>	<p>Σε κάθε γεύμα χρησιμοποιείται πρωτεϊνούχο και αμυλούχο τρόφιμο και φρούτο ή λαχανικό</p> <p>Πλήρες γάλα</p>	<p>Βελτίωση ελέγχου σίτισης από κουτάλι</p> <p>Χρήση κουταλιού από το παιδί ώστε να αναπτυχθεί η αίσθηση αυτονομίας κατά τη σίτιση</p>	<p>Λ.Κ : Αυτόνομα βήματα</p> <p>Στέκεται αυτόνομα</p> <p>Σίτιση σε υψηλή καρέκλα</p> <p>Λ.Κ : Σύλληψη – τσίμπημα αντικειμένων</p> <p>Αμφοτερόπλευρος συντονισμός</p> <p>Ελέγχει και διερευνά αντικείμενα</p>
12-18 μηνών	<p>Επαυξημένη αντίληψη στοματικής κοιλότητας</p> <p>Καθαρισμός κάτω χείλους με τη γλώσσα</p>	<p>Εναρξη χυμών</p>	<p>Σίτιση με τα χέρια</p> <p>Αυτόνομη πόση από ποτήρι</p> <p>Γέμισμα κουταλιού με μικρή απώλεια υλικού</p>	<p>Λ.Κ: Ικανοποιητική βάδιση</p> <p>Πραγματοποιεί βαθύ κάθισμα κατά το παιχνίδι</p> <p>Εγερση από καθιστή σε όρθια θέση χωρίς υποστήριξη</p> <p>Λ.Κ : Βελτίωση ποιότητας και ελέγχου κινήσεων άνω άκρων</p> <p>Ικανότητα σύλληψης και αποδέσμευσης αντικειμένων</p>
24 μηνών	<p>Ελεγχόμενο παρατεταμένο δάγκωμα</p> <p>Επιτυχής μεταφορά τροφικού περιεχομένου από πλευρά σε πλευρά</p> <p>Σταθεροποίηση ποτηριού χωρίς</p>		<p>Αυτοσίτιση με κουτάλι</p> <p>Εναρξη χρήσης προυνιού</p>	<p>Βάδιση, τρέξιμο, άλματα</p> <p>Συνεχής εξάσκηση προηγούμενων αποκτηθέντων κινητικών ικανοτήτων</p>

δάγκωμα			
---------	--	--	--

(Croher, E.M. & Crary, M.A., 2015)

\*ΑΚ: Αδρή κινητικότητα ΛΚ: Λεπτή κινητικότητα

## 1.4. Δυσκολίες που παρουσιάζονται κατά την ανάπτυξη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης

### 1.4.1. Η επίδραση του ιστορικού των γονέων

Κάθε ενήλικας που ταΐζει ένα παιδί ή ετοιμάζει το φαγητό φέρνει ένα προσωπικό ιστορικό στο τραπέζι. Είναι σημαντικό να εξερευνηθεί ο ρόλος που παίζει το φαγητό στην ανατροφή του κάθε γονιού και να γνωρίζουμε τις πεποιθήσεις και τις οικογενειακές αξίες που έχουν απορροφηθεί. (McCann, Stein, Fairburn, & Dunger, 1994). Ένας πατέρας σοκαρίστηκε όταν ο γιατρός είπε ότι ήθελε να κάνει τα γεύματα αστεία και απολαυστικά για τον γιό του. Αυτός δήλωσε εμφατικά ότι δεν ήταν αυτός ο σκοπός του φαγητού. Περιέγραψε να τον κυνηγάει γύρω γύρω η γιαγιά του με ένα κουτάλι όλη μέρα, η οποία του θύμιζε συνεχώς να τρώει όταν ήταν παιδί. Για αυτόν, τα γεύματα ήταν τιμωρητικά και δυσάρεστα. Ως ενήλικας, έβλεπε τα γεύματα σαν κάτι που έπρεπε να κάνει επειδή το σώμα του χρειαζόταν φαγητό. Η ιδέα ότι το φαγητό μπορεί να είναι ευχάριστο για αυτόν ή για τον γιο του ήταν άγνωστο για αυτό. (Morris & Klein, 2000).

Τα παιδιά μπορούν να έχουν το ίδιο σύνολο εμπειριών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αλλά να τα αντιλαμβάνονται διαφορετικά όταν γίνουν γονείς. Μία μητέρα αναθράφηκε από γονείς που ήταν απόλυτα υπεύθυνοι για το τάισμα της. Δεν της επιτρεπόταν να φύγει από το τραπέζι μέχρι το πιάτο της να ήταν άδειο. Σαν ενήλικας, συνειδητοποίησε ότι δεν είχε μάθει ποτέ να απαντά στα εσωτερικά σήματα πείνας και κορεσμού. Πάλευε με την ανεπιθύμητη πρόσληψη βάρους επειδή συνέχιζε να τρώει ο,τι της σέρβιραν, είτε πείναγε είτε όχι. Όταν έγινε μητέρα, ένιωθε σθεναρά την ανάγκη να αφήνει τα παιδιά της να αποφασίζουν τι και πόσο θα έτρωγαν. Επέλεγε και σέρβιρε κατάλληλα φαγητά αλλά τα ενθάρρυνε να τρώνε μόνο όσο ήθελαν. Άλλη μία μητέρα είχε παρόμοια εμπειρία σαν παιδί. Δεν την επιτρεπόταν ποτέ να διαλέξει πόσο φαγητό ήθελε να φάει και πάντα πιεζόταν να “φάει λίγο ακόμα”. Επειδή ήταν γνώριμη με αυτό το γονικό στυλ, έθεσε σε εφαρμογή τις ίδιες κατευθυντήριες γραμμές και για τα παιδιά της. (Morris & Klein, 2000).

Το ιατρικό ιστορικό των γονέων συχνά παίζει μεγάλο ρόλο στα γεύματα. (Daly & Fritsch, 1995; Drotar,1991; Duniz et al., 1996). Μπορεί τα ιατρικά θέματα να επηρεάζουν την ενέργεια ενός ενήλικα, την αντοχή, την συναισθηματική κατάσταση και την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις.(Singer et al.,1999; Williams et al.,1999). Φυσική ασθένεια ή διαταραχή, κατάθλιψη (Field,1998), νοητική ασθένεια(Weinberg & Tronick,1998), νοητικές καθυστερήσεις(Burns, Chethik, Burns, & Clark,1991), δυσκολίες μάθησης, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (Daly & Fritsch,1995) και η θεραπεία, επηρεάζουν το πώς οι γονείς σχετίζονται με το παιδί στην διάρκεια του γεύματος. Σοβαρά προβλήματα σε αυτές τις περιοχές μπορεί ακόμα να φέρουν σαν αποτέλεσμα ο γονιός να ξεχάσει να ταΐσει το παιδί του ή να το ταΐζει ανεπαρκείς ποσότητες προκειμένου να μεγαλώσει.(Russell, Treasure, & Eisler, 1998). Μία μητέρα που είναι για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαντλημένη μπορεί να προσεγγίσει το φαγητό σαν κάτι ‘για να περάσει η ώρα’. Μπορεί επίσης να έχει λίγη ενέργεια για αλληλεπίδραση ή για καθοδήγηση του παιδιού της σε νέες δεξιότητες. Ευκαιρίες για μάθηση μπορεί να είναι καθυστερημένες επειδή ο γονιός δεν το νιώθει αρκετά για να περάσει επιπλέον χρόνο και να αναμετρηθεί με τις προκλήσεις ενός παιδιού που δημιουργεί χάος ενώ μαθαίνει μία νέα δεξιότητα. (Morris & Klein,2000).

Μητέρες που θηλάζουν τα παιδιά τους παρέχουν μία επιπλέον ποικιλία από γευστικές εμπειρίες μέσω του μητρικού γάλακτος.(Mennella, 1995; Mennella & Beauchamp, 1998). Η γεύση των φαγητών που έχουν φάει , μεταφέρεται στο γάλα και το μωρό έχει τη δυνατότητα να βιώσει πολλές διαφορετικές γεύσεις. Όταν η μητέρα είναι περιπετειώδης και είναι πρόθυμη να συμπεριλάβει καινοτόμα φαγητά στην διαίτα της, τα παιδιά γεύονται αναπτυσσόμενες περιπέτειες. Επιπροσθέτως, αυτό σχετίζεται με την προθυμία του παιδιού να δοκιμάσει νέες γεύσεις όταν εντάσσονται συμπληρωματικά φαγητά.(Mennella & Beauchamp,1998). Οι γονείς συνεχίζουν να ασκούν επιρροή στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους όσο μεγαλώνουν. Όταν είναι ύποπτοι σχετικά με τα νέα φαγητά στην προσωπική τους ζωή, τείνουν να προσφέρουν στα παιδιά τους κατά κύριο λόγο συνηθισμένα φαγητά. Ακολούθως, τα παιδιά τους μπορεί να μειώσουν τις δικές τους δίαιτες λόγω έλλειψης εμπειρίας με μία ευρύ ποικιλία φαγητών. (Koivisto,1999; Koivisto & Sjoden,1996).

#### 1.4.2. Αισθητηριακά και συμπεριφορικά προβλήματα διατροφής

Σε αυτή την κατηγορία προβλημάτων εντάσσονται προβλήματα που έχουν να κάνουν με τον τρόπο που παρουσιάζεται το φαγητό και την όψη του, τη γεύση του και τη μυρωδιά καθώς και την υφή του. Τέτοιες μεταβλητές μπορεί να αποτρέψουν ένα παιδί στο να αναπτύξει

τεχνικές αυτόνομης σίτισης κάνοντάς το είτε να νιώσει άβολα με την παρουσία του φαγητού ή και ακόμα να προκαλέσει έμετο. Τα παιδιά με αισθητηριακά προβλήματα έχουν συνήθως δυσκολίες μετάβασης από τη μία την υφή των τροφών στην άλλη. Μπορούν να παραμείνουν "κολλημένα" σε υγρά ή σε πουρέ και αρνούνται τρόφιμα με διαφορετικές υφές.

Προβληματικές συμπεριφορές που συμβαίνουν γύρω από τα γεύματα περιλαμβάνουν την άρνηση του παιδιού να καθίσει στο τραπέζι για φαγητό, την άρνηση για αυτόνομη σίτιση (όταν είναι σε θέση να το πράξουν), και διασπαστικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του γεύματος, όπως τη ρίψη τροφίμων, το να παίρνει τρόφιμα από τους άλλους που βρίσκονται στο τραπέζι την ώρα του φαγητού, να κλαίει, να ουρλιάζει και να προκαλεί έμετο για να βγάλει το γεύμα. (Case-Smith & O' Brien, 2010).

#### 1.4.3. Υποθέσεις που δημιουργούν προβλήματα στις τεχνικές αυτόνομης σίτισης

Ο εντοπισμός των προβλημάτων αυτόνομης σίτισης κατά τη βρεφική και την πρώιμη παιδική ηλικία δεν είναι απλή υπόθεση, επειδή δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτό σύστημα ορισμού ή κατάταξης (Archer & Szatmari,1990). Επιπλέον, τα προβλήματα σίτισης είναι ετερογενή ως προς τη φύση τους και διαφέρουν κατά περίπτωση. Μερικά από τα πιο συχνά προβλήματα που παρουσιάζονται στην προσχολική ηλικία είναι: πολλαπλές αντιπάθειες τροφίμων (επιλεκτικότητα των τροφίμων) (Debby Arts-Rodas & Benoit,1998), μερική ή πλήρη άρνηση των τροφών (Dahl, 1986), δυσκολία στο πιπίλισμα, την κατάποση ή το μάσημα (Palmer & Horn,1978) έμετο, κολικούς, παρατεταμένη επικόλληση σε ακατάλληλες υφές (Dahl, 1986), καθυστέρηση στις τεχνικές αυτόνομης σίτισης (Palmer & Horn,1978), ξεσπάσματα και άλλες συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του γεύματος, μηρυκασμός (Benoit,1993). Επιπλέον, οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία προβλημάτων είναι συχνά πολυπαραγοντικοί και μπορεί να αλληλεπιδρούν οδηγώντας στην τελική κλινική εικόνα ενός παιδιού με προβλήματα σίτισης ή / και προβλήματα κατάποσης.

Για να αξιολογηθούν όλοι οι παράγοντες θα πρέπει ο ειδικός σίτισης ή εξειδικευμένος λογοπαθολόγος να λάβει ένα αναλυτικό ιστορικό της υγείας του παιδιού το οποίο παρέχει πληροφορίες σχετικά με ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να συμβάλουν στη σίτιση ή / και στα προβλήματα κατάποσης. Για παράδειγμα, η σίτιση ή / και προβλήματα κατάποσης μπορεί να σχετίζονται με οποιοδήποτε συνδυασμό από τα ακόλουθα: νευρολογικά ελλείμματα (π.χ., εγκεφαλική παράλυση), ανατομικά / μηχανικά προβλήματα του άνω αεραγωγού (π.χ., ατρησία ρινικής χοάνης), συγγενείς ανωμαλίες της στοματικής κοιλότητας,

του λάρυγγα, της τραχείας και του οισοφάγου (π.χ., σχιστίες), φάρμακα που προκάλεσαν κάποια παρενέργεια (π.χ., χημειοθεραπεία), χρόνιες ασθένειες (π.χ., γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, καρδιακά και πνευμονικά προβλήματα), πολλαπλές τροφικές αλλεργίες, και γενετικές ή μεταβολικές διαταραχές (π.χ., σύνδρομο Down, φαινυλκετονουρία) (Tuchman & Walter,1994).

Ωστόσο, τα προβλήματα σίτισης δεν απαντώνται αποκλειστικά σε παιδιά με προβλήματα υγείας. Για παράδειγμα, η ομαλή αλληλεπίδραση των μελών μιας οικογένειας (Lyons-Ruth & Zeanah & Benoit, 2003), η αισθητηριακή ολοκλήρωση του παιδιού, η σωστή θέση και στάση του σώματος του (ισχία λυγισμένα, κεφαλή και λαιμός σε ευθεία γραμμή, πηγούνι ελαφρώς προς τα κάτω προς στο στήθος), η ποιότητα της φροντίδας και η συμπεριφορά των γονέων (π.χ., υπερβολική ανησυχία των γονέων κατά τα γεύματα, αναγκαστική διατροφή, φόβος για να μην λερωθούν) μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των τεχνικών αυτόνομης σίτισης στην πρώιμη παιδική ηλικία (Palmer & Horn ,1978; Babbitt & Hoch & Coe et al.,1994; Budd & McGraw & Farbisz et al.,1992). Όσον αφορά την ποιότητα της φροντίδας θα πρέπει να υπάρχουν υπόνοιες ως ένας από τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στο πρόβλημα σίτισης. Τέτοιες συμπεριφορές είναι όταν ο γονέας είναι θυμωμένος με το παιδί, ή είναι αγχωμένος από τα προβλήματα σίτισης, ή έχει γίνει αδιάφορος προς το παιδί (π.χ., έχει παραιτηθεί) ή παραπονιέται ότι το τάισμα του παιδιού δημιουργεί προβλήματα που επηρεάζουν άλλα μέλη της οικογένειας ή / και άλλες παραμέτρους της οικογενειακής ζωής. (Arts-Rodas & Benoit,1998).

#### 1.4.4. Η επιρροή της σίτισης του παιδιού από τα γονικά μοτίβα σίτισης

Η σίτιση και οι λεκτικές κινητικές δυσκολίες συμβάλλουν σθεναρά στο άμεσο και έμμεσο οικογενειακό στρες στις ώρες του γεύματος. Οι ώρες του γεύματος είναι ευκολότερες για όλους όταν τα παιδιά μπορούν να ταΐσουν τον εαυτό τους εύκολα και σωστά. Ακόμα και όταν τα παιδιά εξαρτώνται από άλλους για την σίτιση τους, η ικανότητα να ρουφούν, να καταπίνουν, και να μασάνε με ασφάλεια, το κάνει ευκολότερο. Οι σαφείς ικανότητες αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας την ώρα του γεύματος επαυξάνουν την ικανότητα της σίτισης των παιδιών που έχουν φτωχές ικανότητες. Όταν τα παιδιά έχουν αρκετά περιορισμένα μοτίβα σίτισης, οι ώρες του γεύματος ίσως είναι αγχωτικές και τρομακτικές,



ειδικά εάν αυτά τα μοτίβα αυξάνουν τον κίνδυνο πνιγμού ή δυσκολίας στην αναπνοή. Η σίτιση είναι συχνά αργή και οι γονείς ίσως ανησυχούν ότι το παιδί θα κουραστεί και θα σταματήσει να τρώει πριν καταναλώσει αρκετή ποσότητα τροφής έτσι ώστε να ανταποκριθεί στις θρεπτικές ανάγκες .

Παιδιά με προβλήματα στη αισθητηριακή σίτιση είναι μεταξύ αυτών και εκείνα (τα παιδιά) των οποίων τα περιορισμένα μοτίβα σίτισης είναι δύσκολο να συναντηθούν την ώρα του γεύματος. Αυτά έχουν συχνά ένα πολύ περιορισμένο ρεπερτόριο σίτισης και είναι πολύ ασταθή στην ακέννητα τους να επεξεργάζονται αισθητηριακές πληροφορίες με έναν τρόπο που είναι άνετος. (Quinn,1995; Sears,1994). Ως αποτέλεσμα, συχνά αρνούνται φαγητό και χρειάζονται σημαντική αισθητηριακή προετοιμασία έτσι ώστε να καθίσουν στο τραπέζι και να συμμετάσχουν την ώρα του γεύματος. Οι γονείς αυτών των παιδιών επίσης ανησυχούν για το φτωχό κέρδος βάρους και τη θρεπτική κατάσταση όταν η σίτιση είναι ασυνεπής και οι ποικιλία του φαγητού είναι περιορισμένη.

