



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΥΤΟΝΟΜΗΣ  
ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΤΙΣΜΟ**

**TITLE: DEVELOPMENT OF SELF FEEDING SKILLS IN  
CHILDREN IN AYTISM**

**ΔΑΛΑΒΟΥΡΑ ΣΟΦΙΑ**

**ΣΓΟΥΡΟΜΑΛΛΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**ΜΑΛΑΤΡΑ ΙΩΑΝΝΑ**

**Πάτρα,2017**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε κατά τη διάρκεια των σπουδών μας στο Τμήμα Λογοθεραπείας. Θεωρούμε υποχρέωση μας να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν στην πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας. Αρχικά, την υπεύθυνη καθηγήτρια κυρία Μαλατρά Ιωάννα, η οποία μας εμπιστεύτηκε, μας ανάθεσε αυτή την εργασία και μας πρόσφερε πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια σε κάθε φάση της υλοποίησής της. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές: Αυγέρου Ματίνα, Ζαροκαννέλου Βασιλική, Μπέσσα Ανδρέα και το λογοθεραπευτικό κέντρο «Χαρταετός» για την πολύτιμη βοήθειά τους στην εύρεση του δείγματός μας. Είναι σημαντικό να ευχαριστήσουμε τους γονείς όλων των παιδιών που δέχθηκαν να λάβουν τα παιδιά τους μέρος στην έρευνα και τα ίδια τα παιδιά για τη συνεργασία. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας που μας στήριξαν και μας στηρίζουν όλα αυτά τα χρόνια, καθώς και όλους όσους μας βοήθησαν και εξακολουθούν να μας βοηθούν στην προσπάθεια πραγματοποίησης των στόχων μας.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα με θέμα «Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό» αποτελεί προϊόν έρευνας στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας στο τμήμα της Λογοθεραπείας. Το θέμα της εργασίας πραγματεύεται το πόσο διαφέρουν τα αναπτυξιακά ορόσημα των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και το πώς διάφορα προβλήματα στα παιδιά αυτά (ιατρικά, κοινωνικά, αισθητηριακά, γνωστικά, γλωσσικά) μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη της αυτόνομης σίτισης.

Το 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση. Σε αυτή αναφέρονται ο ορισμός του αυτισμού και άλλων σχετικών με το θέμα στοιχείων, τα αναπτυξιακά ορόσημα των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης, πιθανά προβλήματα που μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτών και η φυσιολογική ανάπτυξη της σίτισης. Επιπλέον, παρουσιάζονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του αυτισμού και ο τρόπος διάγνωσης του. Τέλος, πραγματεύεται τις διαταραχές αυτόνομης σίτισης στον αυτισμό και άλλες πιθανές διαταραχές σίτισης που μπορούν να παρατηρηθούν στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα.

Το 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιλαμβάνει την μεθοδολογία της έρευνας. Αναφέρεται στο δείγμα που συλλέχθηκε και στα εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν. Ακόμη, γίνεται πλήρης ανάλυση των φάσεων που πραγματοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της έρευνας αυτής και των μεταβλητών, οι οποίες είναι πιθανό να επηρεάσουν τα αποτελέσματα.

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και αναλύονται με σχολαστικό τρόπο. Πραγματοποιείται η ανάλυση των συνεχών και μη συνεχών μεταβλητών και ελέγχονται για στατιστικώς σημαντική διαφορά. Στη συνέχεια, αναλύονται οι απαντήσεις στις 39 ερωτήσεις του *Πίνακα Ανάπτυξης Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης* και των γονέων και των κλινικών και πραγματοποιείται στατιστικός έλεγχος.

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρατίθενται οι απαντήσεις και των τριών ερευνητικών ερωτημάτων. Σχολιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα από τους μελετητές και γίνεται η σύγκριση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Επίσης, αναφέρονται οι ερευνητικοί περιορισμοί τους οποίους κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν οι μελετητές κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Τέλος, συστήνονται εν συντομία μελλοντικές μελέτες, οι οποίες θα βοηθούσαν στην πληρέστερη ανάλυση του θέματος.

## Πίνακας Περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	7
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	7
1.1 ΟΡΟΛΟΓΙΑ.....	7
Ορισμος Φυσιολογικης Καταποσης.....	7
Ορισμος Θηλασμου.....	7
Ορισμος Αυτονομης Σιτισης.....	7
Ορισμος Αφυδατωσης.....	7
Ορισμος Πλημμελεις Θρεψης/ Υποσιτισμος.....	7
Ορισμος Δυσφαγιας.....	8
Ορισμος Αφαγιας.....	8
Ορισμος Εισροφησης.....	8
Ορισμος Λαρυγγικης Διεισδυσης.....	8
Ορισμος Διαταραχης Σιτισης.....	8
Ορισμος Αυτισμου.....	9
1.2 Σύντομη αναφορά στην φυσιολογική ανάπτυξη της σίτισης/ κατάποσης.....	10
1.3 Η φυσιολογική ανάπτυξη της αυτόνομης σίτισης.....	13
1.4 Προβλήματα στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης.....	22
1.5 Αυτισμός και διαταραχές αυτιστικού φάσματος.....	23
1.6 Αυτισμός και διαταραχές αυτόνομης σίτισης.....	28
1.7 Άλλες διαταραχές σίτισης/ κατάποσης στον αυτισμό.....	29
1.8 Κενά στη Βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα.....	34
1.9 Σκοπός της μελέτης.....	34
1.10 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	36
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	36
2.1 Δείγμα.....	36
2.2 Κριτήρια ένταξης/ αποκλεισμού.....	36
2.3 Δημιουργία Πρωτοκόλλου.....	37
2.4 Πειραματική Διαδικασία.....	37
2.4.1. Screening.....	37
2.4.2. Κύρια Διαδικασία.....	37
2.4.2.1 Ερωτηματολόγιο.....	37

2.4.2.2 Χορήγηση.....	37
2.4.2.3 Δοκιμασίες .....	38
2.4.2.4 Είδη τροφίμων και σκεύη .....	39
2.5 Ερευνητικός σχεδιασμός και μεταβλητές .....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	42
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	42
3.1. Ανάλυση μη συνεχών μεταβλητών.....	42
3.2. Ανάλυση συνεχών μεταβλητών .....	44
3.3 Σύγκριση μεταβλητών που σχετίζονται με την ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης και πόσης .....	46
3.4 Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των μη συνεχών μεταβλητών όσον αφορά τον τύπο του παιδιού. ....	47
3.5. Γενική ανάλυση αποτελεσμάτων ερωτηματολογίου και πειράματος.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	86
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	86
4.1 Σύγκριση με Βιβλιογραφία.....	88
4.2 Ερευνητικοί περιορισμοί .....	90
4.3 Συστάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	90
Βιβλιογραφία.....	91

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριο θέμα της έρευνας αποτέλεσε η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό. Σκοπός της έρευνας αποτέλεσε η μελέτη της ανάπτυξης των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό, η σύγκριση της ανάπτυξης αυτών με παιδιά τυπικού πληθυσμού και η πιθανή ηλικιακή απόκλιση στην εμφάνιση των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης. Προκειμένου να εκπληρωθεί ο σκοπός αυτός χρησιμοποιήθηκε δείγμα 30 παιδιών ηλικίας 3;2 έως 14;1 χρονών εκ των οποίων τα 15 είχαν διαγνωσθεί με αυτισμό και τα υπόλοιπα 15 αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου.

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.

Για τη λήψη των απαιτούμενων πληροφοριών δημιουργήθηκε ένα πειραματικό πρωτόκολλο (Μαλατρά, 2013). Η μεθοδολογία της έρευνας περιελάμβανε τη λήψη αναπτυξιακού ιστορικού, στοματοπροσωπικό έλεγχο, screening τεστ γλωσσικών και γνωστικών δεξιοτήτων και τέλος, αξιολόγηση των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης με δύο εργαλεία: ένα ερωτηματολόγιο που απαντήθηκε από τους γονείς και τη διαδικασία πειράματος με χορήγηση δίσκου τροφών από τους ερευνητές.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή εξάρτηση μεταξύ της κύριας μεταβλητής (η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτονομίας σίτισης σε παιδιά με αυτισμό) με 7 από τις 13 μεταβλητές που εξετάστηκαν. Επίσης, παρατηρήθηκε πως η έναρξη στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη ηλικία στα παιδιά με αυτισμό απ' ό,τι στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Τέλος, από τη συσχέτιση των απαντήσεων των γονέων και των ερευνητών στο πρωτόκολλο φάνηκε να υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των κλινικών και γονέων παιδιών με αυτισμό. Στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης, αν και στις μεμονωμένες ερωτήσεις παρουσίαζαν στατιστικώς σημαντική διαφορά, στο σύνολό τους δεν υπήρχε. Τα ίδια αποτελέσματα υπήρξαν και στη σύγκριση των απαντήσεων μεταξύ των κλινικών παιδιών με αυτισμό και κλινικών παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

## SUMMARY

The main topic of this research was the development of self-feeding skills in children with autism. The aim of the research was to study the development of self-feeding skills in children with autism, to compare their development with normally developed children and the possible age gap in the emergence of self-feeding skills. In order to meet this goal, a sample of 30 children aged 3;2 to 14;1, 15 of whom were diagnosed with autism and the other 15 were the control group.