Οι δυσκολίες σίτισης ενός παιδιού επηρεάζουν τον χρόνο και την ενεργεία που έχουν οι γονείς για τις δίκες τους ανάγκες και για τα άλλα μέλη της οικογένειας. Μερικά παιδιά παίρνουν πολύ χρόνο για να σιτιστούν , ο γονιός μπορεί να ξοδέψει 60 με 90 λεπτά για κάθε γεύμα , 3 με 5 φορές την ημέρα ή μπορεί να δώσει μικρότερα γεύματα σε ένα νεογνό κάθε ώρα όλη την ημέρα. Οι τροφές ίσως χρειαστεί να αναμειχτούν σε ένα μπλέντερ η με συγκεκριμένους τρόπους που χρειάζονται επιπρόσθετο χρόνο. (Morris & Klein,2000).

#### 1.4.5. Η Επιρροή Των Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στον τύπο της δομής του γεύματος που δημιουργεί η κάθε οικογένεια. Αυτοί επηρεάζουν τις πηγές των πληροφοριών σχετικά με την σίτιση και τα γεύματα τα οποία είναι διαθέσιμα στους γονείς (Bryant, 1982) , την ποσότητα του φυσικού χώρου που είναι διαθέσιμος στα γεύματα , τους τύπους τροφών που προσφέρονται στα γεύματα και τα άτομα που παρέχουν γεύματα στα παιδιά.

Ο τύπος και ο βαθμός της μόρφωσης που έχουν οι γονείς σχετίζεται σε ένα βαθμό με το κοινωνικοοικονομικό τους κύρος. Πολύ μικροί γονείς ή αυτοί που έχουν μεγαλώσει σε φτωχές οικογένειες μπορεί να διέκοψαν την φοίτησή τους στο σχολείο πριν την αποφοίτηση. Οι γονείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετες οπτικές ή

λεκτικές εξηγήσεις ή προσαρμογή στο δικό τους προσωπικό στυλ μάθησης για να καταλάβουν πως πρέπει να βοηθούν τα παιδιά τους στα γεύματα. Γονείς από την άλλη που είναι μορφωμένοι μπορεί να έχουν μεγάλες προσδοκίες για τις ικανότητες μάθησης των παιδιών τους. Μπορεί να πιέζουν το παιδί ή να μπερδεύονται και να θυμώνουν όταν το παιδί μαθαίνει με διαφορετικό τρόπο ή χρειάζεται περισσότερο χρόνο.

Οικογένειες που είναι φτωχές, συχνά ζουν σε κατώτερης ποιότητας σπίτι ή είναι άστεγοι. Το φαγητό είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το γενικό οικογενειακό εισόδημα. Όταν το εισόδημα είναι χαμηλό μπορεί να μην υπάρχει αρκετό φαγητό για τα παιδιά ώστε να μεγαλώσουν σωστά. Για να αυξήσουν λοιπόν την ποσότητα του φαγητού οι γονείς μπορεί να προμηθεύονται φθηνά, επεξεργασμένα- υδατανθρακούχα φαγητά , αφήνοντας στην άκρη την διατροφή με πρωτεΐνες, λαχανικά και φρούτα επειδή στοιχίζουν περισσότερο.

Όταν και οι δύο γονείς εργάζονται εκτός σπιτιού, άλλοι ενήλικες φροντίζουν τα παιδιά. Σε κάποιες περιπτώσεις αυτοί είναι ένας παππούς/ γιαγιά ή άλλο μέλος της οικογένειας. Σε πολλές περιπτώσεις, η φροντίδα παρέχεται από μία νταντά. Άτομα που παρέχουν παιδική φροντίδα , πληρώνονται φτωχά και οι δουλειές συνήθως δεν προσελκύουν υψηλής μόρφωσης άτομα. Πολλοί φροντιστές έχουν φτωχή γλώσσα και ικανότητες γραφής και ανάγνωσης.(Healy, 1990) και μπορεί να μην μιλούν την γλώσσα των γονιών. Επιπλέον, κάθε φροντιστής «φέρνει» την δική του ή δική της ξεχωριστή κουλτούρα όσον αφορά τα παιδιά, τα γεύματα και το φαγητό. Αυτές οι διαφορές μπορεί να είναι ανεπαίσθητες αλλά έχουν ισχυρό αντίκτυπο, είτε αρνητικό είτε θετικό στο παιδί και στο θεραπευτικό πρόγραμμα. (Morris & Klein, 2000).

## 1.5. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν οι τεχνικές αυτόνομης σίτισης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά στην Ελλάδα καθώς και η ηλικία εμφάνισης τους. Επιπλέον στόχος είναι να μελετηθεί αν οι τεχνικές που αναπτύσσουν τα παιδιά γίνονται αντιληπτές από τους ίδιους τους γονείς. Για αυτό το λόγο πέρα από την αξιολόγηση των τεχνικών αυτόνομης σίτισης και την καταγραφή αυτών στην αντίστοιχη ηλικίας εμφάνισης, έγινε και σύγκριση των απαντήσεων των γονέων με τις απαντήσεις των ερευνητών ώστε να διαπιστωθούν τυχόν αποκλίσεις.

### 1.5.1. Προβλήματα στη μελέτη τεχνικών αυτόνομης σίτισης

Ξεκινώντας τη σκέψη για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας γνωρίζαμε τα διάφορα προβλήματα που υπήρχαν για τη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος. Αρχικά η υπάρχουσα βιβλιογραφία ήταν ελάχιστη και δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια παρόμοια έρευνα που να αφορά Ελληνικό δείγμα. Επιπλέον οι ελάχιστες έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό στηρίζονται στα τυπικά αναπτυξιακά ορόσημα και τις νόρμες του εξωτερικού που ούτως συ- άλλως διαφέρουν με τις ελληνικές νόρμες. Επιπλέον η ελληνική κουλτούρα και παιδεία των γονέων και κυρίως της μητέρας, η οποία είναι κατά κύριο η υπεύθυνη για τη φροντίδα και τη σίτιση του παιδιού στην βρεφική και παιδική ηλικία, έκανε ακόμα πιο δύσκολη την συνεργασία και την παρατήρησή μας με τα παιδιά, δεδομένου ότι οι μητέρες ειδικά στις ηλικίες κάτω των 18 μηνών είχαν ιδιαίτερο φόβο στο να φάνε μόνα τα παιδιά ή να δοκιμάσουν ολόκληρο κομμάτι τροφής (μη αλεσμένη τροφή), μήπως πνιγούν ή δεν μπορέσουν να το μασήσουν ή ακόμα και μήπως λερώσουν. Έχοντας λοιπόν αυτούς τους ανασταλτικούς παράγοντες αποφασίσαμε να προσεγγίσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα μπορούσαμε το θέμα και να κάνουμε μια πρώτη καταγραφή και αποτίμηση για την εμφάνιση των τεχνικών αυτόνομης σίτισης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά στον Ελλαδικό χώρο.

### 1.5.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Για την ανάδειξη ή μη κάποιας τεχνικής της αυτονομίας στην σίτιση τέθηκε μια σειρά ερωτημάτων, τα οποία ακολουθούν τα στάδια ανάπτυξης των δεξιοτήτων που εμπλέκονται με την αυτόνομη σίτιση. Για να κατακτηθεί αυτονομία στην σίτιση υπάρχουν μερικά στάδια και προϋποθέσεις που πρέπει πρώτα να καλυφθούν. Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας βασίζονται σε αυτές τις προϋποθέσεις. Τα ερωτήματα που τίθενται είναι τα εξής:

- 1) Πότε αναπτύσσονται οι βασικές δεξιότητες αυτόνομης σίτισης στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και κατά πόσο η ηλικία εμφάνισης συμφωνεί με τις αντίστοιχες υπάρχουσες νόρμες.
- 2) Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις μαρτυρίες των γονιών που αφορούν τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης από τα ευρήματα των ερευνητών;

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός (πλάνο)

Ύστερα από προ συνεννόηση με την υπεύθυνη καθηγήτη κ. Μαλατρά , δημιουργήθηκε ένα ερευνητικό πρωτόκολλο (Παράρτημα Ι), το οποίο έχει ήδη χορηγηθεί σε παιδιά με σύνδρομο Down (Μαλατρά, Μουστάκα, Πολυχρονοπούλου,2016) μέσω του οποίου οι ερευνητές θα μελετούσαν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά μέσω παρατήρηση κατά τη διάρκεια μίας πειραματικής διαδικασίας. Επίσης, σκοπός ήταν να γίνει σύγκριση των παρατηρήσεων με δεδομένα που θα παρείχαν οι γονείς με τη συμπλήρωση σύντομου ερωτηματολογίου. Οι γονείς ενημερώθηκαν για την πραγματοποίηση της έρευνας στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας και υπέγραψαν τα σχετικά έγγραφα για τη σύμφωνη συμμετοχή των παιδιών τους στην πειραματική διαδικασία.

Η μέθοδος που επιλέχτηκε για την συλλογή των δεδομένων ήταν η δειγματοληπτική έρευνα και τα ερευνητικά εργαλεία της έρευνας ήταν το αναλυτικό ιστορικό που συμπληρώθηκε από τους γονείς, η δομημένη αξιολόγηση που έγινε από τους ερευνητές στο κάθε παιδί και το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα άκρως διαδεδομένο και εύχρηστο εργαλείο συλλογής δεδομένων, το οποίο μπορεί να παραδοθεί και να συμπληρωθεί χωρίς την παρουσία του ερευνητή, ενώ παράλληλα είναι αρκετά εύληπτο και εύκολο στην ανάλυση (Wilson & Mclean, 1994).

### 2.2. Δείγμα

Ο Παρασκευόπουλος (1984) αναφέρει ότι πληθυσμός είναι ένα ευρύτερο σύνολο ομοειδών περιπτώσεων, ενώ οι Berthouex και Brown (2002) αναφέρουν ότι πληθυσμός είναι ένα

μεγάλο σύνολο N παρατηρήσεων ή τιμών δεδομένων. Ο καθορισμός του πληθυσμού εξαρτάται συνήθως από τι ίδιο το αντικείμενο της έρευνας και από τα υλικο-τεχνικά εμπόδια που προκύπτουν (Javeau, 1996).

Ο πληθυσμός, τα μέλη του οποίου αποτελούν υποκείμενα της έρευνας είναι παιδιά προσχολικής ηλικίας που κυμαίνονται από ηλικία 6 μηνών μέχρι και 4;6 ετών, τα οποία χωρίστηκαν σε 6 ομάδες:

- 6-9 μηνών
- 9-12 μηνών
- 12-18 μηνών
- 19-24 μηνών
- 25-36 μηνών
- 3;1 – 4;6 ετών

Τα κριτήρια ένταξης ενός υποκειμένου στο δείγμα ήταν να είναι τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, αποκλειστικά στοματικής σίτισης με περιορισμό για την ηλικία του παιδιού (επίπεδο 7 της κλίμακας Functional Oral Intake Scale; Crary, Mann, Groher, 2005), και να περάσουν με επιτυχία την στοματοκινητική αξιολόγηση καθώς και την αξιολόγηση γλωσσικών και γνωστικών ικανοτήτων που αντιστοιχεί στην ηλικία τους.

**Ως κριτήρια αποκλεισμού ενός παιδιού από το δείγμα τέθηκαν τα παρακάτω:**

α) αναπτυξιακές διαταραχές, όπως σύνδρομα, εγκεφαλική πάρεση, διαταραχές λόγου ή ομιλίας ή μαθησιακών διαταραχών β) παρουσία οποιουδήποτε ιατρικού προβλήματος που θα μπορούσε να επηρεάσει την ανάπτυξη και τις δεξιότητες σίτισης και κατάποσης, συμπεριλαμβανομένων νευρολογικών διαταραχών, συνδρόμων, καρδιακών προβλημάτων, αναπνευστικών προβλημάτων, μεταβολικών νοσημάτων, αισθητηριακών προβλημάτων (π.χ. σημαντικά προβλήματα όρασης, βαρηκοΐα – κώφωση), κρανιοπροσωπικών προβλημάτων γ) ιστορικό διαταραχών σίτισης/κατάποσης ή προβλημάτων στη λήψη τροφών (π.χ. θηλασμός, σίτιση από μπουκάλι) ή ιστορικό πολύ χαμηλού βάρους για το φύλο και την ηλικία ή τρέχον

μη φυσιολογικό βάρος (πολύ χαμηλό) για το φύλο και την ηλικία του παιδιού δ) οποιοσδήποτε μη φυσιολογικός περιορισμός για την ηλικία στο είδος των τροφών και την ποσότητα του φαγητού ε) ιστορικό καθυστέρησης στα αναπτυξιακά ορόσημα (στήριξε το κεφάλι, κάθισε ανεξάρτητο, μπουσούλησε, περπάτησε, μίλησε) και στ) αποτυχία σε οποιοδήποτε τμήμα της διαδικασίας screening του πειράματος.

Το σύνολο του δείγματος ήταν 64 παιδιά τα οποία χωρίστηκαν στις ηλικιακές ομάδες ως εξής:

6-9 μηνών – 4 άτομα

9-12 μηνών – 4 άτομα

12-18 μηνών – 14 άτομα

19-24 μηνών – 14 άτομα

25-36 μηνών – 14 άτομα

3;1 – 4;6 ετών – 14 άτομα

Στις δύο πρώτες ηλικιακές ομάδες ήταν αρκετά δύσκολη η εύρεση μεγαλύτερου δείγματος τόσο γιατί λόγω ηλικίας ήταν δύσκολος ο εντοπισμός τους (πχ. Παιδικό σταθμοί) και τόσο γιατί οι γονείς δεν ήταν συνεργάσιμοι και πρόθυμοι να αλληλεπιδράσουν οι ερευνητές με τα παιδιά στον τομέα της σίτισης. (πχ. Υπήρχε έντονος φόβος).

Η αξιολόγηση των παιδιών και η πειραματική διαδικασία έγινε κατά κύριο λόγο στο σπίτι του κάθε παιδιού. Επίσης 14 παιδιά του δείγματος ήταν από τον παιδικό σταθμό του Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας στον οποίο πραγματοποιήθηκε και όλη η ερευνητική διαδικασία. Τέλος 4 παιδιά από το δείγμα αξιολογήθηκαν σε ιδιωτικό κέντρο θεραπειών στην Πάτρα. Σε όλους τους χώρους που διεξήχθει η πειραματική διαδικασία δεν παραβρίσκονταν οι γονείς των παιδιών.

### **2.3. Διαδικασία Διεξαγωγής Πειράματος**

Η διαδικασία της πειραματικής έρευνας χωρίστηκε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη προκαθορισμένη συνάντηση, υπογράφονται από τους γονείς όλες οι απαραίτητες για τη διεξαγωγή του πειράματος φόρμες και ακολουθεί η λήψη του ιστορικού του παιδιού. Στη συνέχεια, γινόταν στοματοπροσωπική εξέταση για να διαπιστωθεί η δομική και λειτουργική

επάρκεια του στοματοπροσωπικού μηχανισμού για τις λειτουργίες της ομιλίας και της κατάποσης καθώς και έλεγχος των κρανιακών νεύρων.

Ακολουθούσε screening των γνωστικών και γλωσσικών δεξιοτήτων του παιδιού, όπως περιγράφεται αναλυτικά στο παράρτημα. Μέσα από συγκεκριμένες δομημένες δραστηριότητες και παιχνίδια συλλέχθηκαν οι επιθυμητές πληροφορίες για τη γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη του κάθε παιδιού. Έπειτα, συμπληρώνονταν από τους ερευνητές η κλίμακα Functional Oral Intake Scale (Crary, Mann, Groher, 2005).

Εν συνεχεία, δινόταν στο γονιό να συμπληρώσει τον Πίνακα Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης του παιδιού.

Κατά τη δεύτερη προκαθορισμένη συνάντηση, οι ερευνητές αλληλοεπιδράσανε με το κάθε παιδί κατά τη διάρκεια ενός γεύματος-σνακ και αξιολογήσαν τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης συμπληρώνοντας τον ίδιο πίνακα που συμπλήρωσαν και στη Φάση Α οι γονείς. (Πίνακας Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης). Οι γονείς είχαν ενημερωθεί ώστε να μην έχουν ταΐσει το παιδί πριν την πειραματική διαδικασία. Επίσης, οι ερευνητές είχαν προηγουμένως παίξει / αλληλεπιδράσει με το παιδί ώστε να δημιουργήσουν την κατάλληλη ατμόσφαιρα για να ξεκινήσει το πείραμα. Κατά τη διαδικασία του πειράματος παρουσιάστηκε στο κάθε παιδί ένας δίσκος με τροφές διαφόρων υφών και νερό, σε συνδυασμό με τα βασικά σκεύη που χρησιμοποιούνται κατά τη σίτιση. Ο δίσκος περιλάμβανε νερό, κρέμα, μπανάνα, μήλο, φρυγανιά, τυρί, δημητριακά και ποτήρι, καλαμάκι, χαρτοπετσέτα, κουτάλι, πιρούνι, πιάτο. (Εικόνα 1).



Εικόνα 1.

Το μήλο και η μπανάνα ήταν πλυμένα, αλλά αρχικά παρουσιάστηκαν στο παιδί ολόκληρα. Στην περίπτωση που υπήρχε δυσκολία στην σίτιση ολόκληρης της τροφής οι ερευνητές έκοβαν τα φρούτα σε μικρά κομμάτια.(Εικόνα 2).



Εικόνα 2.



Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του σνακ οι κλινικοί συμπληρώνανε τον αντίστοιχο πίνακα δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης (Παράρτημα Ι). Αν μία δεξιότητα παρουσιάζεται σταθερά κατά τη διάρκεια του γεύματος τότε σημειώνεται η ένδειξη “N”, αν μία δεξιότητα δεν έχει κατακτηθεί από το παιδί σημειώνεται η ένδειξη “O”, ενώ αν μια δεξιότητα δεν είναι δυνατό να παρατηρηθεί κατά την ώρα του γεύματος τότε σημειώνεται η ένδειξη “n/a”.

Η διάρκεια της πρώτης φάσης ήταν κατά μέσο όρο 30 λεπτά, ενώ της δεύτερης περίπου 15-20 λεπτά.

**Λιευκρινίζονται τα ακόλουθα για το κάθε είδος τροφής και για τα σκεύη:**

Νερό: Παρουσιάζεται σε κανονικό ποτήρι (π.χ. πλαστικό). Αν το παιδί δεν είχε ξαναχρησιμοποιήσει κανονικό ποτήρι, οι ερευνητές βοηθούσαν το παιδί κρατώντας το ποτήρι και δίνοντάς του μία μικρή γουλιά. Αν το παιδί έχει εμφανή δυσκολία, θα χρησιμοποιούσαν το καλαμάκι. Αν το παιδί δεν μπορούσε να πιει από καλαμάκι, θα χρησιμοποιούσαν το ποτήρι που το παιδί χρησιμοποιεί συνήθως, π.χ. sippy-cup.

Καλαμάκι: Αν το παιδί έπινε από κανονικό ποτήρι και δεν είχαν χρησιμοποιήσει το καλαμάκι, στο τέλος οι ερευνητές θα παρότρυναν το παιδί να το χρησιμοποιήσει, π.χ. «Δείξε μου πως πίνεις με το καλαμάκι».

Κρέμα: Είχε τοποθετηθεί μέσα σε παιδικό άθραυστο μπολάκι. Αν το παιδί δεν έτρωγε κρέμα θα χρησιμοποιούσαν κάποια εναλλακτική τροφή, π.χ. πουρές, γιαούρτι. Αν το παιδί μπορούσε να φάει μόνο του, θα το αφήναν, διαφορετικά θα το βοηθούσαν οι ερευνητές. Εναλλακτική τροφή: γιαούρτι, πουρές.

Μπανάνα: Αρχικά θα παρουσιαζόταν πλυμένη και ολόκληρη. Οι ερευνητές θα παρατηρούσαν αν το παιδί μπορεί να την ξεφλουδίσει και να τη φάει μόνο του. Αν δεν μπορούσε θα το βοηθούσαν στο ξεφλούδισμα, αλλά θα το παρότρυναν να την κρατήσει και να τη φάει μόνο του. Αν το παιδί εξακολουθούσε να δυσκολεύεται, θα την κρατούσαν οι ερευνητές. Εναλλακτική τροφή: αβοκάντο σε κομμάτια.

Μήλο: Αρχικά θα παρουσιαζόταν πλυμένο και ολόκληρο. Θα το έδιναν στο παιδί να το κρατήσει και θα το παρότρυναν να το δαγκώσει. Αν το παιδί δε μπορούσε να το φάει ολόκληρο, στη συνέχεια οι ερευνητές θα το καθάριζαν και θα το έκοβαν στα τέσσερα. Θα πρόσφεραν ένα κομμάτι στο παιδί για να το φάει μόνο του. Αν το παιδί δεν μπορούσε και

έτσι να το φάει, θα το έκοβαν σε κατάλληλα μικρά κομμάτια και θα το παρότρυναν να φάει χρησιμοποιώντας είτε το χέρι του, είτε το πιρούνι. Εναλλακτική τροφή: Αχλάδι, νεκταρίνι.

Φρυγανιά: Οι ερευνητές είχαν μία φρυγανιά πάνω στο δίσκο και την πρόσφεραν ολόκληρη στο παιδί. Αν το παιδί δυσκολευόταν, το βοηθούσαν κόβοντάς το σε μικρότερα κομμάτια.

Εναλλακτική τροφή: Μπισκότο, κουλούρι

Τυρί: Οι ερευνητές είχαν ένα κομμάτι τυρί μεγέθους όσο ένα σπирτόκουτο μέσα σε ένα πιάτο και το πρόσφεραν στο παιδί. Αν χρειαζόταν θα το έκοβαν σε μικρότερα κομμάτια.

Εναλλακτική τροφή: Αυγό βρασμένο, κομμένο σε κομμάτι αντίστοιχου μεγέθους.

Δημητριακά: Οι ερευνητές έδειχναν στο παιδί τα δημητριακά και θα το παρότρυναν να φάει. Στόχος ήταν το παιδί να πάρει με τα δάχτυλά του και να φάει μερικά. Εναλλακτικές τροφές: cheerios, φρέσκα ή αποξηραμένα βατόμουρα (π.χ. blueberries, raspberries).

Κουτάλι: Θα προέτρεπαν το παιδί να το χρησιμοποιήσει για να φάει το γιαούρτι.

Πιρούνι: Αν το παιδί μπορούσε να φάει τις τροφές με τα χέρια, στο τέλος οι ερευνητές θα έκοβαν κάποιες από τις τροφές σε κομματάκια (π.χ. μπανάνα, μήλο, τυρί) και θα προέτρεπαν το παιδί να χρησιμοποιήσει το πιρούνι, π.χ. «Για να δω πως τρως με το πιρούνι».

Χαρτοπετσέτα: Ήταν διαθέσιμη, αλλά αρχικά οι ερευνητές παρατήρησαν αν το παιδί θα την έπαιρνε μόνο του για να σκουπιστεί. Αν όχι, θα του την έδιναν και θα το παρότρυναν να σκουπιστεί. Σε τελικό στάδιο, θα το σκούπιζαν οι ερευνητές όταν χρειαζόταν.

Ασφάλεια: Ίδανικά, δόθηκαν στο παιδί όλες οι ευκαιρίες για να δείξει όλες τις σχετικές δεξιότητες στο ανώτατο δυνατό επίπεδο.

Επίσης, όλα τα σκεύη και τρόφιμα ήταν καλά πλυμένα και μιάς χρήσεως.

Οι γονείς ενημερώθηκαν εκ των προτέρων για τις τροφές που θα χρησιμοποιούσαν οι ερευνητές και ρωτήθηκαν για τυχόν αλλεργίες. Αν το παιδί παρουσίαζε κάποια τροφική αλλεργία, θα χρησιμοποιούσαν κατάλληλη εναλλακτική τροφή.

**Πειραματική διαδικασία:** Η πειραματική διαδικασία ξεκινούσε με την παρουσίαση του δίσκου στο παιδί και την προτροπή να φάει κάτι, π.χ. «Εγώ, Νίκο, πείνασα λιγάκι, εσύ; Κοίτα τι έφερα! Έλα να φάμε!» Εάν το παιδί επιχειρούσε να πάρει κάποια τροφή και να φάει μόνο του, θα του επιτρεπόταν. Αν το παιδί χρειαζόταν βοήθεια, π.χ. να καθαρίσει τη μπανάνα, ο

ερευνητής θα το βοηθούσε. Αν το παιδί δεν έπαιρνε πρωτοβουλία για να φάει ή να πει κάτι, οι ερευνητές θα παρότρυναν το παιδί, π.χ. «Κοίτα τι ωραία κρέμα. Δοκίμασέ τη. Φάε λίγο».

Εάν το παιδί δεν εκδήλωνε κάποια προτίμηση οι τροφές θα δίνονταν με την εξής σειρά: κρέμα, τυρί, μπανάνα, μήλο, φρυγανιά, δημητριακά. Νερό θα επιτρεπόταν στο παιδί να πει οποιαδήποτε στιγμή το ζητούσε και θα ρωτούσαν επίσης οι ερευνητές, αν διψούσε πριν περάσουν στην επόμενη τροφή. Επιπλέον, στο τέλος θα ρωτούσαν οι ερευνητές το παιδί αν ήθελε λίγο νερό. Θα απέφευγαν ωστόσο να δώσουν στο παιδί πολύ νερό στην αρχή του πειράματος ώστε να μη δημιουργηθεί αίσθημα κορεσμού.

Σημειώνεται ότι στόχος δεν ήταν να φάει το παιδί όλες τις τροφές, αλλά να φάει λίγο από όλες τις τροφές. Ιδανικά θα έπρεπε να φάει τόσο όσο χρειαζόταν για να δούμε αν το παιδί έχει τη δεξιότητα ή όχι.

Στις δύο μικρές ηλικιακές ομάδες η δεύτερη φάση του πειράματος ήταν αρκετά τροποποιημένη εξαιτίας της ηλικίας των παιδιών και των κατεκτημένων τεχνικών σίτισής τους. Οι τροφές που χρησιμοποιήθηκαν στην ομάδα 6-9 μηνών ήταν γάλα σε μπουκάλι που προμηθεύτηκαν οι ερευνητές από τους γονείς, φαγητό με λαχανικά πολτοποιημένο (πουρές), νερό σε μπουκάλι και μπισκότο μαλακό (τύπου Μιράντα) ώστε να αξιολογηθεί κατά πόσο κάνει την κίνηση να πάρει μόνο του τροφή.

Στην ομάδα 9-12 μηνών χρησιμοποιήθηκε γάλα από ποτήρι με στόμιο, πολτοποιημένο φαγητό με κρέας (πουρές), μαλακό μπισκότο (τύπου μιράντα), κομμένη σε πολύ μικρά κομμάτια μπανάνα και νερό από ειδικό ποτήρι με στόμιο.

## 2.4. Όργανα Μέτρησης

Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων είναι το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) και πιο συγκεκριμένα η έκδοση 22. Στο φύλο εργασίας του SPSS που χρησιμοποιήθηκε και περιλαμβάνει τα δεδομένα της εργασίας, κάθε στήλη αντιστοιχεί σε μία ερώτηση (μεταβλητή) του ερωτηματολογίου. Στις πολυθεματικές ερωτήσεις αντιστοιχούν τόσες στήλες όσες και οι επιμέρους ερωτήσεις. Κάθε γραμμή του φύλου εργασίας αντιστοιχεί σε ένα ερωτηματολόγιο (υποκείμενο). Για να γίνει η ηλεκτρονική επεξεργασία, προηγήθηκε κατάλληλη κωδικοποίηση των ερωτήσεων και των πιθανών απαντήσεων, ανάλογα με την κατηγορία και τον τύπο κάθε μεταβλητής, έτσι ώστε να μπορέσουν να εισαχθούν στο φύλλο εργασίας του

προγράμματος (Howard & Sharp, 1996). Η κωδικοποίηση αυτή έγινε με την χρήση ακέραιων αριθμών με σκοπό την διευκόλυνση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων.

Επιπλέον οι αναλύσεις των ιστορικών των παιδιών σε διαγράμματα, η μέση τιμή ηλικιών και η τυπική απόκλιση βρέθηκαν μέσω του προγράμματος Excel 2013.

#### 2.4.1 Μέθοδοι στατιστικής επεξεργασίας.

Η επιλογή κάθε στατιστικής μεθόδου γίνεται με βάση το είδος των μεταβλητών, τους σκοπούς της έρευνας και την αντίστοιχη βιβλιογραφία σε παρόμοιες έρευνες (Παρασκευόπουλος, 1990). Οι στατιστικές αναλύσεις που επιλέχθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας πτυχιακής διατριβής είναι οι εξής:

##### 2.4.1.1. Περιγραφική στατιστική.

Η περιγραφική στατιστική ασχολείται με μεθόδους οργάνωσης, σύνοψης και παρουσίασης δεδομένων (Παρασκευόπουλος, 1990). Στο πλαίσιο αυτής της στατιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται πίνακες και διαγράμματα για την παρουσίαση των στατιστικών δεδομένων (Μάτης, 2003). Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα εργασία, παρουσιάζονται τα ποσοστά που αντιστοιχούν στις απαντήσεις των ερωτώμενων σε κάθε μία ερώτηση ξεχωριστά μέσω πινάκων και διαγραμμάτων.

##### 2.4.1.2. Independent sample t-test

Το Independent sample t-test χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Έχουμε δύο επίπεδα της ανεξάρτητης μεταβλητής και κάθε επίπεδο περιλαμβάνει διαφορετικούς συμμετέχοντες. (όταν αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική θεωρούμε ότι τα δύο δείγματα ανήκουν σε διαφορετικούς πληθυσμούς, και δεν οφείλεται σε τυχαίο σφάλμα δειγματοληψίας). Η συχνότερα απαντώμενη μορφή ελέγχου t. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε για να αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ή όχι ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών για κάθε ηλικιακή ομάδα ξεχωριστά. (0,05 το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας). (Εμβάλωτης, 2006).

Οι υποθέσεις που τέθηκαν για κάθε ηλικιακή ομάδα είναι:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

## 2.5. Διαδικασία Μέτρησης

Η συλλογή του δείγματος διήρκησε περίπου πέντε μήνες από το Φεβρουάριο του 2016 έως τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Το ερωτηματολόγιο του ιστορικού δόθηκε στους γονείς προς συμπλήρωση. Τα παιδιά εξετάστηκαν από τους ερευνητές. Δεν εξετάστηκαν όλα τα παιδιά στον ίδιο χώρο, αλλά σε όλα τα διαφορετικά περιβάλλοντα οι ερευνητές κράτησαν σταθερές συνθήκες. Κάθε παιδί ήταν μόνο του στο χώρο εξέτασης με τους ερευνητές, υπήρχαν πάντα τα ίδια παιχνίδια αλληλεπίδρασης κατάλληλα για την ηλικία του παιδιού και δεν υπήρχε θόρυβος. Τα περιβάλλοντα στα οποία έγινε η πειραματική διαδικασία ήταν ο παιδικός σταθμός του Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος, ένα ιδιωτικό κέντρο θεραπειών ειδικής αγωγής στην Πάτρα και το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών εξετάστηκε στο χώρο του (σπίτι).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

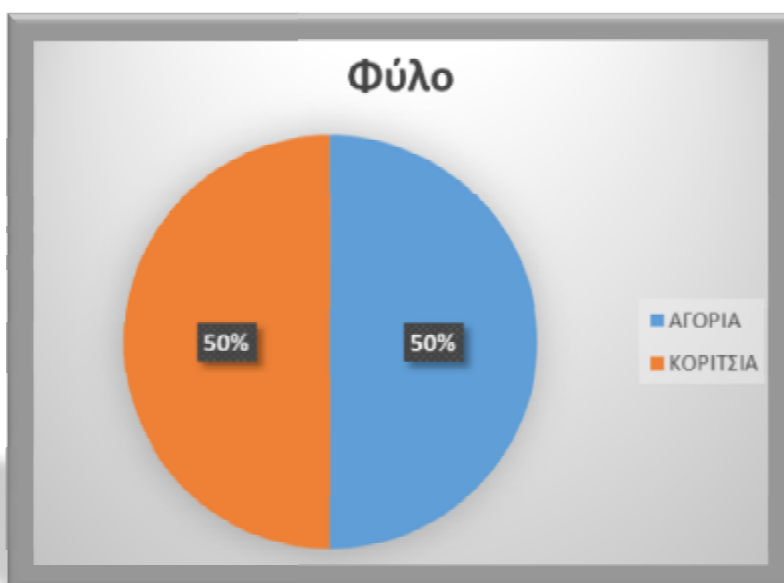
### Α. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης

#### 3.1. Ανάλυση δημογραφικών χαρακτηριστικών

Η πρώτη ομάδα ήταν τα βρέφη ηλικίας 6-9 μηνών. Το δείγμα αποτελούνταν από 2 αγόρια και 2 κορίτσια ( Διάγραμμα 1). Ο Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 6,7 μηνών. Η τυπική απόκλιση ήταν 0,957427. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1) .

	Φύλο	Μέσος όρος ηλικίας:6,7 μηνών
Αγόρια	2	
Κορίτσια	2	Τυπική απόκλιση : 0,957427
Σύνολο	4	

Πίνακας 1. Ηλικιακή ομάδα 6-9 μηνών

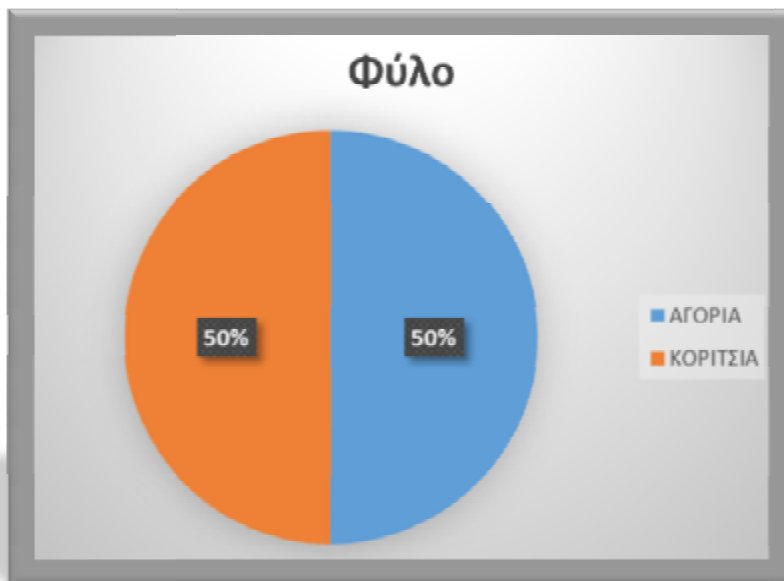


Διάγραμμα 1: Απεικόνιση ποσοστού φύλου ηλικιακής ομάδας 6-9 μηνών

Η δεύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν τα βρέφη ηλικίας 9-12 μηνών. Και αυτή η ομάδα αποτελείτο από 4 άτομα, δύο αγόρια και δύο κορίτσια (Διάγραμμα 2). Ο Μέσος όρος της ηλικίας των παιδιών ήταν 11 μηνών. Η τυπική απόκλιση ήταν 0,816497 (Πίνακας 2).