At the same time, parents' observation in the techniques was studied to see whether they are consistent with the researchers' observations, as many parents do not place particular emphasis on developing self-feeding techniques.

An experimental protocol was created to obtain the required information (Malatra, 2013). The methodology of the research included the reception of developmental history, oral motor assessment, linguistic and cognitive screening testing and finally, assessment of self-feeding skills by using the following tools: a questionnaire that was filled by the parents and the experimental procedure with the providing of food disc by the researchers.

The results of the survey showed that there is a strong dependence between the main variable (the development of self-sharing skills in children with autism) with 7 out of the 13 variables examined. It has also been observed that initiation in the development of self-feeding skills occurs at an older age in children with autism than in typically grown children. Finally, the correlation of the responses of parents and researchers to the protocol showed a statistically significant difference between the clinics and the parents of children with autism. In the responses of parents of children with autism and parents of typically developed children, although on single questions there was a statistically significant difference, that difference did not exist as a whole. The same results have been made in the comparison of responses between the clinics of autistic children and clinics of children who are typically developed.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 1.1 ΟΡΟΛΟΓΙΑ

#### Ορισμος Φυσιολογικης Καταποσης

Η φυσιολογική κατάποση αποτελεί μια ταχεία και αλληλεπικαλυπτόμενη σειρά νευρολογικά ελεγχόμενων κινήσεων, στην οποία συμμετέχουν οι μύες της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου. Είναι απαραίτητος ο ακριβής συντονισμός πενήντα μυϊκών ομάδων και πέντε κρανιακών νεύρων:

- V -Τρίδυμο
- VII - Προσωπικό
- IX - Γλωσσοφαρυγγικό
- X -Πνευμονογαστρικό
- XII – Υπογλώσσιο

Όταν οι μύες ή τα νεύρα που ελέγχουν τους μύες των παραπάνω οργάνων εμφανίσουν διαταραχή, βλάβη, δυσλειτουργία ή καταστροφή, η κατάποση παύει να είναι φυσιολογική. Στη διαδικασία της φυσιολογικής κατάποσης, η τροφή συγκρατείται μέσα στη στοματική κοιλότητα, τεμαχίζεται και αναμειγνύεται με σίελο, με αποτέλεσμα τη δημιουργία του βλωμού. Στη συνέχεια, αυτός κινείται προς τον φάρυγγα και τον οισοφάγο, καταλήγοντας στο στομάχι. Σε αυτό το σημείο έχει ολοκληρωθεί η κατάποση. (Logeman e 1983, 1999)

#### Ορισμος Θηλασμου

Είναι ένας γενικός όρος, ο οποίος περιγράφει τη συγκροτημένη έκλυση γάλακτος από τη θηλή. (Groher & Crary, 2013)

#### Ορισμος Αυτονομης Σιτισης

Η διαδικασία τοποθέτησης και προετοιμασίας του φαγητού από το τραπέζι, πιάτο ή ποτήρι στη στοματική κοιλότητα. (Case-Smith & O'Brien, 2010)

#### Ορισμος Αφυδατωσης

Η έλλειψη νερού στο σώμα προκειμένου να διατηρηθεί ένα φυσιολογικό επίπεδο υγρών στους ιστούς του οργανισμού. (Murry & Carrau, 2014)

#### Ορισμος Πλημμελης Θρεψης/ Υποσιτισμος

Η κατάσταση κατά την οποία το σώμα δεν λαμβάνει τις απαιτούμενες ποσότητες των θρεπτικών ουσιών είτε λόγω αδυναμίας ασφαλούς πρόσληψης της τροφής, της απροθυμίας ή



του φόβου λήψης τροφών ή υγρών εξαιτίας προβλημάτων κατάποσης, τα οποία είχε αντιμετωπίσει στο παρελθόν, είτε λόγω ανικανότητας χώνευσης ή απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών. (Murry & Carrau, 2014)

### **Ορισμος Δυσφαγίας**

Η δυσφαγία είναι η καθυστέρηση ή η λάθος κατεύθυνση μεταφοράς της στερεάς τροφής ή/και των υγρών από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι. Οφείλεται στο γεγονός ότι προσβάλλεται το μέρος του εγκεφάλου που ρυθμίζει τη λειτουργία της κατάποσης ή τα κρανιακά νεύρα που συνδέονται με αυτή. Οι βλάβες αυτές μπορεί να επηρεάσουν την επεξεργασία του βλωμού στη στοματική κοιλότητα και την προώθησή του προς τα πίσω και κάτω, να προκαλέσουν δυσκολία κατά τη διάρκεια της κατάποσης με μειωμένη ανύψωση του λάρυγγα και μη ασφαλή κατάποση, δηλαδή κίνδυνος εισόδου της τροφής στην τραχεία (εισρόφηση) ή πνιγμός. (Logeman, Bigenzahn & Denk, 1983, 1999) Τα παραπάνω μπορεί να προκαλέσουν:

- Υποσιτισμό
- Αφυδάτωση
- Πνευμονία από εισρόφηση
- Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (π.χ αποφυγή φαγητού ή κοινωνικών εκδηλώσεων που περιλαμβάνουν γεύμα)

### **Ορισμος Αφαγίας**

Η κατάσταση στην οποία ένα άτομο δεν μπορεί να καταπιεί καθόλου. (Murry & Carrau, 2014)

### **Ορισμος Εισροφησης**

Είσοδος τροφής, υγρού ή σιέλου στον αεραγωγό, κάτω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών. Μπορεί να γίνει πριν (προγλωττιδική), κατά τη διάρκεια (διαγλωττιδική) και μετά (μεταγλωττιδική) την κατάποση. (Murry & Carrau, 2014)

### **Ορισμος Λαρυγγικής Διεισδυσης**

Είσοδος τροφής, υγρού ή σιέλου στον αεραγωγό, πάνω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών (Murry & Carrau, 2014).

### **Ορισμος Διαταραχής Σίτισης**

Ως διαταραχή σίτισης σύμφωνα με την ASHA μπορεί να οριστεί η αδυναμία του ατόμου να πιάσει το φαγητό προκειμένου να το πιπιλίσει, να το μασήσει ή να το καταπιεί. Εμφανίζεται ως αδυναμία να πάρει τα τρόφιμα και να τα τοποθετήσει στο στόμα του ή αδυναμία να κλείσει επαρκώς τα χείλη για να κρατήσει την τροφή στο στόμα. Τέτοιου είδους διαταραχές είναι σχετικά συχνές κατά την παιδική ηλικία, τόσο σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (ποσοστό εμφάνισης 25- 35%) όσο και σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού

(ποσοστό μέχρι και 80%) (Keen, 2008). Σύμφωνα με τη μελέτη του Keen (2008), τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής της σίτισης είναι τα εξής:

- Η διαταραχή σίτισης εκδηλώνεται με τη συνεχή αποτυχία να φάει το άτομο επαρκώς και την αποτυχία να πάρει βάρος ή σημαντική απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα.
- Η διαταραχή δεν οφείλεται σε γαστρεντερικά ή άλλα ιατρικά προβλήματα, όπως η οισοφαγική παλινδρόμηση.
- Η διαταραχή δεν εξηγείται πληρέστερα από κάποια άλλη αναπτυξιακή διαταραχή, όπως η διαταραχή του μηρυκασμού, ή από έλλειψη διαθέσιμης τροφής.
- Η έναρξη της διαταραχής σίτισης εμφανίζεται πριν την ηλικία των 6 ετών.

Τα συμπτώματα των διαταραχών σίτισης μπορεί να είναι η μικρή αύξηση του βάρους ή η απώλεια βάρους, η διατροφική εξάρτηση από σωλήνα, μπουκάλι ή οποιονδήποτε τύπο εξάρτησης, η ευερεθιστότητα κατά το γεύμα ή η χρονική διάρκεια του γεύματος να υπερβαίνει τα 40 λεπτά, αγωνία και άγχος με τα νέα τρόφιμα, ανικανότητα αύξησης ή διαφοροποίησης των υφών, ανικανότητα ή άρνηση αυτόνομης σίτισης και επιλεκτικότητα (Jaquess 2009; Koerpen 2010).

## **Ορισμός Αυτισμου**

Ο όρος αυτισμός προέρχεται από τη λέξη «εαυτός» και υποδηλώνει την εσωστρέφεια και την απομόνωση ενός ατόμου στον εαυτό του. Η αυτιστική διαταραχή ανήκει στις Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ), δηλαδή είναι μια εκ γενετής αναπτυξιακή διαταραχή του εγκεφάλου και το άτομο που πάσχει από αυτισμό ζει με αυτόν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Η διαταραχή αυτή επηρεάζει την κατανόηση των ατόμων στα οπτικά, ακουστικά και γενικά αισθητικά ερεθίσματα με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στις αμοιβαίες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τη συμπεριφορά τους, τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες (Wing, 2000).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της αυτιστικής διαταραχής, όπως ο ιατρικός και ο εκπαιδευτικός. Ο ιατρικός ορισμός αναφέρει ότι «Ο αυτισμός ορίζεται και διαγιγνώσκεται στη βάση χαρακτηριστικών μορφών συμπεριφοράς, όμως δεν υπάρχουν συμπεριφορές που να αποτελούν από μόνες τους μονοσήμαντη ένδειξη αυτισμού. Η συμπεριφορά είναι ουσιώδης για την αναγνώριση του αυτισμού, αλλά από μόνη της δεν μας βοηθά να κατανοήσουμε την πάθηση αυτή ή να αποφασίσουμε για τον τρόπο προσέγγισης της» (Γκονέλα, 2006). Για τη διάγνωση του αυτισμού, η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (APA) έχει δημιουργήσει το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5<sup>η</sup> έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, DSM-V). Το DSM-V διαθέτει μια λίστα συμπτωμάτων, από την οποία το άτομο πρέπει να εμφανίζει ένα σύνολο αυτών για να διαγνωσθεί με αυτισμό.

Ο εκπαιδευτικός ορισμός του αυτισμού αναφέρει ότι «Είναι μια προσέγγιση που βασίζεται, κυρίως, στην έντονη εξατομίκευση, στην οπτική στήριξη, στην προβλεψιμότητα και στη συνέχεια. Υπάρχουν πολλά είδη προσεγγίσεων, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία ατομικών μαθησιακών αναγκών» (Γκονέλα, 2006).

## 1.2 Σύντομη αναφορά στην φυσιολογική ανάπτυξη της σίτισης/κατάποσης

Τα περισσότερα νεογνικά αντανακλαστικά εκλύονται από την 28 εβδομάδα της κύησης έως τον 3ο μήνα της ζωής του βρέφους. Η μελέτη τους δίνει σημαντικές πληροφορίες για τη λειτουργία του νευρικού συστήματος και για πιθανές τραυματικές βλάβες (π.χ. κατάγματα άνω ή κάτω άκρων κλπ.). Η απουσία των αντανακλαστικών στους πρώτους 3 μήνες ή διατήρησή τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα υποδηλώνουν νευρολογική βλάβη (Αντωνιάδης, 2000).

**Πίνακας 1:** Νεογνικά αντανακλαστικά και οι λειτουργίες τους.

<i>Κυριότερα νεογνικά αντανακλαστικά</i>	<i>Λειτουργία</i>
1. Αντανακλαστικό του εναγκαλισμού ή του Moro	Ύστερα από απότομη κίνηση ή έντονο θόρυβο, το βρέφος κινείται σα να θέλει να αγκαλιάσει κάτι.
2. Αντανακλαστικό της σύλληψης ή φραγμού	Με την τοποθέτηση του δακτύλου στην παλάμη του βρέφους, αυτό σφίγγει το χέρι του με μεγάλη δύναμη.
3. Αντανακλαστικό του θηλασμού	Το χάδι στο μάγουλο του βρέφους θα προκαλέσει το γύρισμα του κεφαλιού στην αντίστοιχη πλευρά και την έναρξη θηλαστικών κινήσεων.
4. Αντανακλαστικό της βάδισης	Κρατώντας το βρέφος από το σώμα και φέρνοντας τα πέλματά του σε επαφή με κάποια επιφάνεια, αυτό θα κάνει 2 έως 2 ½ βήματα σα να θέλει να περπατήσει.
5. Ιερονωτιαίο αντανακλαστικό	Κρατώντας το βρέφος από την κοιλιά και ερεθίζοντας την πλάτη του παράλληλα με την πορεία της σπονδυλικής στήλης, αυτό κάμπτει το σώμα του προς την αντίστοιχη πλευρά.

(Αντωνιάδης, 2000)

Από τα παραπάνω αντανακλαστικά, αυτά που μπορούν να επηρεάζουν την ανάπτυξη της σίτισης/κατάποσης και των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης είναι το αντανακλαστικό του θηλασμού, του εναγκαλισμού ή του Moro και της σύλληψης ή φραγμού.

Η κατάποση ξεκινά κατά την ενδομήτρια ζωή περίπου κατά τη 12<sup>η</sup> -13<sup>η</sup> εβδομάδα. Μετά τη γέννηση, η σίτιση αποτελεί μια πολύπλοκη κινητική και αισθητηριακή διαδικασία, καθώς το νεογνό πρέπει να συντονίζει τον κύκλο αναρρόφησης-κατάποσης-αναπνοής. Στην 34<sup>η</sup> -36<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης, ο κύκλος αναρρόφησης-κατάποσης φαίνεται να είναι περισσότερο συντονισμένος και σταθερός. Σε ηλικία 2 μηνών, ο κύκλος αυτός έχει αναπτυχθεί επαρκώς. Ο συντονισμός αυτός είναι απαραίτητος για την πρόληψη εισροφήσεων. Τα νεογνά ρουφούν και καταπίνουν περίπου 10 με 30 φορές πριν πάρουν αναπνοή, καταπίνουν περίπου 6 φορές το λεπτό όταν είναι ξύπνια και περίπου 6 φορές την ώρα όταν κοιμούνται. Στο νεογνό έχουν παρατηρηθεί δύο διακριτοί τρόποι σίτισης. Κατά το 2<sup>ο</sup> με 3<sup>ο</sup> τρίμηνο το νεογνό σιτίζεται με τον τρόπο του πιπιλίσματος. Στην ηλικία των 6 μηνών, αντικαθιστά τον τρόπο σίτισης του πιπιλίσματος με την αναρρόφηση. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η γλώσσα κινείται άνω και κάτω και τα χείλη επιτυγχάνουν έναν πιο αποτελεσματικό φραγμό. Οι δύο αυτοί τρόποι εμφανίζουν

ομοιότητα στην κίνηση της γνάθου, ενώ διαφέρουν στην κίνηση της γλώσσας καθώς στον πρώτο τρόπο η κίνηση είναι προσθοπίσθια και στον δεύτερο άνω και κάτω. (Groher & Crary, 2013)

Οι πρώτοι τρεις μήνες ζωής αποτελούν το στάδιο ομοιόστασης ή στάδιο ρύθμισης κατά το γεύμα (Greenspan, 1985; Satter 1990). Ο πρωταρχικός στόχος του παιδιού, στο στάδιο αυτό, είναι να καταφέρει να ρυθμίζει τις βιολογικές και νευρολογικές λειτουργίες του. Σε αυτή την ηλικία, η υποχρέωση του γονέα είναι να μπορεί να καταλάβει τις ανάγκες του παιδιού και να ανταποκρίνεται με κάθε τρόπο στην υποστήριξη του σταδίου αυτού. Ο ίδιος είναι υπεύθυνος για την επιλογή του τρόπου σίτισης του νεογνού, είτε με θηλασμό είτε με τη χρήση μπουκαλιού. Η πρώτη επιλογή είναι το καλύτερο είδος διατροφής, καθώς είναι πλούσιο σε αντισώματα, προστατεύει το βρέφος από τις λοιμώξεις και τα παιδιά που θηλάζουν παθαίνουν λιγότερες αλλεργίες. Εάν προτιμηθεί η χρήση μπουκαλιού, είναι απαραίτητο να επιλεγεί ο τύπος, το μπουκάλι και το είδος της πιπίλας. Εάν δεν υπάρχει πρόβλημα, τα νεογνά χρησιμοποιούν τις φυσικές τους ικανότητες για να ρουφάνε και να καταπίνουν. Καθώς ωριμάζουν, αναπτύσσουν σταδιακά την ικανότητα έγκαιρης ενημέρωσης των γονέων για το αίσθημα πείνας, κορεσμού, βέλτιστης στάσης σίτισης και είδος πιπίλας που προτιμούν, καθώς και τη χρονική στιγμή που χρειάζονται να ρευτούν (Morriss & Klein, 2000). Στο διάστημα αυτό το βρέφος σιτίζεται με γάλα σε όλα τα γεύματά του.