	Φύλο	Μέσος όρος ηλικίας: 11 μηνών
Αγόρια	2	
Κορίτσια	2	Τυπική απόκλιση : 0,816497
Σύνολο	4	

Πίνακας 2. Ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών

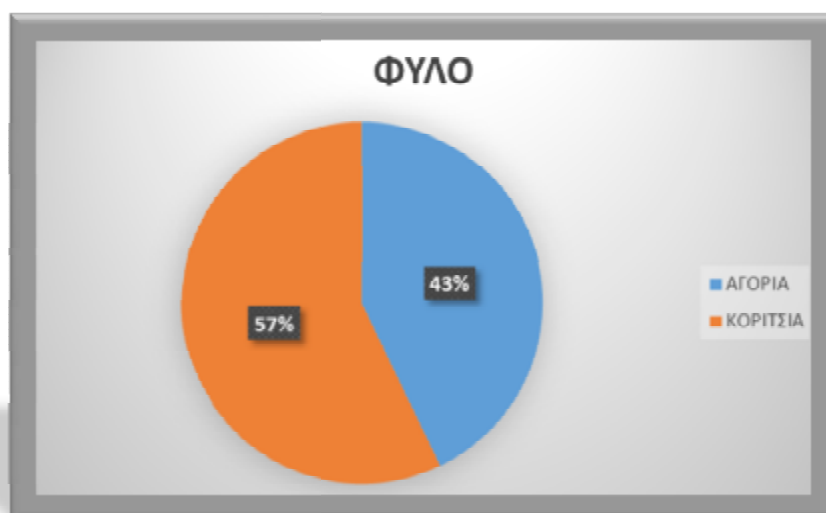


Διάγραμμα 2: Απεικόνιση ποσοστού φύλου ηλικιακής ομάδας 9-12 μηνών

Στην Τρίτη ηλικιακή ομάδα ανήκουν παιδιά ηλικίας 12-18 μηνών. Η ομάδα αποτελείται από 14 άτομα εκ των οποίων τα 8 είναι κορίτσια και τα 6 αγόρια ( Διάγραμμα 3). Ο Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 14,9 μηνών. Η τυπική απόκλιση ήταν 2,129077 (Πίνακας 3).

	Φύλο	Μέσος όρος ηλικίας: 14,9 μηνών
Αγόρια	6	Τυπική απόκλιση : 2,129077
Κορίτσια	8	
Σύνολο	14	

Πίνακας 3. Ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών

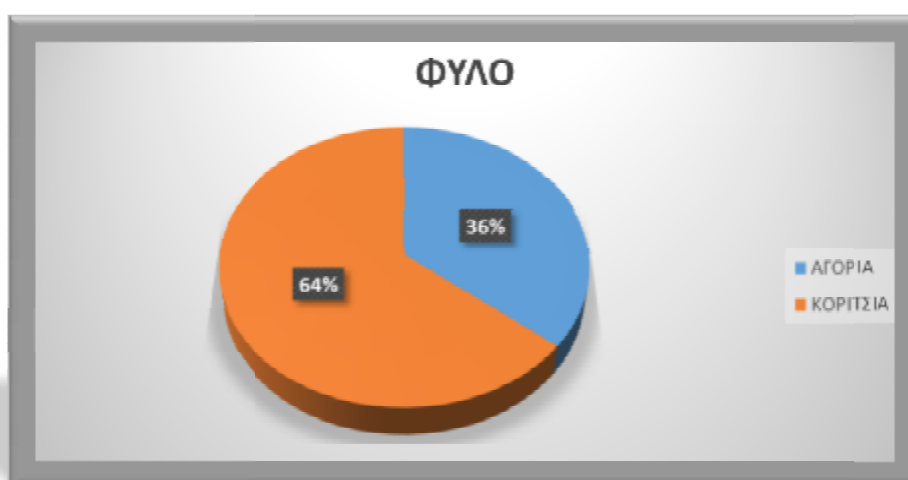


Διάγραμμα 3: Απεικόνιση ποσοστού φύλου ηλικιακής ομάδας 12-18 μηνών

Στην τέταρτη ηλικιακή ομάδα ανήκουν παιδιά ηλικίας από 18-24 μηνών. Η ομάδα αποτελείται από 14 άτομα εκ των οποίων τα 5 είναι αγόρια και τα 9 κορίτσια ( Διάγραμμα 4). Ο Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 21,9 μηνών. Η τυπική απόκλιση ήταν 2,017778 (Πίνακας 4).

	Φύλο	Μέσος όρος ηλικίας: 21,9 μηνών
Αγόρια	5	Τυπική απόκλιση : 2,017778
Κορίτσια	9	
Σύνολο	14	

Πίνακας 4. Ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών



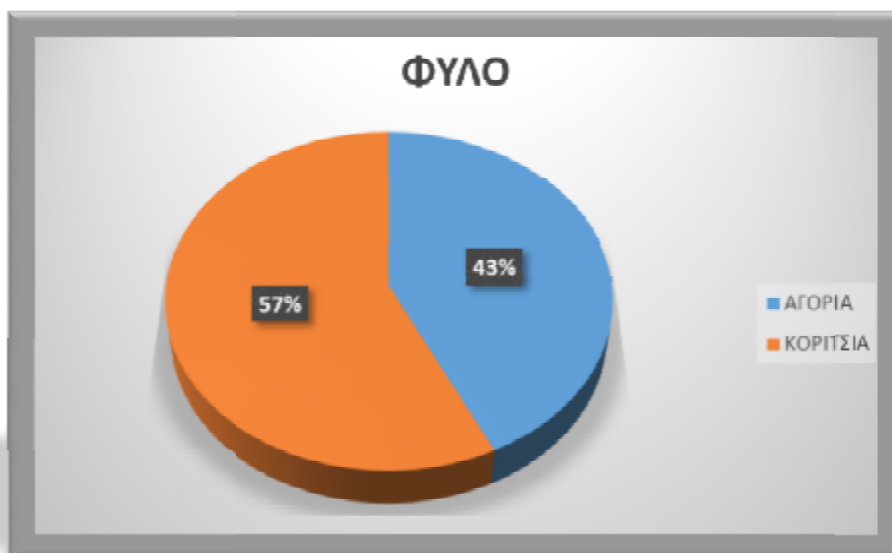
Διάγραμμα 4: Απεικόνιση ποσοστού φύλου ηλικιακής ομάδας 18-24 μηνών

Στην πέμπτη ηλικιακή ομάδα ανήκουν παιδιά ηλικίας 24-36 μηνών. Από αυτά 6 είναι αγόρια και 8 κορίτσια (Διάγραμμα 5). Ο Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν 30,9 μηνών. Η τυπική απόκλιση ήταν 3,4743961 (πίνακας 5).

	Φύλο	Μέσος όρος ηλικίας: 30,9 μηνών
Αγόρια	6	Τυπική απόκλιση : 3,4743961
Κορίτσια	8	
Σύνολο	14	

Πίνακας 5. Ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών



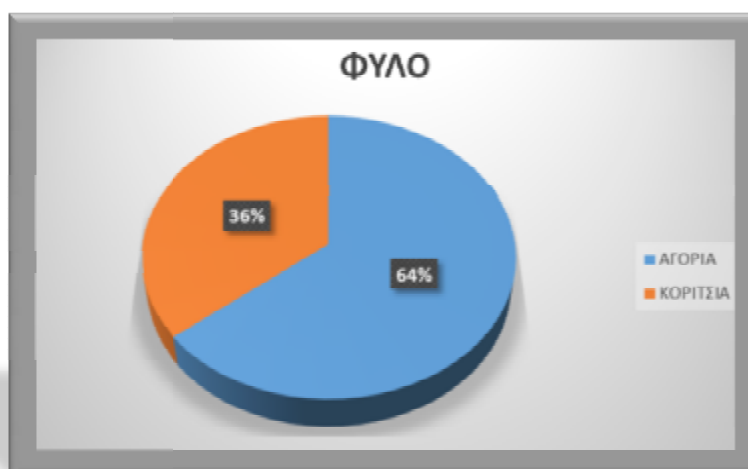


Διάγραμμα 5: Απεικόνιση ποσοστού φύλου ηλικιακής ομάδας 24-36 μηνών

Η τελευταία ηλικιακή ομάδα αποτελείται από παιδιά ηλικίας 3;1-4;6 ετών. Από τα 14 άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα τα 9 ήταν αγόρια και τα 5 κορίτσια (Διάγραμμα 6). Ο Μέσος όρος ηλικίας των παιδιών ήταν τεσσάρων ετών. Η τυπική απόκλιση ήταν 0,4890561 (Πίνακας 6).

	Φύλο	Μέσος όρος ηλικίας: 4 έτη
Αγόρια	9	Τυπική απόκλιση : 0,4890561
Κορίτσια	5	
Σύνολο	14	

Πίνακας 6. Ηλικιακή ομάδα 3;1-4;6 ετών



Διάγραμμα 6: Απεικόνιση ποσοστού φύλου ηλικιακής ομάδας 3;1-4;6 ετών

## 3.2. Ανάλυση λοιπών μεταβλητών

### 3.2.1. Ηλικιακή ομάδα 6-9 μηνών

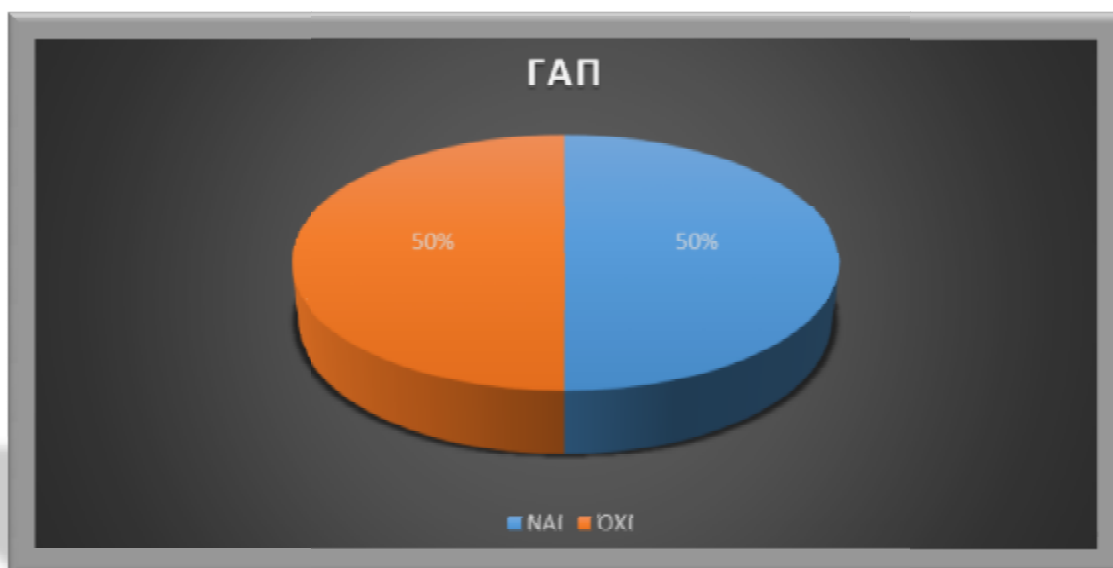
Και τα 4 άτομα του δείγματος θήλασαν και κανένα δεν παρουσίασε οποιαδήποτε δυσκολία κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η διάρκεια θηλασμού και για τα 4 παιδιά ήταν από 1-3 μήνες, όπως παρουσιάζεται και στο παρακάτω διάγραμμα



Η ηλικία έναρξης τροφών και για τα 4 παιδιά ήταν τεσσάρων μηνών.



Δύο από τα παιδιά παρουσίασαν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση κατά τη διάρκεια των γευμάτων.



Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται η ηλικία έναρξης των παιδιών για διάφορα αναπτυξιακά ορόσημα που αφορούν τις τεχνικές αυτόνομης σίτισης, όπως αυτά σημειώθηκαν από τους γονείς.



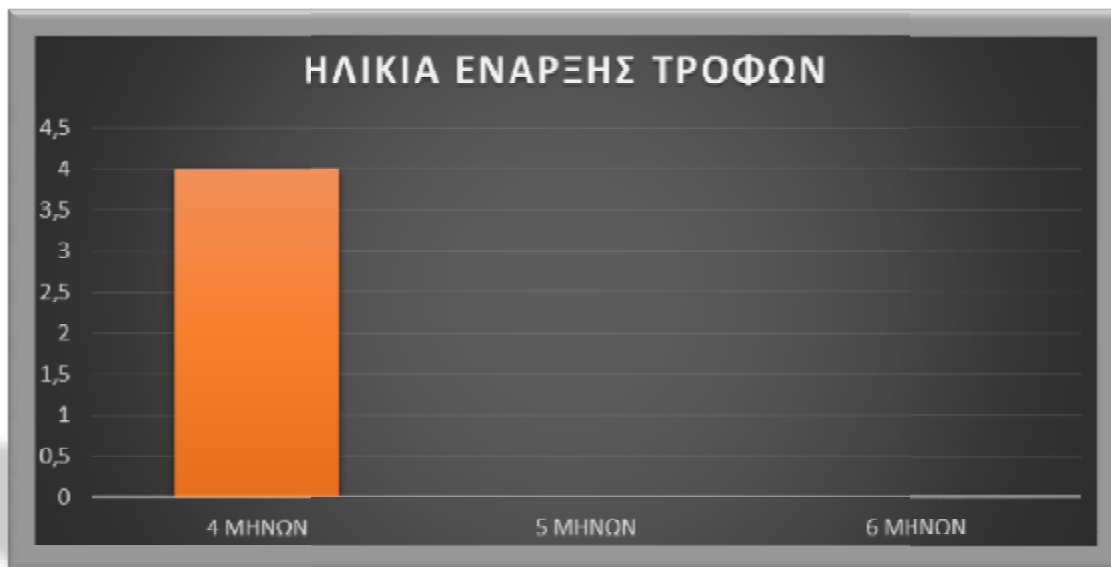
Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο τα 2 από τα 4 παιδιά του δείγματος χρησιμοποιεί τα χέρια για να φάει.

### 3.2.2. Ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών

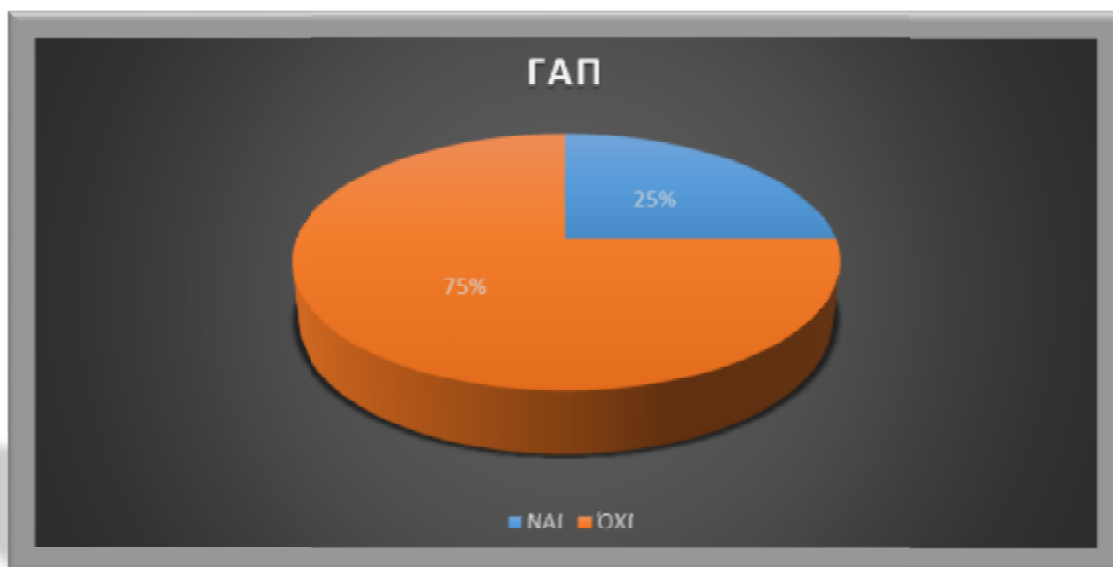
Και τα 4 άτομα του δείγματος θήλασαν και κανένα δεν παρουσίασε οποιαδήποτε δυσκολία κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Το 25% του δείγματος θήλασε για διάρκεια 1-3 μήνες, ενώ το 75% του δείγματος θήλασε για διάρκεια 4-6 μήνες.



Η ηλικία έναρξης τροφών και για τα 4 παιδιά ήταν τεσσάρων μηνών.