Κατά τον 4<sup>ο</sup>-7<sup>ο</sup> μήνα ανάπτυξης, επιτελείται η κοινωνικοποίηση στο γεύμα. Το παιδί έχει αναπτύξει πιο σταθερό βιολογικό και νευροφυσιολογικό στάδιο. Σε αυτό το στάδιο, το παιδί μαθαίνει να εμπλέκεται και να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον γύρω του. Πλέον, μπορεί να δίνει ξεκάθαρα στοιχεία στους γονείς για την ανάγκη πείνας, ύπνου, δυσφορίας και προσοχής. Η ακούσια και ανώφελη κίνηση περιορίζεται και γίνεται πιο σκόπιμη. Το στάδιο της κοινωνικοποίησης χαρακτηρίζεται από το κοινωνικό χαμόγελο του παιδιού, ως συνέπεια της αλληλεπίδρασης του με το περιβάλλον, καθώς και από την καλύτερη επικοινωνία γονέων-παιδιού, όπως τα «ματάκια».

Σε ηλικία 4-6 μηνών, θα πρέπει να ξεκινήσει η κατανάλωση συμπληρωματικών τροφών, όπως παιδικές τροφές ή πολτοποιημένες τροφές για βρέφη. Η έναρξη χορήγησης πολτοποιημένων τροφών δεν πρέπει να ξεκινά αργότερα από τον 7 μήνα (Briefel et al., 2004; Groher & Crary, 2013). Στον 5<sup>ο</sup> περίπου μήνα, ο γονέας φροντιστής ξεκινά να δίνει χυμό φρούτων με σταδιακή αύξηση της ποσότητας. Αφού ο οργανισμός του παιδιού συνηθίσει την πέψη του χυμού φρούτων, ξεκινά να τρώει φρουτόκρεμα (αποτελούμενη από 2 με 3 πολτοποιημένα φρούτα εποχής ή έτοιμη φρουτόκρεμα), το οποίο αποτελεί το δεύτερο γεύμα του παιδιού. Στη συνέχεια, αντικαθίσταται το 4<sup>ο</sup> γεύμα από την κρέμα γάλακτος, η οποία συνήθως αγοράζεται σε σκόνη και διαλύεται με χλιαρό νερό. Το τελευταίο γεύμα που αντικαθίσταται είναι το 3<sup>ο</sup>, το οποίο είναι το κύριο γεύμα. Αυτό αποτελείται από κρεατοχορτόσουπα, κοτόπουλο ή ψάρι. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται αρχικά βρασμένο μοσχάρι με λαχανικά πολτοποιημένα, το οποίο αργότερα μπορεί να αντικατασταθεί με κοτόπουλο ή ψάρι. Επομένως, το ημερήσιο διαιτολόγιο ενός βρέφους ηλικίας 8 με 9 μηνών έχει διαμορφωθεί ως εξής (Αντωνιάδης, 2000) :

- 1<sup>ο</sup> γεύμα: Γάλα
- 2<sup>ο</sup> γεύμα: Φρουτόκρεμα
- 3<sup>ο</sup> γεύμα: Κρεατοχορτόσουπα
- 4<sup>ο</sup> γεύμα: Κρέμα γάλακτος
- 5<sup>ο</sup> γεύμα: Γάλα

Μεταξύ των 8 μηνών και 3 χρονών, οι ανάγκες του νεογνού αλλάζουν. Οι Mahler, Pine, Bergman (1975) περιγράφουν το στάδιο αυτό ως στάδιο διαχωρισμού και εξατομίκευσης. Τα παιδιά αρχίζουν να ασκούν περισσότερο έλεγχο στο περιβάλλον και τους ανθρώπους γύρω τους. Στις υποχρεώσεις του παιδιού σε αυτό το στάδιο ανήκουν: η διαρκώς διευρυνόμενη ανεξαρτησία, η εξερεύνηση και η δοκιμή νέων τρόπων. Το παιδί, τώρα, έχει περισσότερες φυσικές ικανότητες και είναι ικανό να εξερευνήσει περισσότερες όψεις του γεύματος. Στην αρχή αυτού του σταδίου, παίζει με το φαγητό στο στόμα, με τις υφές, αρπάζει, πετάει και φτύνει το φαγητό, επιλέγει ανάμεσα στις γεύσεις και τις τροφές της αρέσκειας του. Ακόμη, προσπαθεί να φθάσει το κουτάλι και κάνει φασαρία κατά τη διάρκεια του προηγούμενα ειρηνικού γεύματος. Όσο το παιδί μεγαλώνει, ελέγχει το που θα τρώει, αν θα πετάει το φαγητό και τα σκεύη, αν θα φτύνει το φαγητό και αν θα παίζει με την τροφή. Το παιδί σταματά να χρησιμοποιεί την παιδική καρέκλα και επιχειρεί να κάτσει σε κανονική καρέκλα, αρπάζει το κουτάλι και το πιρούνι και επιχειρεί να τα χρησιμοποιήσει μόνο του, ακόμη και αν τα χρησιμοποιεί λανθασμένα. Το παιδί χρειάζεται μια συνεχή εξάσκηση με το κουτάλι, το πιρούνι, το ποτήρι και το καλαμάκι. Ξεκινά να δοκιμάζει μια ποικιλία γεύσεων και υφών στο φαγητό και σε διαφορετικά σκεύη. Οι ικανότητες δαγκώματος και μάσησης εξασκούνται συνεχώς μέχρι να τρώνε τα περισσότερα φαγητά με ασφάλεια. Τα παιδιά ξεκινούν να χρησιμοποιούν το ποτήρι και να πίνουν από καλαμάκι και μεταβαίνουν από τις πολτοποιημένες τροφές σε στερεές.

Μετά την ηλικία των 3 ετών, οι συνήθειες του γεύματος αλλάζουν. Τα παιδιά είναι, πλέον, ικανά να περιμένουν την ώρα του γεύματος και ακολουθούν με περισσότερη ευκολία τις συνήθειες της οικογένειας. Κατακρίνουν το φαγητό που τους προσφέρεται, απαιτούν διαφορετικό φαγητό και ζητούν να τρώνε διάφορες ώρες της ημέρας. Η ποικιλία καταναλωμένων τροφών αυξάνεται. Η διατροφή τους θα πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες και να περιέχει φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες στις απαιτούμενες ποσότητες. Οι τροφές με χαμηλά λιπαρά, όπως τα γαλακτοκομικά προϊόντα, καθώς και η ζάχαρη και το αλάτι σε μεγάλες ποσότητες, θα πρέπει να αποφεύγονται σε αυτή την ηλικία. Το ημιαποβουτηρομένο γάλα θα μπορεί να παρέχετε στα παιδιά μετά το 5<sup>ο</sup> έτος ζωής.

Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζεται η φυσιολογική εξέλιξη της σίτισης από τη γέννηση έως την ηλικία των 24 μηνών.

**Πίνακας 2:** Εξέλιξη σίτισης από τη γέννηση έως τους 24 μήνες.

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΤΡΟΦΗ</b>	<b>ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ</b>	<b>ΤΡΟΠΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ</b>
Γέννηση έως 6 μήνες	Γάλα, Υγρά	Πιπίλισμα και κατόπιν αναρρόφηση	Μαστός ή Μπουκάλι
4-6 μήνες	Δημητριακά, Πουρές	Αρχικώς πιπίλισμα, κατόπιν κίνηση γλώσσας σε υπερώα, μπορεί να αποβάλλει τροφές από κουτάλι ακούσια, εμετική τάση σε νέες υφές	Κουτάλι
6-9 μήνες	Παχύρευστος πουρές, Λιωμένο φαγητό, Μαλακές απλές τροφές που τρώγονται με τα δάχτυλα	Έναρξη μάσησης, ύφεση του αντανακλαστικού του εμετού, πλάγια μετατόπιση τροφών στα ούλα, εμφάνιση νεογιλών δοντιών	Κουτάλι- πόση από ποτήρι (στους 9 μήνες)

	(fingerfoods)		
9-12 μήνες	Κομμένα τρόφιμα και απλές τροφές που τρώγονται με τα δάχτυλα (fingerfoods)	Το βρέφος γλείφει τροφές από τα χείλη, δαγκώνει αντικείμενα, ελεγχόμενο διατηρούμενο δάγκωμα σκληρών τροφών (π.χ. μπισκότα)	Κουτάλι, ποτήρι. Το βρέφος αυτοσιτίζεται με τα δάχτυλα, μείωση θηλασμού από μαστό/ μπουκάλι καθώς αυξάνεται η λήψη από ποτήρι
15-24μήνες	Πλήρης διαίτα με ορισμένες εξαιρέσεις (π.χ. φιστίκια)	Το βρέφος γλείφει τροφές από τα χείλη, παρουσιάζεται αυξημένη ωρίμανση του ενήλικου περιστροφικού τρόπου μάσησης και σταθερότητα γνάθου κατά την πόση από ποτήρι, αυτοσίτιση, πόση από καλαμάκι.	Κουτάλι, ποτήρι, πιρούνι, το βρέφος κυρίως αυτοσιτίζεται

(Groher & Crary, 2013)

Για την ολοκλήρωση της επιτυχούς σίτισης είναι απαραίτητο τα νεογνά να έχουν άθικτους τους μηχανισμούς σίτισης, να είναι υγιή και να έχουν ιατρική σταθερότητα. Τα νεογνά που παρουσιάζουν φυσικούς περιορισμούς, δυσκολίες στο ρούφηγμα και την κατάποση ή έχουν ιατρική αστάθεια, αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως ανεπαρκής λήψη τροφής και ακατάλληλα ή ασταθή νεύματα προς τους γονείς.

### 1.3 Η φυσιολογική ανάπτυξη της αυτόνομης σίτισης.

Στις αρχές του 2<sup>ου</sup> χρόνου, τα παιδιά πειραματίζονται με τροφές, τις οποίες δοκιμάζουν με τα χέρια. Προκειμένου να μάθει το παιδί ότι το γεύμα είναι μια ευχάριστη διαδικασία κοινωνικού περιεχομένου, η οικογένεια θα πρέπει να συγκεντρώνεται και να τρώει μαζί σε καθορισμένες ώρες. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να διαρκεί το μέγιστο 30 λεπτά και θα πρέπει οι γονείς να προτρέπουν το παιδί να τρώει αργά και μόνο του τις τροφές που του επιτρέπουν, με την ελευθερία της ανάμειξης των τροφών.

Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης μπορεί να παρέχει στο παιδί αυτοπεποίθηση και να το κάνει να νιώσει άνετα με διάφορες υφές. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας το πιρούνι, το κουτάλι και το ποτήρι, δίνεται στο παιδί η ευκαιρία για μία πρώτη επαφή με τη χρήση αντικειμένων, πριν την ενασχόληση του με αντικείμενα όπως μαρκαδόρους, μολύβι, ψαλίδι κ.α. Η εκμάθηση της αυτόνομης σίτισης βοηθά, επίσης, στην ενδυνάμωση της πλάτης, των χεριών και των δαχτύλων, στην χρήση και των δύο χεριών ταυτόχρονα και στη βελτίωση του συντονισμού των χεριών και του συντονισμού χεριού- ματιού. Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης είναι απόρροια της λεπτής κινητικότητας. Σύμφωνα με τα πρότυπα ανάπτυξης της κίνησης του παιδιού, αρχικά επιτυγχάνεται η ανάπτυξη της αδρής και έπειτα της λεπτής κινητικότητας.

Η ανάπτυξη των στοματικών δεξιοτήτων περιλαμβάνει ήδη ανεπτυγμένες δεξιότητες λεπτής κινητικότητας. Η ανάπτυξη της σταθερότητας και ο διαχωρισμός της λεπτής και της αδρής κινητικότητας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη των στοματικών δεξιοτήτων. Στα αρχικά στάδια, η κίνηση της γνάθου και της γλώσσας είναι ακαθόριστη και

ανεπεξέργαστη. Οι κινήσεις της γνάθου είναι ευρείας έκτασης με περιορισμένο έλεγχο σε μεσαίας εμβέλειας κινήσεις. Αυτό υποδεικνύει την έλλειψη εσωτερικής σταθερότητας της γνάθου. Όσον αφορά τη γλώσσα, δεν μπορεί να κινηθεί χωρίς τη βοήθεια της γνάθου, καθώς δεν έχει ακόμη επιτευχθεί ο διαχωρισμός αυτών των δύο. Όσο το παιδί αποκτά περισσότερη εσωτερική σταθερότητα της γνάθου, αρχίζει να δαγκώνει και να μασάει δυσκολότερες τροφές. Με αυτόν τον τρόπο, καταφέρνει να ξεχωρίσει τις κινήσεις της γλώσσας από αυτές της γνάθου. Ο διαχωρισμός αυτός επιτρέπει στο παιδί να κινεί τη γλώσσα ανεξάρτητα για να γλύψει τα χείλη ή να καθαρίσει την τροφή από την κοιλότητα των παρειών.

Οι στοματικές δεξιότητες αναπτύσσονται από ευθείες σε πλευρικές και περιστροφικές κινήσεις. Αρχικά, παρατηρείται το άνοιγμα και το κλείσιμο της γνάθου για την ολοκλήρωση της μάσησης. Όσο αναπτύσσονται οι δεξιότητες αυτές και οι υφές αλλάζουν, παρατηρούνται πλευρικές κινήσεις της γνάθου με το φαγητό να κατευθύνεται από πλευρά σε πλευρά μέσα στο στόμα. Τελικά, μία περιστροφική κίνηση αναδύεται όσο η τροφή βρίσκεται στο έδαφος του στόματος μεταξύ των γομφίων και μεταφέρεται πολτοποιημένη ετερόπλευρα του στόματος.

Κατά την ανάπτυξη των δεξιοτήτων του χεριού, τα παιδιά πρώτα πιάνουν με την παλάμη ή με ολόκληρο το χέρι. Έπειτα μέσω της μετατόπισης του βάρους και της αναδυόμενης σταθερότητας, τα παιδιά απομονώνουν τον αντίχειρα και βελτιώνουν το πιάσιμο με τα δύο δάχτυλα.

Προκείμενου τα νεογνά και τα νήπια να περάσουν στη στερεά τροφή, θα πρέπει να έχουν ολοκληρώσει κάποια αναπτυξιακά ορόσημα. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αναπτυξιακά ορόσημα για παιδιά με τυπική ανάπτυξη από την γέννηση έως την ηλικία των 2 ετών.

**Πίνακας 3:** Φυσιολογική ανάπτυξη σίτισης από τη γέννηση έως τα 2 έτη.

ΗΛΙΚΙΑ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΜΑΤΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ/ ΣΙΤΙΣΗ	ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ	ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΣΙΤΙΣΗ	ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ (ΛΕΠΤΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ)
Γέννηση	Πιπίλισμα με προσθοπίσθια κίνηση γλώσσας. Η γλώσσα κινείται με την κάτω γνάθο. Η γνάθος και η γλώσσα έχουν μικρό εύρος κίνησης. Οι παρειές και τα χείλη δεν μετέχουν ενεργά στη διαδικασία. Τα λιπώδη σώματα της παρειάς έχουν αναπτυχθεί στον τελευταίο μήνα πριν τη γέννηση και παρέχουν σταθερότητα για επαρκή αναρρόφηση. Ισχυρό	Η κύρια τροφή είναι το γάλο από τη μητέρα ή σε σκόνη. Η έναρξη της σίτισης με μπουκάλι μπορεί να ξεκινήσει στις 3 εβδομάδες για νεογνά που θηλάζουν.	Κινεί το χέρι προς το στόμα του. Η δραστηριότητα αυτή υποβοηθά το νεογνό να οργανώσει την αλληλουχία αναρρόφησης-κατάποσης-αναπνοής. Ανοίγει το στόμα εν όψη του μαστού/ μπουκαλιού και ρουφάει από αυτό. Μετακινεί το χέρι του προς	Συγκρατεί αντικείμενα που τοποθετούνται στο χέρι με ισχυρή κάμψη δαχτύλων. Η πίεση επί της παλάμης ενεργοποιεί το αντανακλαστικό του δραγμού.

	αντανακλαστικό θηλασμού, αντανακλαστικό αναζήτησης, αυτόματο δάγκωμα. Ανικανότητα απελευθέρωσης της θηλής.		το μαστό/ μπουκάλι.	
1 μήνας	Κυρίως πιπίλισμα με εμφάνιση αναρρόφησης από το θηλασμό. Πραγματοποιούνται δύο ρουφήγματα πριν την αναπνοή/κατάποση. Στερείται καλής σφράγισης πέριξ της θηλής, λόγω αδυναμίας των χειλέων και ανεπαρκούς στοματικής κάμψης. Παραμονή αντανακλαστικού αναζήτησης και αυτόματου δαγκώματος.			Παραμονή αντανακλαστικού δραγμού, αντανακλαστικό ξύσιμο αντικειμένων/χειριών.
2 μηνών	Κυριαρχεί το πιπίλισμα κατά τον θηλασμό, με ευρείες κινήσεις της γνάθου και προβολή και απόσυρση της γλώσσας. Βελτίωση σύγκλεισης των χειλέων. Παρατηρείται αύξηση της σιελόρροιας μαζί με τη διεύρυνση των κινήσεων γλώσσας-γνάθου.			Η κίνηση των άνω άκρων είναι περισσότερο στοχευμένη. Η άκρα χείρα είναι περισσότερο ανοιχτή, με αύξηση των εκούσιων κινήσεων
3 μηνών	Μακρά αλληλουχία αναρρόφησης-κατάποσης (20 και περισσότερες). Καλύτερη σύγκλιση του στόματος. Καλύτερη οργάνωση της στοματικής δραστηριότητας. Ενίοτε αναρρόφηση αντί για πιπίλισμα. Έναρξη της αυτόνομης κίνησης του άνω χείλους. Όχι	Φέρει το χέρι στο στόμα. Φέρει αντικείμενα στο στόμα. Μπορεί να φέρει το χέρι στο μπουκάλι θηλασμού καθώς ωριμάζει η κινητικότητα του άνω άκρου κατά τη μέση γραμμή. Ξεκινά		Εκούσια κίνηση άνω άκρων εντός μεγαλύτερου εύρους. Προσπάθεια να απλώσει και να συλλάβει με τα δύο χέρια. Πιθανώς να μη μπορεί να συγκρατήσει αντικείμενα. Εκούσια σύλληψη