Από τα 4 άτομα του δείγματος μόνο το ένα παρουσίασε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ενώ τα άλλα τρία όχι, σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι γονείς.



Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται η ηλικία έναρξης των παιδιών για διάφορα αναπτυξιακά ορόσημα που αφορούν τις τεχνικές αυτόνομης σίτισης, όπως αυτά σημειώθηκαν από τους γονείς.



### 3.2.3. Ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών

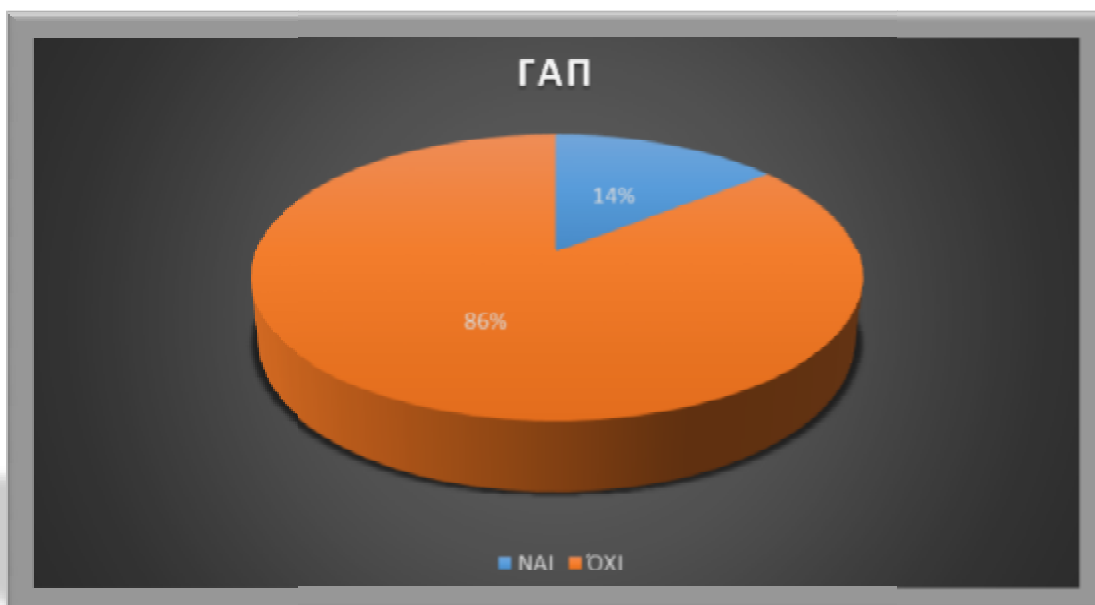
Όλα τα άτομα του δείγματος θήλασαν κανονικά και κανένα δεν παρουσίασε κάποια δυσκολία στη σίτιση κατά τη διάρκεια του θηλασμού.



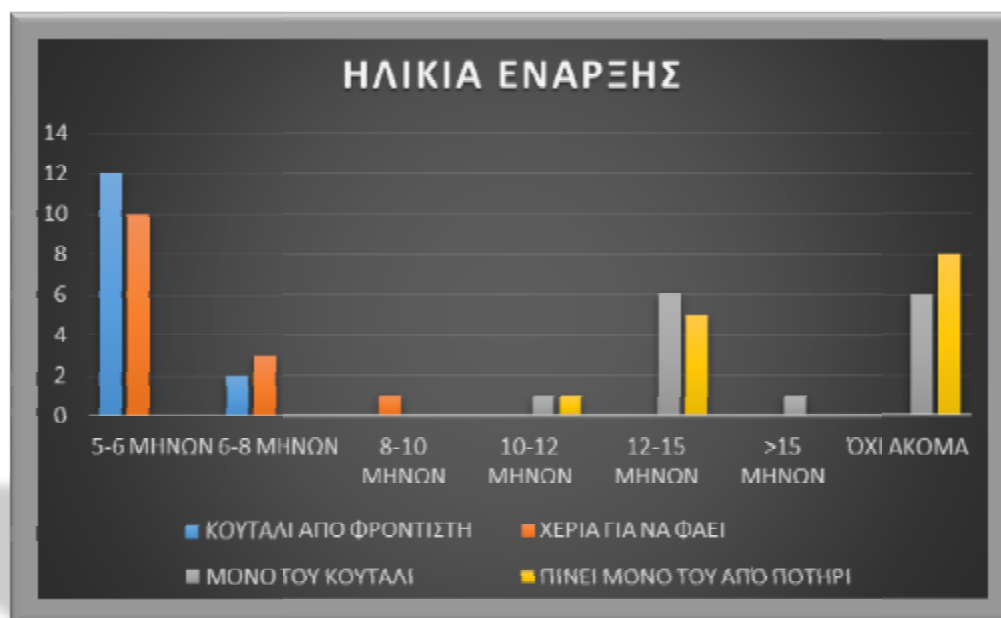
Το 21,4% των παιδιών ξεκίνησε να σιτίζεται με τροφές σε ηλικία τεσσάρων μηνών, το 50% σε ηλικία πέντε μηνών και το 28,6% των παιδιών σε ηλικία 6 μηνών.



Από τα παιδιά του δείγματος μόνο το 14% παρουσίασε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση κατά τη διάρκεια των γευμάτων.



Από τον πίνακα με την ηλικία έναρξης τεχνικών αυτόνομης σίτισης που παρουσιάζεται το 42,8% των παιδιών δεν χρησιμοποιεί μόνο του κουτάλι και το 57,1% των παιδιών δεν πίνει μόνο του από ποτήρι.



### 3.2.4. Ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών

Από αυτά τα 11 άτομα θήλασαν ενώ τα 3 όχι, και τα ποσοστά παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα.



Από τα 11 άτομα που θήλασαν τα έξι θήλασαν για διάρκεια 1-3 μήνες , ενώ τα υπόλοιπα 5 για διάρκεια 4-6 μήνες.



Από αυτά μόνο το 14% παρουσίασε δυσκολίες κατά το θηλασμό.

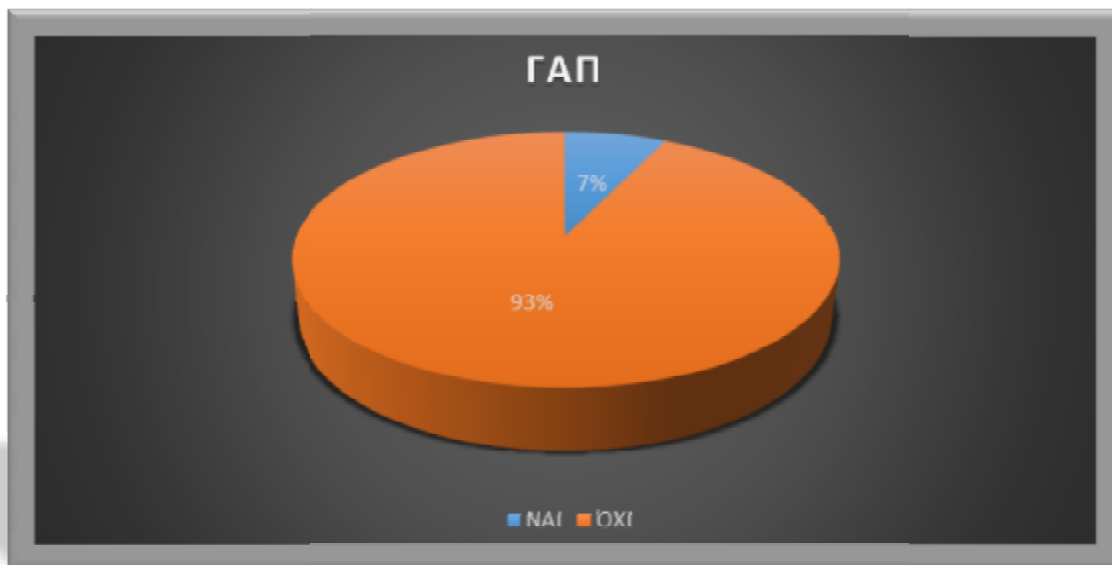




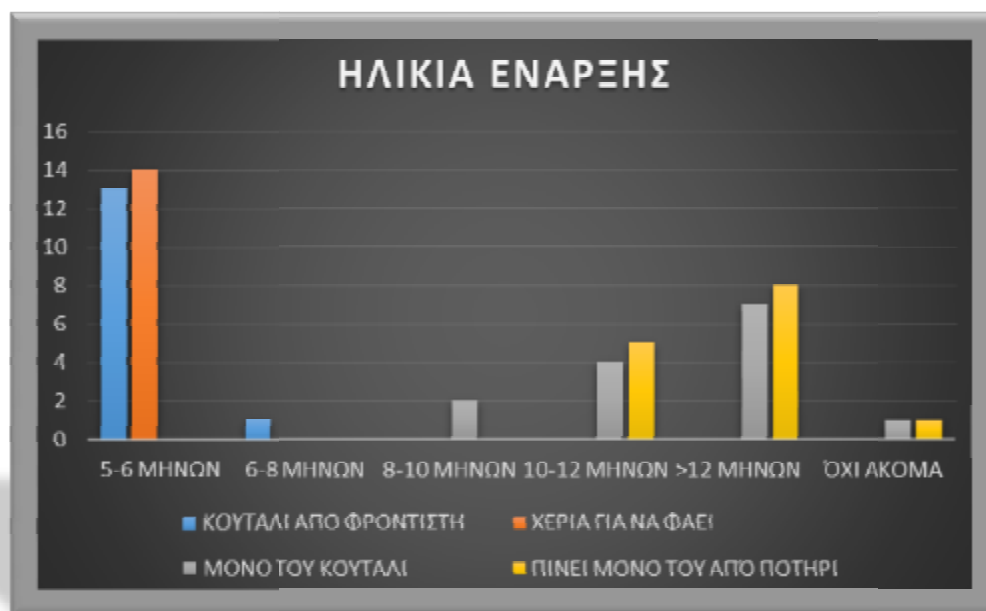
Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η ηλικία έναρξης τροφών. Το 35,7% των παιδιών ξεκίνησε να τρέφεται σε ηλικία τεσσάρων μηνών, το 42,8% σε ηλικία πέντε μηνών, ενώ το 21,4% σε ηλικία έξι μηνών.



Από αυτά μόνο ένα παιδί παρουσίασε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.

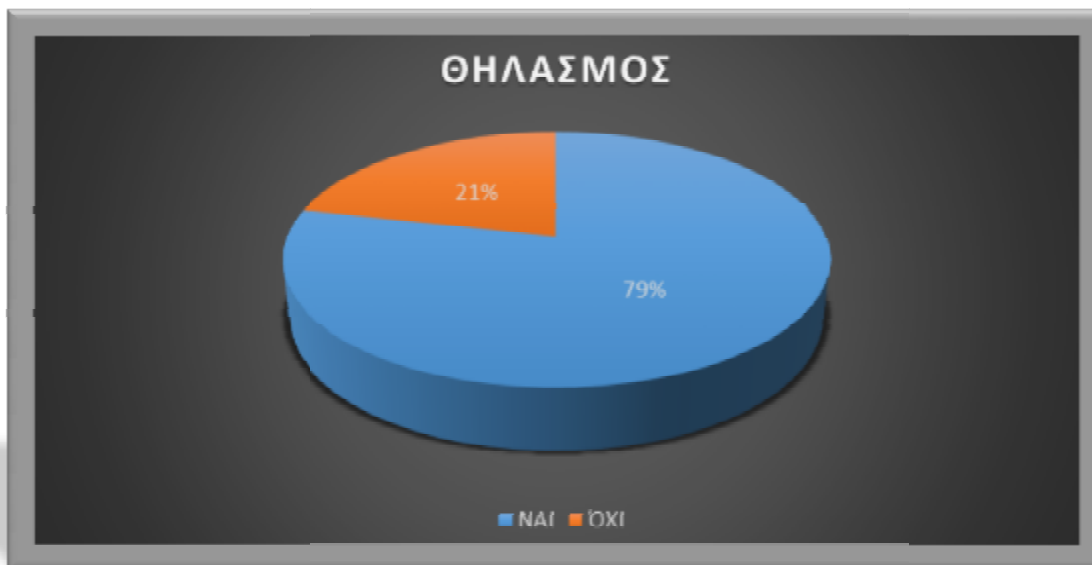


Από το διάγραμμα με τις ηλικίες έναρξης τεχνικών αυτόνομης σίτισης αξίζει να σημειωθεί ότι το 7% του δείγματος δεν πίνει μόνο του από ποτήρι και δεν χρησιμοποιεί μόνο του κουτάλι για να σιτιστεί.



### 3.2.5. Ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών

Από τα άτομα του δείγματος τα 11 θήλασαν κανονικά ενώ τα 3 όχι. Από αυτά που θήλασαν μόνο το 21% των παιδιών παρουσίασε κάποια δυσκολία κατά το θηλασμό.



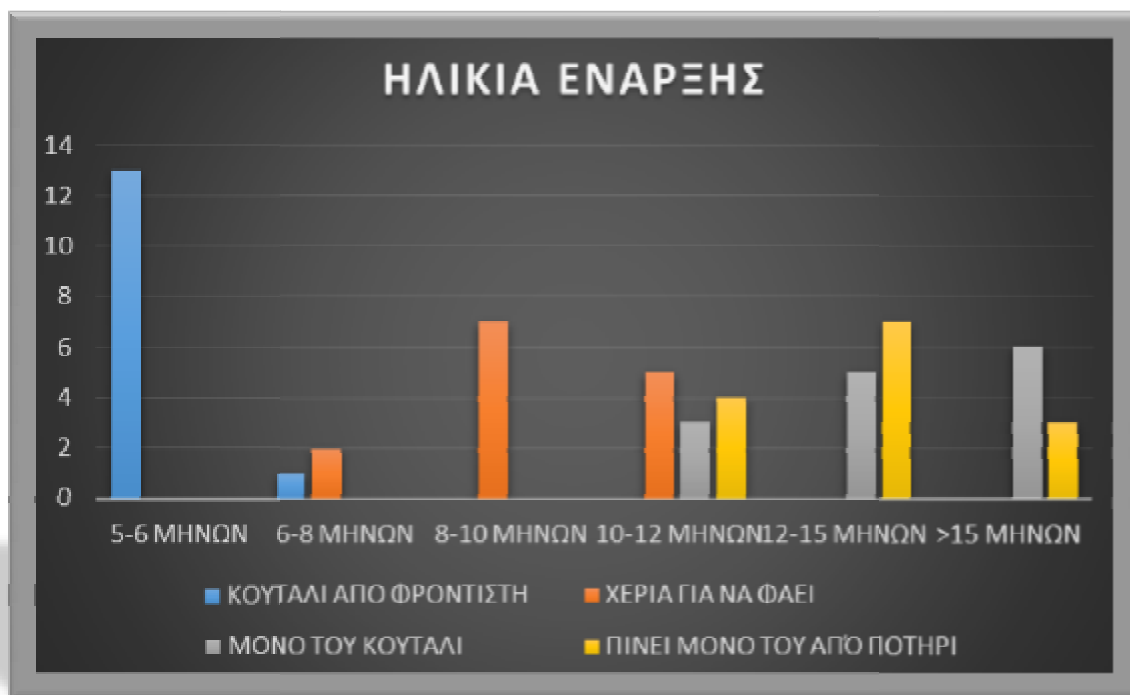
Από τα 11 άτομα που θήλασαν το 9% θήλασε για διάρκεια 1-3 μήνες, το 45,5 για διάρκεια 4-6 μήνες και το υπόλοιπο 45,5% για διάρκεια μεγαλύτερη των 6 μηνών.



Το 7% των παιδιών του δείγματος ξεκίνησε την διατροφή με τροφές σε ηλικία τεσσάρων μηνών, το 50% σε ηλικία πέντε μηνών και το υπόλοιπο 43% σε ηλικία έξι μηνών. Κατά τη διάρκεια των γευμάτων κανένα από τα παιδιά δεν παρουσίασε κάποια διαταραχή ή δυσκολία.

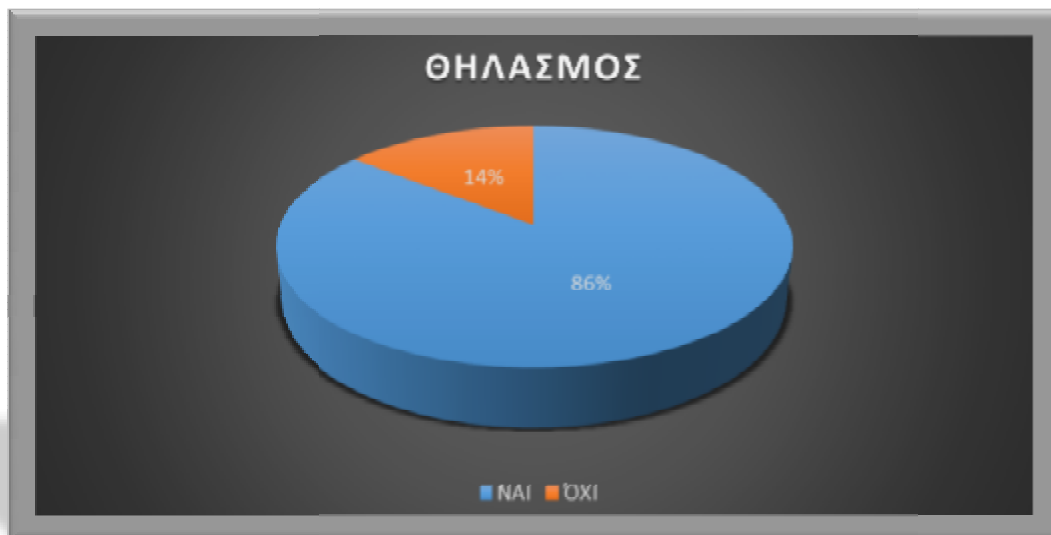


Τέλος στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται η ηλικίες κατάκτησης των τεχνικών αυτόνομης σίτισης όπως κατακτήθηκαν από τα παιδιά του δείγματος.