	<p>πλάγια κινητικότητα της γλώσσας. Αύξηση της σταθερότητας της γνάθου. Μείωση των αντανακλαστικών της αναζήτησης και του αυτόματου δαγκώματος. Παραμονή ισχυρού αντανακλαστικού εμετού.</p>	<p>η λήψη υγρών.</p>		<p>αντικειμένων που φέρονται κοντά στα χέρια του.</p>
4 μηνών	<p>Μικρές κινήσεις γνάθου άνω και κάτω. Δυνατότητα επιπέδωσης και αυλάκωσης της γλώσσας. Αύξηση της δραστηριότητας της κεντρικής περιοχής των χειλιών. Κατά το θηλασμό επικρατεί το πιπίλισμα, αλλά αρχίζει να εμφανίζεται και η αναρρόφηση, υποβοηθούμενη ενεργητικά από γνάθο και παρειές. Η ισχύς της αναρρόφησης αυξάνει καθώς η γλώσσα δράττει τη θηλή και κινείται άνω κάτω δημιουργώντας αρνητική πίεση. Ευχερής συντονισμός αλληλουχίας αναρρόφησης-κατάποσης- αναπνοής. Μείωση αυτόματου δαγκώματος, παραμονή αντανακλαστικού εμετού, κατάργηση αντανακλαστικού προσανατολισμού πλην κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Διαχωρίζει τα χείλη από τη γλώσσα και μπορεί να σουφρώσει τα χείλη.</p>	<p>Το μητρικό γάλα και το γάλα σε σκόνη αποτελούν ακόμη την κύρια πηγή διατροφής. Μπορεί να ξεκινήσει σιδηρούχα δημητριακά.</p>	<p>Εξερευνά αντικείμενα βάζοντάς τα στο στόμα του, το οποίο υποβοηθά στην οπίσθια μετατόπιση του αντανακλαστικού του εμετού. Μπορεί να αρχίσει η σίτιση με κουτάλι, η οποία υποστηρίζεται από την επικλινή θέση, όπως παιδικό κάθισμα αυτοκινήτου ή σε κάθισμα “relax” (bounceseat) με αυξημένη υποστήριξη.</p>	

5 μηνών	<p>Πλέον ο θηλασμός είναι τύπου αναρρόφησης. Επιχειρεί να διαχωρίσει την κίνηση της γλώσσας και της γνάθου. Η γνάθος σταθεροποιείται περισσότερο λόγω της αύξησης της ισχύος/σταθερότητας του τραχήλου. Η γλώσσα επιπεδώνεται και απλώνεται καθώς το στόμα ανοιγοκλείνει. Ενεργητική κίνηση χειλιών. Το παιδί πιπιλίζει και αναρροφά τροφές από κουτάλι. Εμφάνιση μασουλήματος. Αδυνατεί να μεταφέρει τρόφιμα από το κέντρο της στοματικής κοιλότητας στα πλάγια αυτής.</p>	<p>Λήψη υγρών και πολτοποιημένων τροφών, όπως και προσθήκη ρυζιού ή βρώμης άπαξ ημερησίως.</p>	<p>Το παιδί προσπαθεί να κρατήσει το μπουκάλι με τα δύο χέρια, αλλά η σίτιση είναι ασφαλέστερη εάν συνεχίζει να το κρατά ο γονέας.</p>	<p>Απλωμα για σύλληψη όταν βρίσκεται σε πρηνή θέση και στηρίζεται στους αγκώνες. Η σύλληψη κατευθύνεται με το βλέμμα του. Εμφάνιση μονόπλευρης στήριξης.</p>
6 μηνών	<p>Μικρότερο εύρος σίτισης γνάθου. Κίνηση και μετακίνηση της γλώσσας από πλάγιο σε πλάγιο. Ενεργός πίεση χειλούς επί του κουταλιού και του ποτηριού. Σύγκληση άνω χειλούς περίξ του κουταλιού. Πόση από ποτήρι με πιπίλιση-αναρρόφηση με ευρείες κινήσεις της γνάθου. Απώλεια υγρών κατά την πόση από ποτήρι. Το παιδί μπορεί να πνιγεί ή να φτύνει όταν χορηγούνται υγρά από ποτήρι, λόγω ανικανότητας ελέγχου της ροής. Κάθετες κινήσεις γνάθου με δάγκωμα. Μασούλημα με μάσημα. Κατάργηση</p>	<p>Η σίτιση με κουτάλι συνήθως είναι επιτυχέστερη σε αυτή την ηλικία, ιδίως όταν το παιδί μπορεί να καθίσει αυτόνομα έστω και για μικρές περιόδους. Χορηγούνται τρόφιμα με κουτάλι (δημητριακά με σκέτα φρούτα ή σκέτα λαχανικά δύο φορές ημερησίως)</p>	<p>Το παιδί είναι ικανό να κρατά μόνο του το μπουκάλι του. Ενώ με το ποτήρι έχει καλύτερη απόδοση αν το κρατά ο γονέας. Χρειάζεται υποστήριξη σε παιδική καρέκλα για την παρουσίαση αποδοτικών στοματικών κινητικών διεργασιών κατά τη σίτιση με κουτάλι και ποτήρι. Αναγνωρίζουν το οπτικά το κουτάλι και</p>	<p>Συνεχίζει να απλώνεται για να συλλάβει, κυρίως και με τα δύο άνω άκρα. Μεταφέρει αντικείμενα από χέρι σε χέρι. Έναρξη της χρήση του αντίχειρα κατά τον δραγμό.</p>

	του αυτόματου δαγκώματος και του αντανάκλαστικού του προσανατολισμού και θηλασμού. Μειωμένο αντανάκλαστικό της εξεμέσεως. Ξεκινούν να βγάζουν δόντια.		ανοίγουν το στόμα τους αυτόματα κατά την παρουσία του. Παίζουν με τα υπολείμματα τροφής και τα σκεύη που υπάρχουν στο τραπέζι.	
7-9 μηνών	<p>Θέση του αντανάκλαστικού εμετού παρόμοια με των ενηλίκων.</p> <p>Δαγκώνει παιχνίδια, θηλές, ποτήρι, κουτάλι.</p> <p>Πλευρική κίνηση της γλώσσας με σκοπό να αγγίξει τη στερεά τροφή, όσο το άνω χείλος καθαρίζει το κουτάλι. Μπορεί να πραγματοποιήσει 2-3 καταπόσεις από ποτήρι, με το κάτω χείλος να λειτουργεί ως σταθεροποιητής.</p> <p>Αύξηση της αντίληψης της πίεσης της γνάθου κατά το δάγκωμα.</p> <p>Κατά τη μάσηση μασούλημα με λίγη μάσηση. Συνεργασία των χειλιών, της γλώσσας και τις γνάθου σε όλες τις θέσεις.</p>	<p>Χορήγηση τροφών με κουτάλι τρεις φορές ημερησίως. Σε κάθε γεύμα πρέπει να συγχορηγείται ένα ποτήρι γάλακτος μητρικού ή σε σκόνη. Πρέπει να παρέχονται παχύτερες τροφές από δημητριακά και τροφές σταδίου 2. Έναρξη χορήγησης σκληρότερων τροφών που το παιδί μπορεί να κρατά στο χέρι και να περιεργάζεται με το στόμα του (π.χ. κράκερς, μπισκότα, λωρίδες καρότου)</p> <p>8 μηνών: χορήγηση μαλακών λιωμένων κανονικών τροφών σε πουρέ με μια υφή. Στην ηλικία των 8-9 μηνών το</p>	<p>Αυτόνομη σίτιση από μπουκάλι. Το άνω χείλος είναι περισσότερο δραστήριο κατά τη σίτιση.</p> <p>Προσπαθεί να βοηθήσει στη σίτιση με κουτάλι.</p> <p>Προσπαθεί να κρατά τροφές με τα χέρια και να τις φάει μόνος του. Επιπλέον ενίσχυση του συντονισμού κατά την πόση από ποτήρι. Η λήψη υγρών με καλαμάκι σε αυτή την ηλικία περιγράφεται, αλλά δεν είναι συνήθης.</p>	