### 3.2.6. Ηλικιακή ομάδα 3;1 -4;6 έτη

Από αυτά τα 14 άτομα του δείγματος τα 12 άτομα θήλασαν , ενώ τα 2 όχι, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.



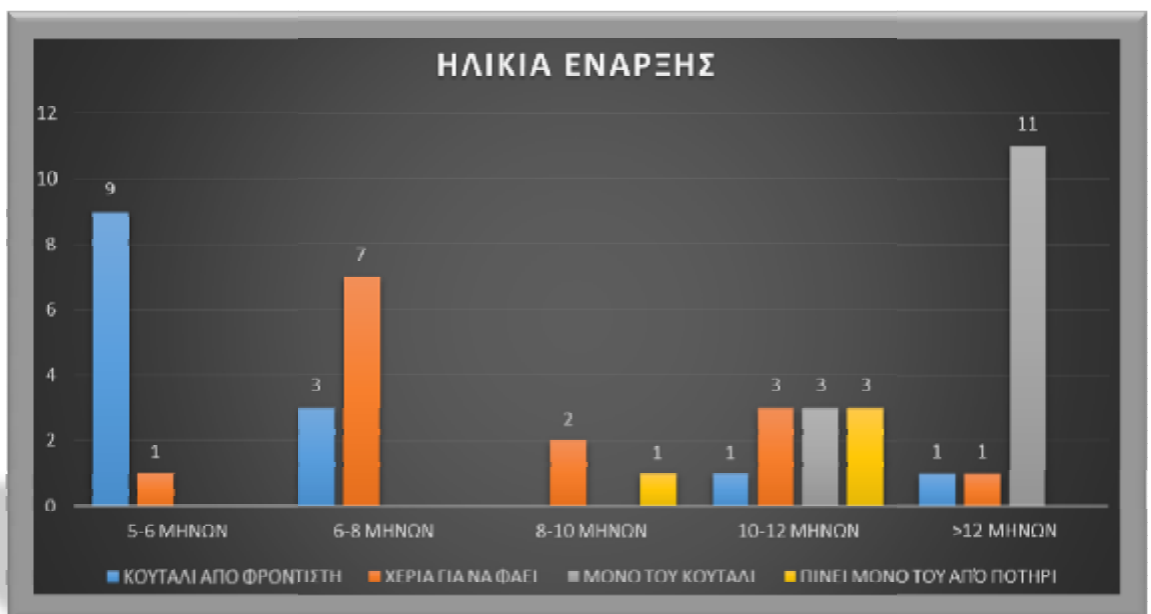
Από τα άτομα που θήλασαν το 50% θήλασε για 1-3 μήνες, το 40% για 4-6 μήνες και το υπόλοιπο 30% για περισσότερο από έξι μήνες. Από αυτά μόνο ένα άτομο παρουσίασε δυσκολίες κατά το θηλασμό.



Στο παρακάτω διάγραμμα όπου παρουσιάζονται οι ηλικίες έναρξης τροφών παρατηρούμε ότι το 7% των παιδιών ξεκίνησε σε ηλικία τεσσάρων μηνών, το 64,2% σε ηλικία πέντε μηνών και τέλος το 28,8% σε ηλικία έξι μηνών. Από αυτά μόνο ένα παιδί παρουσίασε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση σε ποσοστό 7%.



Τέλος στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι ηλικίες απόκτησης τεχνικών αυτόνομης σίτισης όπως κατακτήθηκαν από τα παιδιά του δείγματος.



Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων

<b>0</b>	<b>5-6 ΜΗΝΩ N</b>	<b>6-8 ΜΗΝΩΝ</b>	<b>8-10 ΜΗΝΩΝ</b>	<b>10-12 ΜΗΝΩΝ</b>	<b>12-15 ΜΗΝΩΝ</b>	<b>&gt;15 ΜΗΝΩΝ</b>	<b>ΌΧΙ ΑΚΟΜΑ</b>
<b>ΚΟΥΤΑΛΙ ΑΠΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤ Η</b>	55	7	0	1	1	0	0
<b>ΧΕΡΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΦΑΕΙ</b>	26	17	10	8	1	0	2
<b>ΜΟΝΟ ΤΟΥ ΚΟΥΤΑΛΙ</b>	0	0	2	12	29	8	14
<b>ΠΙΝΕΙ ΜΟΝΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΠΟΤΗΡΙ</b>	0	0	1	13	20	3	17



## B. Αποτελέσματα Επαγωγικής Ανάλυσης

### Ηλικιακή ομάδα 6-9 μηνών

Οι απαντήσεις που δόθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές σε κάθε διαφορετική ερώτηση παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ			ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ		
	ΝΑΙ	ΌΧΙ	N/A	ΝΑΙ	ΌΧΙ	N/A
Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό	4	0	0	4	0	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο	2	2	0	2	2	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει	2	2	0	2	2	0



Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια	0	4	0	0	4	0
Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα	0	4	0	0	4	0
Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα	0	4	0	0	4	0
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος	0	4	0	0	4	0
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος	0	4	0	0	1	3
Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί	4	0	0	4	0	0
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο	0	4	0	0	1	3
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι	0	4	0	0	4	0
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής	0	4	0	0	4	0
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	0	4	0	0	4	0
Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει	0	4	0	0	1	3
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	0	4	0	0	1	3
Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος	4	0	0	4	0	0
Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του	0	4	0	0	4	0
Το παιδί μπορεί να πει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια	0	4	0	0	0	4

Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του	0	4	0	0	1	3
Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια	0	4	0	0	0	4
Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του	0	4	0	0	0	4
Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει	2	2	0	0	4	0
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του	1	3	0	1	3	0
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι	0	4	0	0	4	0
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια	1	3	0	0	4	0
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι	0	4	0	0	4	0
Του αρέσει να τρώει μόνο του	1	3	0	0	4	0
Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του	0	4	0	0	4	0
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές	0	4	0	0	4	0
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι	1	3	0	0	4	0
Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια	0	4	0	0	4	0

Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής	0	4	0	0	4	0
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας	0	4	0	0	4	0
Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	0	4	0	0	4	0
Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	0	4	0	0	4	0

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 6-9

■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ



Οι δύο υποθέσεις που προκύπτουν είναι οι εξής:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,855 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0,019 < 0,05$  άρα δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση σύμφωνα με την οποία υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών στην ηλικιακή ομάδα 6-9 μηνών.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR1(000)	Equal variances assumed	,026	,865	-3,173	6	,018	-8,00000	2,51661	-14,15763	-1,34237
	Equal variances not assumed			-3,173	5,888	,021	-8,00000	2,51661	-14,18286	-1,31614

Γράφημα 1: Έλεγχος t-testγια την ηλικιακή ομάδα 6-12 μηνών

## Ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών

Οι απαντήσεις που δόθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές σε κάθε διαφορετική ερώτηση παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

<i>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</i>	<i>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ</i>			<i>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ</i>		
	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΌΧΙ</i>	<i>N/A</i>	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΌΧΙ</i>	<i>N/A</i>
Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό	4	0	0	4	0	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο	4	0	0	0	4	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει	4	0	0	0	4	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια	0	4	0	4	0	0
Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα	1	3	0	3	1	0
Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα	2	2	0	3	1	0
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος	3	1	0	4	0	0
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος	0	4	0	0	4	0
Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί	4	0	0	4	0	0
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο	1	3	0	0	4	0

Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι	1	3	0	1	3	0
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής	0	4	0	1	3	0
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	0	4	0	0	4	0
Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει	0	4	0	0	4	0
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	0	4	0	0	4	0
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος	4	0	0	4	0	0
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του	0	4	0	2	2	0
Το παιδί μπορεί να πιει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια	0	4	0	1	3	0
Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του	0	4	0	0	4	0
Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια	1	3	0	2	2	0
Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του	0	4	0	0	4	0
Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει	2	2	0	1	3	0

Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του	3	1	0	4	0	0
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι	0	4	0	1	3	0
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια	2	2	0	3	1	0
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι	0	4	0	0	4	0
Του αρέσει να τρώει μόνο του	4	0	0	3	1	0
Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του	0	4	0	0	4	0
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές	0	4	0	1	3	0
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι	0	4	0	2	2	0
Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια	0	4	0	0	4	0
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής	1	3	0	1	3	0



Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας	0	4	0	0	4	0
Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	0	4	0	0	4	0
Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	0	4	0	1	3	0

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 9-12

■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ



Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,682 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0,745 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών στην ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών.

		Levene's Test for Equality of Variances		Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR00006	Equal variances assumed	,185	,662	,340	4	,745	1,50000	4,41116	-9,25372	12,29372
	Equal variances not assumed			,340	5,674	,745	1,50000	4,41116	-9,44601	12,44601

Γράφημα 2: Έλεγχος t-testγια την ηλικιακή ομάδα 9-12 μηνών

### Ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών

Οι απαντήσεις που δόθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές σε κάθε διαφορετική ερώτηση παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b>	<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>			<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>		
------------------------------	-------------------	--	--	-------------------	--	--

	<i><b>ΓΟΝΕΩΝ</b></i>			<i><b>ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ</b></i>		
	<i><b>ΝΑΙ</b></i>	<i><b>ΌΧΙ</b></i>	<i><b>N/A</b></i>	<i><b>ΝΑΙ</b></i>	<i><b>ΌΧΙ</b></i>	<i><b>N/A</b></i>
Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό	14	2	0	14	0	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο	4	10	0	9	5	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει	7	7	0	10	4	0
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια	5	9	0	0	14	0
Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα	13	1	0	1	6	0
Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα	13	1	0	4	3	0
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος	14	0	0	9	5	0
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος	13	1	0	2	12	0
Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί	10	4	0	14	0	0
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο	9	5	0	11	3	0
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι	8	6	0	8	6	0

Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής	10	4	0	4	10	0
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	2	12	0	0	14	0
Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει	8	6	0	9	4	0
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	0	14	0	0	13	1
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος	8	6	0	12	2	0
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του	9	5	0	4	10	0
Το παιδί μπορεί να πιει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια	14	0	0	12	2	0
Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του	1	13	0	0	14	0
Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια	14	0	0	11	2	1
Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του	1	13	0	0	13	1
Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει	8	6	0	7	7	0
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του	14	0	0	10	4	0

Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι	11	3	0	3	11	0
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια	6	8	0	3	11	0
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι	2	12	0	0	14	0
Του αρέσει να τρώει μόνο του	14	0	0	13	1	0
Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του	11	3	0	9	5	0
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές	3	11	0	2	12	0
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι	5	9	0	5	9	0
Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια	4	10	0	4	10	0
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής	5	9	0	10	4	0
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας	2	12	0	0	14	0
Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	0	14	0	0	14	0

Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	12	2	0	7	7	0
--	----	---	---	---	---	---

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 12-18

■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ





Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,373 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0,064 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών στην ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAR00011	Equal variances assumed	,821	,373	-,930	26	,364	-3,85714	3,53653	-11,13070	4,16141
	Equal variances not assumed			-,930	25,049	,364	-3,85714	3,53653	-11,14418	4,28967

Γράφημα 3: Έλεγχος t-test για την ηλικιακή ομάδα 12-18 μηνών

### Ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών

Οι απαντήσεις που δόθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές σε κάθε διαφορετική ερώτηση παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

<i>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</i>	<i>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ</i>			<i>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ</i>		
	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΌΧΙ</b>	<b>N/A</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΌΧΙ</b>	<b>N/A</b>
Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό	12	2		11	3	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο	11	3		12	2	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει	6	8		6	8	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια	3	11		6	8	
Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα	11	3		11	3	
Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα	9	5		9	5	
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος	10	4		8	6	
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος	8	6		6	8	
Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί	13	1		14	0	
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο	3	11		3	11	
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι	1	13		3	11	

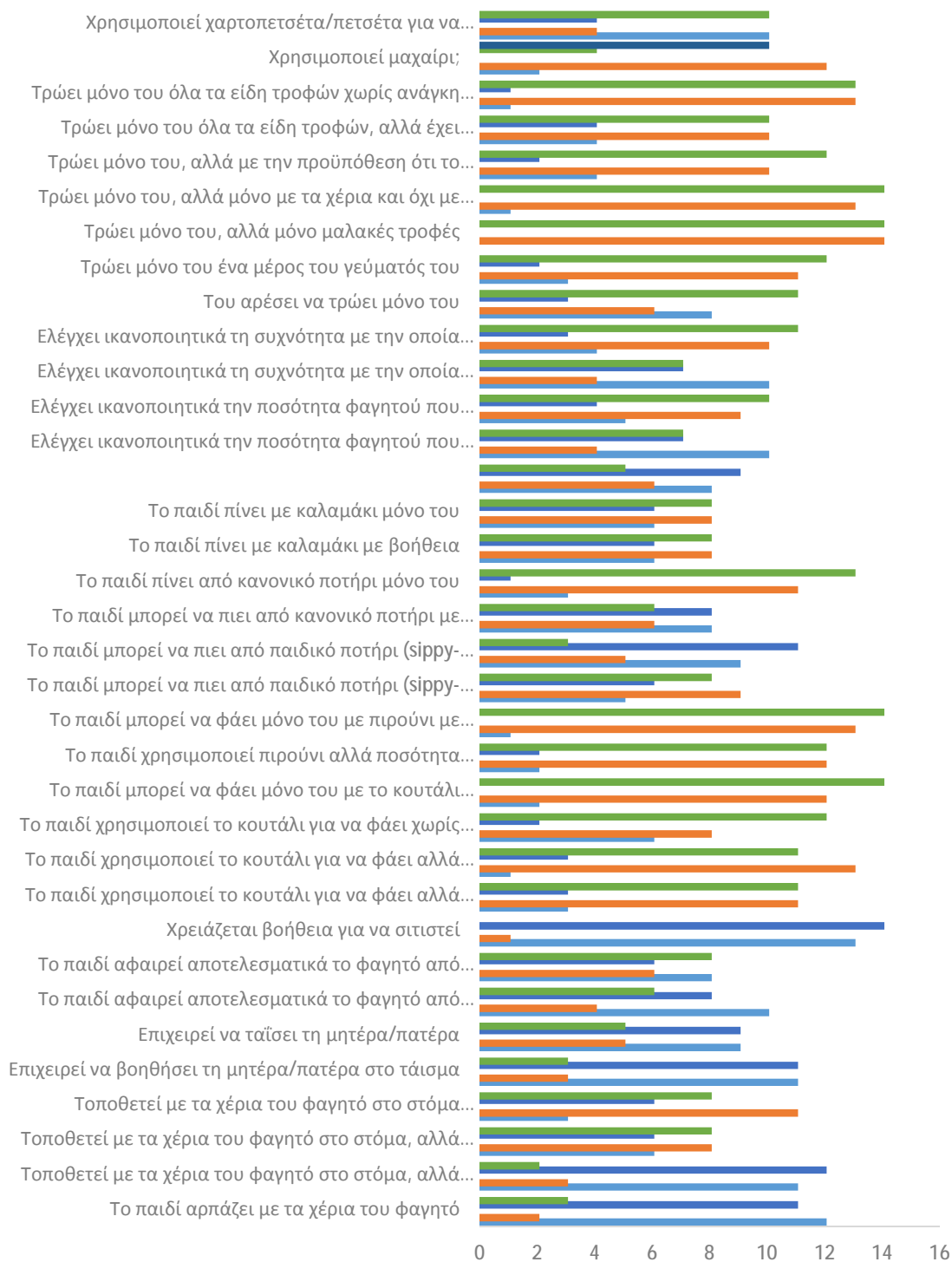
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής	6	8		2	12	
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	2	12		0	14	
Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει	2	12		2	12	
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	1	13		0	14	
Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος	5	9		6	8	
Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του	9	5		11	3	
Το παιδί μπορεί να πει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια	8	6		8	6	
Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του	3	11		1	13	
Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια	6	8		6	8	
Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του	6	8		6	8	
Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει	8	6		9	5	
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του	10	4		7	7	

Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι	5	9		4	10	
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια	10	4		7	7	
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι	4	10		3	11	
Του αρέσει να τρώει μόνο του	8	6		3	11	
Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του	3	11		2	12	
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές	0	14		0	14	
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι	1	13		0	14	
Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια	4	10		2	12	
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής	4	10		4	10	
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας	1	13		1	13	
Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	2	12		0	4	10

Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	10	4		4	10	
--	----	---	--	---	----	--

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 18-24

■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ



Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,872 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0,581 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών στην ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών.

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
18-24	1,027	,372	-,560	26	,581	-2,08711	4,02214	-10,68234	6,11141
25-36			-,560	25,275	,581	-2,08711	4,02214	-10,68432	6,11340

Γράφημα 4: Έλεγχος t-test για την ηλικιακή ομάδα 18-24 μηνών

### Ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών

Οι απαντήσεις που δόθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές σε κάθε διαφορετική ερώτηση παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα.

<i>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</i>	<i>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ</i>			<i>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ</i>		
	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΌΧΙ</i>	<i>N/A</i>	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΌΧΙ</i>	<i>N/A</i>
Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό	14	0		13	1	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο	5	9		4	10	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει	4	10		4	10	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια	10	4		9	5	
Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα	10	4		9	5	
Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα	10	4		9	5	
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος	14	0		10	4	
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος	12	2		9	5	
Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί	1	13		3	11	
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο	2	12		5	9	



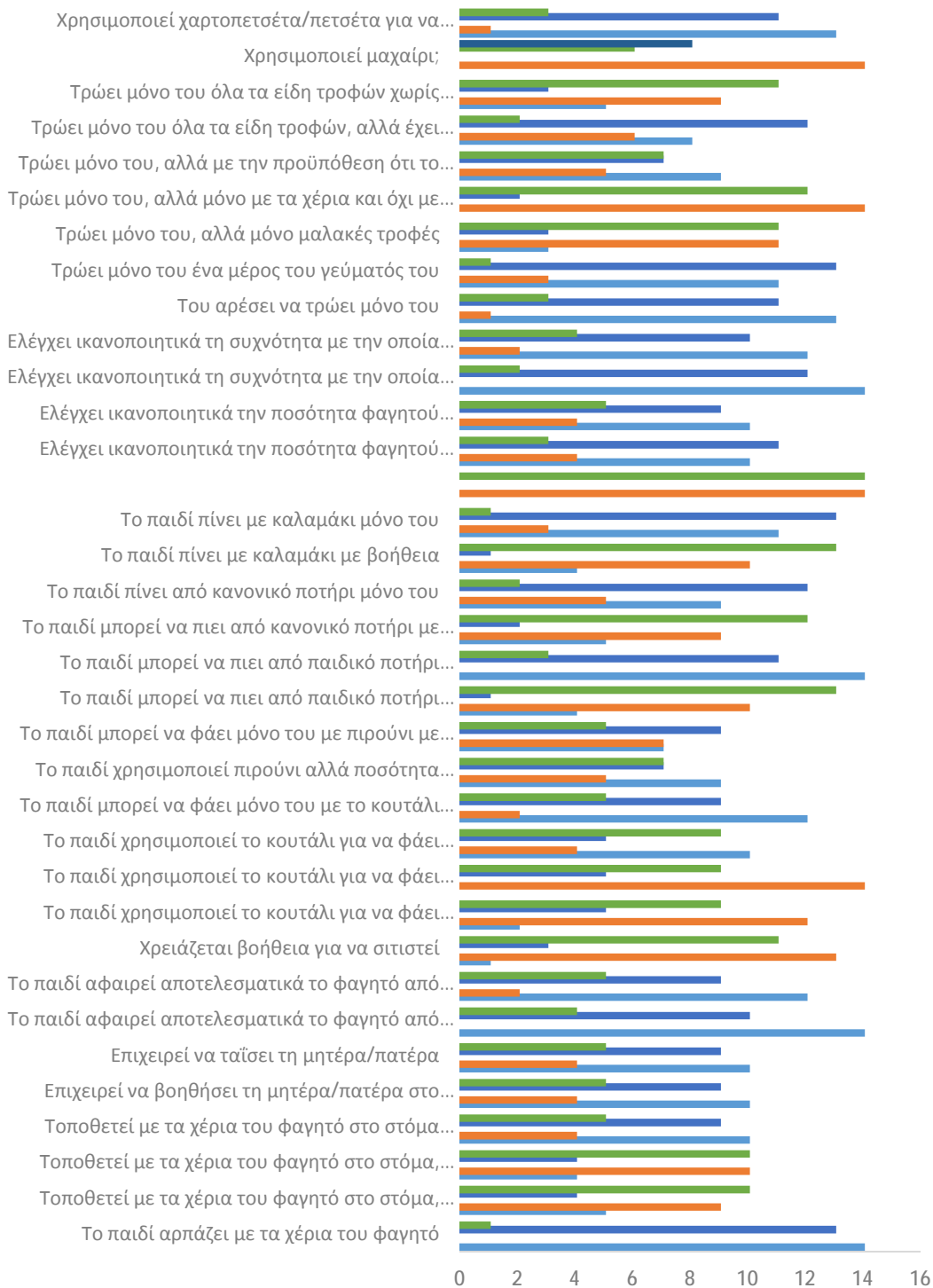
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι	0	14		5	9	
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής	10	4		5	9	
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	12	2		9	5	
Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει	9	5		7	7	
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	7	7		9	5	
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος	4	10		1	13	
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του	14	0		11	3	
Το παιδί μπορεί να πιει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια	5	9		2	12	
Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του	9	5		12	2	
Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια	4	10		1	13	
Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του	11	3		13	1	
Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει	0	14		0	14	

Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του	10	4		11	3	
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι	10	4		9	5	
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια	14	0		12	2	
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι	12	2		10	4	
Του αρέσει να τρώει μόνο του	13	1		11	3	
Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του	11	3		13	1	
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές	3	11		3	11	
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι	0	14		2	12	
Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια	9	5		7	7	
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής	8	6		12	2	
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας	5	9		3	11	

Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	0	14		0	6	8
Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	13	1		11	3	

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 24-36

■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ



Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,454 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0,566 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών στην ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR00003 Equal variances assumed	,579	,454	-,581	26	,566	-2,21429	3,81051	-10,04649	5,61791
Equal variances not assumed			-,581	35,043	,566	-2,21429	3,81051	-10,06108	5,63351

Γράφημα 5: Έλεγχος t-testγια την ηλικιακή ομάδα 24-36 μηνών

### Ηλικιακή ομάδα 3-4;5 ετών

Οι απαντήσεις που δόθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους ερευνητές σε κάθε διαφορετική ερώτηση παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα

<b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>	<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>			<b>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</b>			
------------------	-------------------	--	--	-------------------	--	--	--

<i><b>ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ</b></i>	<i><b>ΓΟΝΕΩΝ</b></i>			<i><b>ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ</b></i>		
	<i><b>ΝΑΙ</b></i>	<i><b>ΌΧΙ</b></i>	<i><b>N/A</b></i>	<i><b>ΝΑΙ</b></i>	<i><b>ΌΧΙ</b></i>	<i><b>N/A</b></i>
Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό	11	3		14		
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο	1	13			14	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει		14			14	
Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια	13	1		13	1	
Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα	7	7		6		8
Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα	11	3		8		6
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος	13	1		12	1	1
Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος	13	1		12	1	1
Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί	2	12			14	
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το		14		1	13	

στόχο							
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι	1	13		2	12		
Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής	8	6		10	4		
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	13	1		13		1	
Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει	1	13		1	13		
Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια	14			13	1		
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος		14			7	7	
Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του	13	1		6	1	7	
Το παιδί μπορεί να πιει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια	4	10		1	11	2	
Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του	14			13	1		

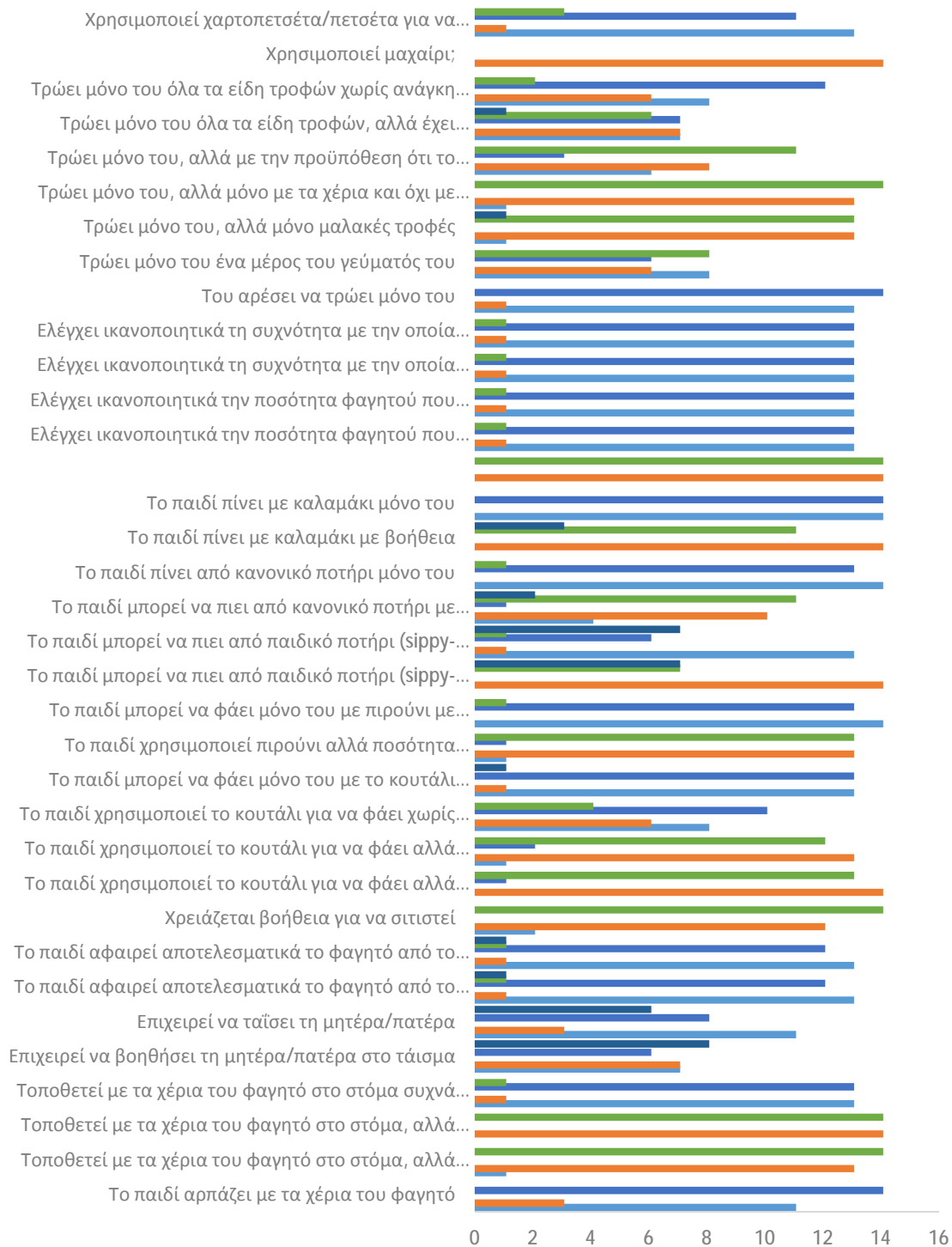
Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια		14			11	3	
Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του	14			14			
Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει		14			14		
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του	13	1		13	1		
Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι	13	1		13	1		
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια	13	1		13	1		
Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι	13	1		13	1		
Του αρέσει να τρώει μόνο του	13	1		14			
Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του	8	6		6	8		
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές	1	13			13	1	
Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι	1	13			14		



Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια	6	8		3	11		
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής	7	7		7	6	1	
Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας	8	6		12	2		
Χρησιμοποιεί μαχαίρι;		14					14
Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	13	1		11	3		

## ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ 3;1-4;6

■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ ■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ  
■ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ



Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,250 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς ελέγχουμε τη σημαντικότητα του t-test στην πρώτη γραμμή.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0,099 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και των ερευνητών στην ηλικιακή ομάδα 3-4 μηνών.

	Levene Test for Equality of Variances		t Test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
VAR00036	1,381	,250	-1,710	23	,099	-5,02000	2,92362	-11,02372	1,02372
			-1,710	23,362	,100	-5,02000	2,92362	-11,04403	1,04403

Γράφημα 6: Έλεγχος t-test για την ηλικιακή ομάδα 3-4 μηνών

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτυπώθηκαν τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας και αναλύθηκαν τα στατιστικά στοιχεία. Δυστυχώς στα πλαίσια μίας πτυχιακής εργασίας δεν θα μπορούσαν να αναλυθούν με κάθε δυνατό τρόπο όλες οι μεταβλητές που ενδεχομένως επηρεάζουν το αποτέλεσμα λόγω του μεγάλου όγκου τους, ωστόσο οι μελέτες που έγιναν και τα αποτελέσματα που βρέθηκαν φαίνεται να έχουν κάποια σημασία και να πλησιάζουν αρκετά τα αναπτυξιακά ορόσημα άλλων χωρών παρόλες τις διαφορές στην κουλτούρα του πολιτισμού και την ανατροφή του παιδιού από τους γονείς/ φροντιστές.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία που παρατίθεται στο αντίστοιχο κεφάλαιο της θεωρητικής ανασκόπησης τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ξεκινούν να αναπτύσσουν τις δεξιότητες της αυτόνομης σίτισης γύρω στους 4 μήνες αυτόνομη σίτιση με τα χέρια, η οποία ολοκληρώνεται στους 12 μήνες (Coley, 1978; Gresell & Ilg, 1943; Haley et al., 1992; Ruth et al., 2004) , αφ' ότου έχει εισαχθεί και η στερεά τροφή στο διαιτολόγιο τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα οποία συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, έδειξαν ότι μόνο το 4,5% των παιδιών του δείγματος δεν έχει αναπτύξει την τεχνική σίτισης με τα χέρια μετά την ηλικία των 12 μηνών και μάλιστα το 83% των παιδιών φαίνεται να έχει ολοκληρώσει την τεχνική στους 10 μήνες.

Μια ακόμα τεχνική που μελετήθηκε ήταν η αυτόνομη πόση από ποτήρι. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία ,τα παιδιά ξεκινούν να πίνουν από παιδικό ποτηράκι (sippy cup) χωρίς βοήθεια στην ηλικία των 4 μηνών και ολοκληρώνουν την τεχνική στους 24 μήνες. (Carruth et al., 2004). Αντίστοιχα, η ηλικία έναρξης της αυτόνομης πόσης από κανονικό ποτήρι στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ξεκινά πριν τους 12 μήνες και ολοκληρώνεται στους 18-24 μήνες (Carruth et al., Carruth et al., 2004; Coley, 1978; Gesell & Ilg, 1943; Haley et al., 1992).

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν 8 άτομα κάτω των 12 μηνών για την αυτόνομη χρήση από παιδικό ποτηράκι και το 62,5% του δείγματος έδειξε ότι όντως τα παιδιά ξεκινούν την αυτόνομη πόση από παιδικό ποτήρι σε ηλικία 6-10 μηνών. Τα υπόλοιπα παιδιά του δείγματος έχουν ολοκληρώσει την τεχνική μέχρι τους 24 μήνες με μόλις το 17,1% να ολοκληρώνει την τεχνική μεταξύ 18-24 μηνών.

Η μελέτη της τεχνικής της αυτόνομης πόσης από κανονικό ποτήρι στην παρούσα έρευνα έδειξε ότι κανένα παιδί δεν μπορεί να κάνει αυτόνομη πόση από κανονικό ποτήρι κάτω από την ηλικία των 15 μηνών κάτι που δεν επιβεβαιώνεται από τις ήδη υπάρχουσες μελέτες που θέλουν να ξεκινά η αυτόνομη πόση από κανονικό ποτήρι στην ηλικία των 7 μηνών. Από το δείγμα ηλικίας 18-4;6 ετών μόνο το 2,3% του δείγματος δεν έχει καταφέρει να ολοκληρώσει την τεχνική αυτόνομης πόσης. Πράγματι λοιπόν και στη δική μας μελέτη το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ολοκληρώνει την τεχνική της πόσης από ποτήρι μέχρι τους 18 μήνες, όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία.

Η έναρξη χρήσης αυτόνομης λαβής κουταλιού σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ξεκινά 10-11 μηνών όπου το παιδί συνήθως κρατά το κουτάλι με τη γροθιά του, 15 μηνών, μπορεί να γεμίζει με τροφή το κουτάλι και το σηκώνει προς το στόμα του, ενώ 15-18 μηνών, το παιδί είναι σε θέση να οδηγεί το κουτάλι υπό γωνία στο στόμα του και να συνεχίζει να το χειρίζεται και μετά την ανατοποθέτηση της τροφής στο στόμα. Γύρω στο 2<sup>ο</sup> - 2 ½ έτος, το παιδί είναι σε θέση να τοποθετεί μόνο ένα σημείο του κουταλιού στη στοματική του κοιλότητα και χωρίς στροφή του κεφαλιού του και γύρω στο 3<sup>ο</sup> πλέον έτος το παιδί είναι σε θέση να πιάσει το κουτάλι με τα δάχτυλα. (Carruth et al., 2004; Coley, 1978; Gesell & Ilg, 1943; Haley et al., 1992). Στην παρούσα μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 21,8% των παιδιών ξεκινά μεταξύ 10-12 μηνών να κρατά το κουτάλι και να προσπαθεί να σιτιστεί μόνο του, το 45,3% ηλικίας 12-15 μηνών και μόλις το 4,5% των παιδιών αποκτά την τεχνική άνω των 15 μηνών. Τέλος το 26,5% των παιδιών που αφορά ηλικία 6-18 μηνών δεν έχει εμφανίσει την τεχνική ακόμα. Και στην παρούσα λοιπόν έρευνα η τεχνική αυτόνομης σίτισης από κουτάλι φαίνεται να ξεκινά πριν τους 12 μήνες και να έχει κατακτηθεί στο μεγαλύτερο ποσοστό μέχρι την ηλικία των 18 μηνών .

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι το 96,8% των παιδιών του δείγματος ξεκίνησαν τη σίτιση από κουτάλι από το φροντιστή μεταξύ 4-7 μηνών , ενώ 1 παιδί ξεκίνησε μεταξύ 10-12 μηνών και άλλο 1 μεταξύ 12-15 μηνών.