		βρέφος πρέπει να λαμβάνει 4 γεύματα ημερησίως. 9 μηνών: διαλυόμενα στερεά τα οποία μπορεί να κρατά στο χέρι και να τα περιεργάζεται με το στόμα του.		
10-11 μηνών	Αυξημένος έλεγχος γνάθου κατά τη μάσηση αντικειμένων. Αυξημένη χρήση της ικανότητας ανάσπασης γλώσσας, μεταφορά τροφικού περιεχομένου στόματος από κέντρο στο πλάγιο και αντιστρόφως κατά τη μάσηση. Μπορεί να προβάλλει τη γλώσσα κάτω από το ποτήρι κατά την πόση για αύξηση σταθερότητας. Ενεργός έλεγχος χειλιών και παρειών κατά την πόση από ποτήρι. Σύγκλιση χειλέων κατά τη σίτιση με κουτάλι. Αύξηση ελέγχου του δαγκώματος. Αύξηση του περιστροφικού ελέγχου κατά τη μάσηση.	Χορηγούνται 4 γεύματα και μπουκάλι κάθε 3 ώρες ημερησίως. Κάθε γεύμα πρέπει να αποτελείται από γάλα μητρικό ή σε σκόνη σε ποτήρι, μαλακές λιωμένες κανονικές τροφές και κάποιο τρόφιμο που κρατιέται με τα χέρια. Επίσης, σε αυτή την περίοδο μπορεί να ξεκινήσει η χορήγηση μαλακών τεμαχισμένων σε κύβους τροφίμων (π.χ. φρούτα, λαχανικά). Μπορεί να ξεκινήσει η χορήγηση μαλακών γαλακτοκομικών όπως γιαούρτι. 11 μηνών:	Η ανάπτυξη της ικανότητας σύλληψης-αποδέσμευσης μικρών αντικειμένων βοηθά στο να χορηγηθούν μικρά τρόφιμα που κρατιούνται με το χέρι.	Σύλληψη με αντίχειρα και δείκτη-μέσο δάκτυλο. Σύλληψη-τσίμπημα μικρών αντικειμένων. Επανατοποθέτηση αντικειμένων με το στόμα.

		μπορεί να ξεκινήσει η χορήγηση μαλακών τροφίμων όπως ψωμί, φρούτων, μπάρες δημητριακών		
12 μηνών	Έλεγχος πίεσης γνάθου σε μαλακές τροφές. Σύγκλιση αμφοτέρων των χειλέων κατά τη σίτιση με κουτάλι. Σταθεροποίηση ποτηριού είτε με δάγκωμα είτε με τοποθέτηση της γλώσσας από κάτω, κατά τη πόση με ποτήρι. Πραγματοποιεί 4-5 καταπόσεις από ποτήρι. Μεταφορά τροφικού περιεχομένου από το κέντρο και στις 2 πλευρές της γλωσσάς. Επαρκής στοματικός έλεγχος ώστε η λήψη υγρών να γίνεται πλέον κυρίως από ποτήρι. Πλήρης σύγκλιση χειλέων σε ποτήρι.	Μαλακές καθημερινές τροφές. Σε κάθε γεύμα χορηγείται πρωτεϊνούχο και αμυλούχο τρόφιμο και φρούτο ή λαχανικό. Ένα από αυτά πρέπει να κρατιέται με το χέρι. Πλήρες γάλα ως κύρια πηγή θρέψης.	Παρουσιάζεται βελτίωση του ελέγχου σίτισης με κουτάλι, αλλά η τροφή κυρίως χορηγείται από το γονέα. Πρέπει να δίνεται στο παιδί ένα κουτάλι να κρατά ώστε, να αναπτύσσεται η αίσθηση αυτονομίας κατά τη σίτιση.	Σύλληψη- τσίμπημα (άκρος δείκτης και αντίχειρας). Αμφοτερόπλευρος συντονισμός. Ελέγχει και διερευνά αντικείμενα.
12-18 μηνών	Επαυξημένη αντίληψη στοματικής κοιλότητας με κίνηση γλώσσας. Γλείφει και καθαρίζει με τη γλώσσα το κάτω χείλος έως την ηλικία των 15 μηνών. Ανάπτυξη ελεγχόμενου δαγκώματος σκληρότερων αντικειμένων στους 16 μήνες. Πλήρης συνεργασία κατάποσης- αναπνοής.	Το νήπιο συνεχίζει να λαμβάνει την πλειονότητα των θερμίδων και των θρεπτικών συστατικών από πλήρες γάλα, έως την ηλικία των 2 ετών. Συνεχίζεται η χορήγηση ποικίλων καθημερινών πρωτεϊνούχων, αμυλούχων	Το νήπιο σιτίζεται με τα χέρια του σε σημαντικό βαθμό. Κρατά το ποτήρι μόνο του με τα δύο χέρια και πίνει με μικρή απώλεια. Βάζει το κουτάλι στο φαγητό και το μετακινεί προς το στόμα με μικρή απώλεια υλικού στους 18 μήνες. Χρησιμοποιεί	Περαιτέρω βελτίωση ποιότητας και ελέγχου κινήσεων άνω άκρων, δύναται να χειριστεί περισσότερο αποτελεσματικά διάφορα παιχνίδια. Βελτίωση των ικανοτήτων σύλληψης και αποδέσμευσης, που επιτρέπει στο νήπιο την τοποθέτηση

		τροφίμων και φρούτων και λαχανικών. Ελάχιστος ή καθόλου χυμός, εκτός και αν υπάρχει σύσταση του παιδίατρου.	μόνο του καλαμάκι.	αντικειμένων σε δοχεία.
18-24 μηνών	Ελεγχόμενο παρατεταμένο δάγκωμα και στις 2 πλευρές του στόματος. Σταθεροποίηση ποτηριού χωρίς δάγκωμα αυτού. Ακολουθούν το πρότυπο κατάποσης των ενηλίκων.		Τοποθετεί μόνο βρώσιμα στο στόμα. Χρησιμοποιεί μόνο του το κουτάλι χωρίς να λερώνεται ιδιαίτερα. Μπορεί να ξεκινήσει η χρήση πιρουνιού.	Πλήρης ανάπτυξη της βάδισης, του τρεξίματος και των αλμάτων. Συνεχής εξάσκηση προηγούμενων αποκτηθέντων κινητικών ικανοτήτων.

(Morris & Klein, 2000; Gerber et al., 2010; Arvedson & Brodsky, 2002).

Το 1943 οι Gresell και Ilg διατύπωσαν τον όρο δεξιότητες αυτόνομης σίτισης, ο οποίος περιλάμβανε την πρόσληψη τροφής με τα χέρια, την πόση από μπουκάλι ή ποτήρι και την πρόσληψη τροφής με τη χρήση σκευών. Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες για τον καθορισμό των ηλικιακών οροσήμων των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης.

Σύμφωνα με τους Gresell και Ilg (1943), Haley et al. (1992), και Carruth et al. (2004), η πρόσληψη τροφής με τα χέρια είναι η δεξιότητα του παιδιού να παίρνει την τροφή με τα χέρια και να την τοποθετεί στη στοματική κοιλότητα και ξεκινά στους 4-6 μήνες και έως την ολοκλήρωση του 1<sup>ου</sup> έτους της ζωής του παιδιού. Ο Coley (1978) υποστηρίζει πως το παιδί σε ηλικία 6-7 μηνών χρησιμοποιεί τη γροθιά για να πιάσει, ενώ στην ηλικία των 10 μηνών μπορεί να χρησιμοποιεί τα δύο δάχτυλα.

Η πόση από ποτήρι ή μπουκάλι είναι η δεξιότητα του παιδιού να τοποθετεί το μπουκάλι στη στοματική κοιλότητα για πόση στους 10 μήνες, να κρατάει ένα ποτήρι με τα δύο χέρια από μόνο του σε ηλικία 12 μηνών και να κρατά το ποτήρι με το ένα χέρι σε ηλικία 36 μηνών (Gresell & Ilg, 1943). Οι Coley (1978) και Haley et al. (1992) υποστηρίζουν ότι 6-12 μηνών το παιδί χρησιμοποιεί παιδικό ποτήρι, 18-24 μπορεί να κρατά το ποτήρι με τα δύο χέρια και 36-42 μηνών το παιδί μπορεί να χρησιμοποιεί το ποτήρι ανεξάρτητο και να το κρατά με το ένα χέρι. Η έρευνα του Carruth et al. (2004) έρχεται να επιβεβαιώσει τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνών, αναφέροντας ως ηλικία έναρξης της αυτόνομης πόσης τους 6 μήνες.