#### **4.1.Ερευνητικοί περιορισμοί**

Τα ευρήματα βασίζονται τόσο σε ερωτηματολόγια γονιών όσο και σε παρατήρηση των ερευνητών για την μείωση των πιθανοτήτων των ερευνητικών λαθών. Παρ' όλα αυτά οι ερευνητικοί περιορισμοί δεν ήταν δυνατόν να εξαλειφθούν πλήρως

Όπως προαναφέρθηκε η μελέτη της έρευνας ξεκίνησε με δεδομένο ότι δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα δεδομένα για την Ελλάδα καθώς και ότι οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό ήταν ελάχιστες.

Στην πορεία της έρευνας υπήρξαν περιορισμοί που δεν μας επέτρεψαν να μελετήσουμε όλες τις μεταβλητές που θα είχαν νόημα και θα μας έδιναν μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για το τι επηρεάζει ενδεχομένως τις τεχνικές αυτόνομης σίτισης και την καθυστέρηση ή μη εμφάνισής τους. Τέτοιοι περιοριστικοί παράγοντες ήταν αρχικά το μικρό δείγμα που συλλέχθηκε ανά ομάδα. Λόγοι που δεν μας επέτρεψαν να έχουμε ένα μεγαλύτερο δείγμα ήταν αρχικά ο μικρός χρόνος εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Επιπλέον υπήρχαν αρκετά αυστηρά κριτήρια για την ένταξη ενός υποκειμένου στο δείγμα και αρκετά παιδιά δεν μπόρεσαν να ενταχθούν. Τέλος πολλοί γονείς, των μικρότερων κυρίως ηλικιακών ομάδων, αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους φοβούμενοι την αυτόνομη σίτιση από τα παιδιά για αρκετούς λόγους με κυριότερο τον πνιγμό.

Εν συνεχεία δεν μπόρεσαν να μελετηθούν όλες οι μεταβλητές που τέθηκαν σαν στόχο από την έναρξη της πειραματικής διαδικασίας γιατί οι περισσότεροι γονείς δεν συμπλήρωσαν όλα τα στοιχεία στο ιστορικό ή έδωσαν κάποιες λάθος απαντήσεις. Πολλοί εξέφραζαν απορίες και τους ήταν σχετικά δύσκολο να ανασύρουν από τη μνήμη τους την ηλικία έναρξης μίας δεξιότητας αυτόνομης σίτισης. Φαίνεται, λοιπόν, ότι πολλοί γονείς, δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην αυτόνομη σίτιση, αλλά επικεντρώνονται κυρίως στη σίτιση αυτή καθ' αυτή.

Σημαντικές μεταβλητές που δεν ερευνήθηκαν και που υπάρχουν στοιχεία ότι επηρεάζουν τις τεχνικές αυτόνομης σίτισης στα παιδιά ήταν το κοινωνικό- οικονομικό προφίλ των γονέων, το επίπεδο μόρφωσης, η αποκλειστική ή μη ευθύνη ανατροφής των παιδιών από τους γονείς καθώς και τα διάφορα κινητικά αναπτυξιακά ορόσημα.

Ένας άλλος περιορισμός που ενδεχομένως επηρεάζει τις απαντήσεις του δείγματος είναι ότι δεν μελετήθηκαν όλα τα παιδιά στον ίδιο χώρο. Κάποια από αυτά μελετήθηκαν στον παιδικό σταθμό, ένα μικρό δείγμα σε ιδιωτικό κέντρο θεραπειών ειδικής αγωγής και κάποια άλλα στο σπίτι τους. Ενδεχομένως ο χώρος να επηρέασε τις αποκρίσεις των παιδιών και κατ' επέκτασιν τις παρατηρήσεις των ερευνητών δεδομένου ότι τα παιδιά που μελετήθηκαν στο χώρο τους ένιωθαν μια ιδιαίτερη άνεση.

Τέλος δεν έγινε συσχέτιση του πρωτοκόλλου με την ηλικία και το φύλλο διότι συσχέτιση με Pearson δεν υφίσταται δεδομένου ότι δεν πρόκειται για ποσοτικά δεδομένα και επιπλέον

εξαιτίας του μικρού δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα δεν μπόρεσε να γίνει  $\chi^2$  κατανομή διότι από την βιβλιογραφία πρέπει να υπάρχει δείγμα μεγαλύτερο των 25 ατόμων ανά ομάδα. (Εμβάλωτης, Κατσή, Σιδερίδης, 2006)

## 4.2 Συστάσεις Για Μελλοντικές Μελέτες

Οι συστάσεις που προτείνονται για μελλοντικές μελέτες, με βάση την παρούσα έρευνα είναι η περαιτέρω διερεύνηση των στατιστικά σημαντικών ή μη μεταβλητών, λαμβάνοντας μεγαλύτερο δείγμα παιδιών για πιο εμφανή αποτελέσματα. Επιπλέον θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να γίνει έρευνα όπου θα συμμετείχαν διάφορες πολιτισμικές ομάδες δεδομένου την πολιτισμική εισροή μεταναστών που έχουν ενσωματωθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

Τέλος η προτιμότερη μέθοδος για μια τέτοια έρευνα θα ήταν η συλλογή αυτών των πληροφοριών μέσα από μία διαχρονική μελέτη όπου θα ακολουθούσαν τα παιδιά για μεγάλο χρονικό διάστημα και θα κατέγραφαν τις διάφορες δεξιότητες και τις ηλικίες εμφάνισής του, κάτι το οποίο δεν είναι φυσικά εφικτό στα πλαίσια μίας πτυχιακής εργασίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abbasi, S., Sivieri, E., Samuel-Collins, N., & Gerdes, J. S. (2008). Effect of non-nutritive sucking on gastric motility of preterm infants. Presented at the meeting of the Pediatric Academic Society, Honolulu, Hawaii.

Archer, L.A., & Szatmari, P. (1990). Assessment and treatment of food aversion in a four year old boy: a multidimensional approach. *Can J Psychiatry*. Aug;35(6):501-5.

Arvedson, J., Lefton – Greif, M. (1998). *Pediatric Videofluoroscopic Swallow Studies, a Professional Manual with Caregiver Guidelines*. Texas: Communication Skill Builders.

Arvedson, J.C., & Brodsky, L., (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management*. Delmar Gengage Learning. New York

Barlow, M.S.; Poore, A.M.; Zimmerman, A.E.; Finan, F.D. (2010). Feeding Skills in the Preterm Infant. *The ASHA Leader*. Vol. 15, 22-23.

Bellman, M. (2010). *Το φυσιολογικό παιδί*. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα

Berthouex, P.M. & Brown, L.C. (2002). *Statistics for Environmental Engineers, Second Edition*. Lewis Publishers.

Bigenzahn, W., Denk, D. M. (2007). *Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες. Μετάφραση: Αναγνώστου, Ε., Μοσχοβάκης, Ε.* Αθήνα Π. Χ. Πασχαλίδης.

Bingham, P. M., Thomas, C. S., Ashikaga, T., & Abbasi, S. (2008, May). Non-nutritive sucking measure predicts feeding skills in tube-fed premature infants. Presented at the meeting of the Pediatric Academic Society, Honolulu, Hawaii.

Blom, D. (2012). *Εισαγωγή στην παιδιατρική αναπτυξιακή δυσφαγία. Σημειώσεις σεμιναρίου*. Ιωάννινα.

Budd, K.S.; McGraw, T.E.; Farbisz, R.; Murphy, T.B.; Hawkins, D.; Heilman, N.; Werle, M. & Hochstadt, N.J. (1992). Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *J Pediatr Psychol*. Feb;17(1):81-94.

Carruth, Br., Ziegler P.J., Gordon A., Hendricks K. (2004). Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *J Am Diet Assoc*. 2004 Jan;104(1 Suppl 1):s51-6.



- Case-Smith J., & O' Brien, J.C.(2010). Occupational Therapy for Children. 6th edition. Mosby Elsevier. Riverport Lane, Missouri.
- Cichero J, Murdoch B.(2006). Dysphagia foundation, theory and practice. Chichester, UK. John Wiley
- Coley, I.L. (1978). Pediatric assessment of self-care activities. Mosby
- Connolly, K., Dalgleish, M. (1989). The emergence of a tool-using skill in infants. American Psychological Association
- Debby Arts-Rodas, & Benoit, D.(1998). Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. Paediatr Child Health. Jan-Feb; 3(1): 21–27.
- Dusick A., “Investigation and Management of Dysphagia”, Seminars in Pediatric Neurology, Vol 10, No 4 (December), 2003
- Fucile, S., Gisel, E., & Lau, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. Journal of Pediatrics, 141, 230–236.
- Fucile, S., Gisel, E., & Lau, C. (2005). Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. Developmental Medicine & Child Neurology, 47, 158–162.
- Gesell, A., Ilg, F.L. (1943). Feeding behavior of infants: A pediatric approach to the mental hygiene of early life. Philadelphia: JB Lippincott.
- Groher, M.E., & Crary, M.A.(2015). Δυσφαγία. Κλινική Αντιμετώπιση σε Ενήλικες και Παιδιά. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα.
- Haley, S.M. (1992). Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, Standardization and Administration Manual, Therapy Skill Builders. Spi edition.
- Henderson, A., Pehoski, C. (2006). Hand Function in the Child (2nd ed). Missouri: Elsevier.
- House, J.S. & Landis, K.R., & Umperson, D.(1988). Social relationships and health. Science, 241:540–545
- Howard, k. and Sharp, J. (1996). Η επιστημονική μελέτη. (μτφ. Β. Νταλάκου). Αθήνα: Gutenberg.
- Javeau, C. (1996). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. ΤΥΠΩΘΗΤΩ / ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

Koivisto, U.K., & Sjöden, P.O.(1996). Food and general neophobia in Swedish families: parent-child comparisons and relationships with serving specific foods. *Appetite*.Apr;26(2):107-18.

Lawrence, R.A.(1989). *Breastfeeding. A guide for the medical profession*.3rd ed. CV Mosby Co, St Louis, Baltimore, Philadelphia,Toronto.:1–27

Lyons-Ruth K, Zeanah C, Benoit D. Disorder and risk for disorder during infancy and toddlerhood. In: Mash E, Barkley R, editors. *Child psychopathology*. New York: Guilford; 1996; p. 457-491; Second edition, 2003

McCain, G. C. (1995). Promotion of preterm infant nipple feeding with nonnutritive sucking. *Journal of Pediatric Nursing*, 10, 3–8.

McCann, J.B., & Stein, A., & Fairburn, C.G., & Dunger, D.B.(1994). Eating habits and attitudes of mothers of children with non-organic failure to thrive. *Arch Dis Child*. 1994 Mar;70(3):234-6.

Mennella JA, Beauchamp GK. Development and bad taste. *Pediatr. Allergy Asthma Immunol*. 1998;12:161–163.

Murry, T. & Carrau, R.T. (2014).*Η Κλινική Διαχείριση των Διαταραχών Κατάποσης-Δυσφγία σε Παιδιά και Ενήλικες*.Τρίτη Έκδοση.Εκδόσεις Gotsis. Πάτρα.

Newman, J. & Pitman,T. (2000). *The ultimate breastfeeding book of answers*. Roseville, CA. Prima

Palmer S, Horn S. Feeding problems in children. In: Palmer S, Ekvall S, editors. *Pediatric nutrition in developmental disorders*. Springfield, IL: Thomas; 1978. pp. 107–129.

Pickler, R. H., Frankel, H. B., Walsh, K. M., & Thompson, N. M. (1996). Effects of nonnutritive sucking on behavioral organization and feeding performance in preterm infants. *Nursing Research*, 45, 132–135.

Reynolds, E., Grider, D., Caldwell, R., Capilouto, G., Patwardhan, A., Charnigo, R. (2010a). Variations in phase of respiration with swallow during nonnutritive suck in low-risk premies and infants with BPD. Presented at the meeting of the Pediatric Academic Society, Vancouver, BC, Canada.

Reynolds, E., Grider, D., Caldwell, R., Capilouto, G., Patwardhan, A., Charnigo, R. (2010b). Swallow-breath interaction during nonnutritive suck in low-risk premies and infants with bronchopulmonary dysplasia. Presented at the meeting of the Pediatric Academic Society, Vancouver, BC, Canada.

Ruth, K. (2005). Down's Syndrome (Need to Know). Heinemann Library.

Volkmer, A. S., & Fiori, H. H. (2008). Non-nutritive sucking with a pacifier in preterm infants. Presented at the meeting of the Pediatric Academic Society, Honolulu, Hawaii.

WHO/UNICEF .The innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding., Geneva,1990

Wilson,N. & Mclean,I.S.(1994). Questionnaire Design: A Practical Introduction. University of Ulster.

Εμβλωτής, Α., Κάτσης, Α και Σιδερίδης, Γ. (2006). Στατιστική μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, Α΄ έκδοση. Ιωάννινα.

Ζαμπέλας, Α. (2003). Η διατροφή στα στάδια της ζωής.Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα

Καμπανάρου, Μ. (2007). Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας. Αθήνα Έλλην.

Morris, E.S. & Klein,D.N. (2000). Pre-Feeding Skills: A Comprehensive Resource for Mealtime Development. Second Edition. PRO-ED Inc. Austin,Texas.

Μαλατρά, Ι. (2013). Η ανάπτυξη της ικανότητας φυσιολογικά αναπτυσσόμενων παιδιών και παιδιών με σύνδρομο Down να σιτίζονται μόνα τους, Ερευνητικό Πρωτόκολλο, Αδημοσίευτο Χειρόγραφο.

Μαλατρά, Ι., Μουστάκα Μ., Πολυχρονοπούλου Γ.(2016). Η Ανάπτυξη Της Ικανότητας Των Παιδιών Με Σύνδρομο Down Να Σιτίζονται Μόνα Τους. Πτυχιακή Εργασία. Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος

Μάτης, Κ. (2003). Δασική Βιομετρία Ι-Στατιστική. Θεσσαλονίκη: Πήγασος 2000.

Μεσσήνης, Λ., Αντωνιάδης, Γ. (2001). Διαταραχές Κατάποσης – Δυσφαγία. Αθήνα Έλλην.

Παπαβέντσης, Σ..(2011). Επιστροφή στον μητρικό θηλασμό.Οδηγός επιβίωσης για γονείς και για επαγγελματίες υγείας. Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν.(1984). Στοιχεία περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής, Ιδιωτική Έκδοση.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1990). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμος Β. Αθήνα: Προσωπική έκδοση

Πεχλιβάνη,Φ. &Ματάλα,Α.Λ.,& Καραμανές,Ε.(2008). Πέντε κρίσιμες δεκαετίες για τη βρεφική διατροφή, 1900–1950 Η περίπτωση της Ελλάδας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(4): 520-528. Αθήνα

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

(συμπληρώνεται από τη μητέρα/πατέρα)

	<b>ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΌΧΙ</b>	<b>n/a</b>
1	Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό			
2	Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο			
3	Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει			
4	Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια			
5	Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα			
6	Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα			
7	Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος			
8	Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος			
9	Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί			
10	Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο			
11	Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι			
12	Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής			
13	Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια			
14	Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει			
15	Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια			
16	Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος			
17	Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του			
18	Το παιδί μπορεί να πει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια			
19	Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του			

20	Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια			
21	Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του			
22	Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει			
23	Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του			
24	Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι			
25	Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια			
26	Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι			
27	Του αρέσει να τρώει μόνο του			
28	Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του			
29	Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές			
30	Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι			
31	Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια			
32	Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής			
33	Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας			
34	Χρησιμοποιεί μαχαίρι;			
35	Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;			

**ν Β Μέρος: Πειραματική διαδικασία - σνακ**

Τροφές: νερό, μπανάνα, γιαούρτι, μήλο, ψωμί, τυρί, φρυγανιά, μπισκότο, σταφίδες

Σκεύη: κουτάλι, πιρούνι, ποτήρι, καλαμάκι

- Πού κάθεται το παιδί:
  - α) κανονική καρέκλα και τραπέζι
  - β) high chair
  - γ) παιδική καρέκλα και τραπέζι
  - δ) άλλο: .....

- Ποιες από τις παραπάνω τροφές και σκεύη χρησιμοποιήσατε και με ποια σειρά; (φωτογραφία)  
Υπήρχαν τροφές ή σκεύη που δεν χρησιμοποιήσατε και γιατί;

.....  
.....  
.....  
.....

- Διάρκεια πειραματικής διαδικασίας

.....

**Δεξιότητες αυτόνομης σίτισης**

(συμπληρώνεται από τους ερευνητές κατά τη διάρκεια της παρατήρησης)

	<b>ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΌΧΙ</b>	<b>n/a</b>
1	Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό			
2	Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο			
3	Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει			
4	Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια			
5	Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα			
6	Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα			
7	Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος			
8	Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος			
9	Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί			
10	Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο			
11	Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι			
12	Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής			
13	Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια			
14	Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει			
15	Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια			
16	Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος			
17	Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του			
18	Το παιδί μπορεί να πει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια			
19	Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του			
20	Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια			
21	Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο			



	του			
22	Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει			
23	Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του			
24	Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι			
25	Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια			
26	Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι			
27	Του αρέσει να τρώει μόνο του			
28	Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του			
29	Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές			
30	Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι			
31	Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια			
32	Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής			
33	Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας			
34	Χρησιμοποιεί μαχαίρι;			
35	Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;			

- Άλλες παρατηρήσεις (π.χ. τροφορροια, σιελόρροια, βήχας κατά τη σίτιση):

.....  
 .....  
 .....  
 .....