Σύμφωνα με τους Gresell et Ilg (1943) η πρόσληψη τροφής με σκεύη ξεκινά στην ηλικία των 10-11 μηνών, όπου το παιδί κρατά το κουτάλι με γροθιά. Σε ηλικία 15 μηνών, το παιδί γεμίζει με τροφή το κουτάλι. Στους 18 μήνες, γεμίζει υπό γωνία το κουτάλι, στους 24 μήνες το παιδί μπορεί να τοποθετεί ένα μέρος του κουταλιού στο στόμα, ενώ σε ηλικία 36 μηνών μπορεί και κρατάει το κουτάλι με τα δάχτυλα. Όσον αφορά την χρήση πιρουνιού/ μαχαιριού, αναφέρουν πως τα παιδιά είναι σε θέση να τα χρησιμοποιούν σε ηλικία 84 μηνών. Στην έρευνα του

Coley (1978), αναφέρεται ότι το παιδί κρατά το κουτάλι με γροθιά στην ηλικία των 15 μηνών, γεμίζει και τοποθετεί το κουτάλι στο στόμα, ρίχνοντας κάποια ποσότητα, σε ηλικία 18 μηνών, κρατά το κουτάλι με τα δάχτυλα σε ηλικία 36-48 μηνών και γεμίζει το κουτάλι και το τοποθετεί στο στόμα χωρίς να ρίχνει κάποια ποσότητα τροφής σε ηλικία 48-72 μηνών. Σε ηλικία 54 μηνών, το παιδί μπορεί να χρησιμοποιεί αυτόνομα το πιρούνι ενώ στους 60-66 μήνες ξεκινά να χρησιμοποιεί το μαχαίρι. Σε ηλικία 72-84, το παιδί μπορεί και αλείφει το ψωμί και σε ηλικία 84-96 μηνών είναι σε θέση να κόβει το κρέας.

Τέλος, οι έρευνες των Haley et al. (1992) και Carruth (2004) έρχονται να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα των παραπάνω ερευνών αναφέροντας ότι στην ηλικία των 24- 30 μηνών το παιδί μπορεί να μεταφέρει επαρκώς την τροφή από το πιάτο στο στόμα, καθώς και μπορεί να κρατά το πιρούνι.

#### **1.4 Προβλήματα στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης.**

Στη βρεφική ηλικία πραγματοποιείται η πιο γρήγορη αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού. Αν παρατηρηθεί κάποια καθυστέρηση ή αποτυχία στην ανάπτυξη των καινούριων αναπτυξιακών δεξιοτήτων, τότε πολλοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν υπαίτιοι για την καθυστέρηση ή την αποτυχία κατάκτησης.

Τα προβλήματα σίτισης είναι ετερογενή ως προς τη φύση τους και διαφέρουν κατά περίπτωση. Υπάρχουν πολλές υποθέσεις, βέβαια, για τη δημιουργία των προβλημάτων στις τεχνικές αυτόνομης σίτισης. 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 και μηρυκασμός (Debby Arts-Rodas & Benoit, 1998). Οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία προβλημάτων είναι συχνά πολυπαραγοντικοί.

Προκειμένου 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 συναντώνται αποκλειστικά σε παιδιά με προβλήματα υγείας. Για παράδειγμα, η ομαλή αλληλεπίδραση των μελών μιας οικογένειας (Lyons-Ruth et al., 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 et al., 1994; Budd et al., 1992).

Η επίδραση του ιστορικού των γονέων είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης του παιδιού. Κάθε ενήλικας που ταΐζει ένα παιδί ή ετοιμάζει το φαγητό φέρνει ένα προσωπικό ιστορικό στο τραπέζι. Θα ήταν χρήσιμο να εξεταστεί ο ρόλος που παίζει το φαγητό στην ανατροφή, τις πεποιθήσεις και τις οικογενειακές αξίες που έχουν απορροφηθεί από τον γονέα (McCann, et al., 1994).

Επίσης, το ιατρικό ιστορικό των γονέων συχνά παίζει μεγάλο ρόλο στα γεύματα (Daly & Fritsch, 1995; Drotar, 1991; Duniz et al., 1996). Μπορεί ένας ενήλικας να επηρεαστεί από την αντοχή, τη συναισθηματική κατάσταση και την ικανότητα να λάβει αποφάσεις (Singer et al., 1999; Williams et al., 1999). Φυσική ασθένεια ή διαταραχή, κατάθλιψη (Field, 1998), νοητική ασθένεια (Weinberg & Tronick, 1998), νοητικές καθυστερήσεις (Burns et al., 1991), δυσκολίες μάθησης, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (Daly & Fritsch, 1995) επηρεάζουν το πώς οι γονείς σχετίζονται με το παιδί στη 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 et al., 1998).

Ακόμη και ο θηλασμός παρέχει μία επιπλέον ποικιλία από γευστικές εμπειρίες μέσω του μητρικού γάλακτος (Mennella, 1995; Mennella & Beauchamp, 1998). Η γεύση των φαγητών που έχουν φάει οι μητέρες, μεταφέρεται στο γάλα και το μωρό έχει τη δυνατότητα να βιώσει πολλές διαφορετικές γεύσεις. Επιπροσθέτως, αυτό σχετίζεται με την προθυμία του παιδιού να δοκιμάσει νέες γεύσεις όταν εντάσσονται συμπληρωματικά φαγητά (Mennella & Beauchamp, 1998).

Τέλος, ένας ακόμη παράγοντας είναι τα αισθητηριακά και συμπεριφορικά προβλήματα διατροφής. 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. Τέτοιου είδους μεταβλητές μπορεί να αποτρέψουν ένα παιδί στο να αναπτύξει τεχνικές αυτόνομης σίτισης κάνοντάς το είτε να νιώσει άβολα με την παρουσία του φαγητού ή ακόμα να προκαλέσει έμετο. Συνήθως τα παιδιά με αισθητηριακά προβλήματα παρουσιάζουν δυσκολίες μετάβασης από τη μία την υφή των τροφών στην άλλη και είναι πιθανό να συνεχίσουν να σιτίζονται με υγρά ή πουρέ και να παρουσιάζουν άρνηση σε τρόφιμα με διαφορετικές υφές. Η άρνηση του παιδιού να ξεκινήσει να τρώει μόνο του ενώ είναι σε θέση να το πράξει, 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 και η άρνηση να καθήσει στο τραπέζι για φαγητό αποτελούν προβληματικές συμπεριφορές που παρατηρούνται στα γεύματα (Case-Smith & O' Brien, 2010).

## 1.5 Αυτισμός και διαταραχές αυτιστικού φάσματος

Ως αυτισμός θεωρείται μια νευρολογική διαταραχή, αν και δεν έχει αναγνωρισθεί συγκεκριμένη γενετική ή εγκεφαλική δυσλειτουργία (Akshoomoff, 2000, Towbin, Mauk, &



Batskaw, 2002). Μπορεί να εμφανιστεί στη βιβλιογραφία με πολλές ονομασίες, όπως κλασικός αυτισμός, αυτιστική διαταραχή, παιδικός αυτισμός κ.α. (Καραντάνος, 1984).

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα εμφάνισης του αυτισμού έχει σημειώσει σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια με συχνότητα κινδύνου περίπου 1 ανά 150 παιδιά (Fombonne, 2003). Τα αγόρια έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης σε σύγκριση με τα κορίτσια (Yeargin-Allsopp et al., 2013). Η πιθανότητα εμφάνισης του αυτιστικού φάσματος δεν επηρεάζεται από το φύλο, την εθνικότητα, την κοινωνική κατάσταση, τον τρόπο ζωής, την οικονομική κατάσταση ή την εκπαίδευση.

## ΑΙΤΙΑ

Η αιτιολογία του αυτισμού είναι ένα ερώτημα, το οποίο απασχολεί αρκετούς ερευνητές εδώ και πολλά χρόνια. Όλοι συμφωνούν στο ότι ο αυτισμός είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία προκαλείται από πληθώρα αιτιών και γεγονότων και πως οφείλεται σε οργανική, νευροαναπτυξιακή βλάβη χωρίς όμως εμφανή αιτιολογία (Rutter et al., 1994). Στους πιθανούς παράγοντες ανήκουν:

- **Οργανικοί:** οι υποστηρικτές της βιολογικής θεωρίας αποδίδουν τον αυτισμό σε αλλοιώσεις του εγκεφάλου από οργανικές ή μεταβολικές αιτίες, όπως είναι οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες (εύθραυστο X), οι μεταβολικές διαταραχές, επιπλοκές κατά την προγεννητική, περιγεννητική και νεογνική περίοδο, καθώς και αίτια νευρολογικής φύσεως. Οι περιπτώσεις αυτιστικών παιδιών που παρουσιάζουν διάφορες μορφές εγκεφαλοπάθειας ή άλλων αυτιστικών παιδιών που εκδηλώνουν επιληπτικές κρίσεις ενισχύουν την άποψη αυτή. Αν και ο αριθμός των ερευνητών που υποστηρίζουν τους οργανικούς παράγοντες αυξάνεται συνεχώς, μέχρι στιγμής δεν μπορεί να γίνουν πλήρως αποδεκτοί, γιατί δεν έχουν να παρουσιάσουν σημαντικά στατιστικά δεδομένα και δεν μπορούν να δικαιολογήσουν τον αυτισμό των παιδιών, που δεν παρουσιάζουν εγκεφαλικές βλάβες (Λυμπεράκης, 1997).
- **Κληρονομικοί:** ο παράγοντας της κληρονομικότητας ως αιτιολογία του αυτισμού βρίσκει υποστηρικτές, οι οποίοι αναφέρουν ότι πολλά αυτιστικά παιδιά προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό ψυχοπαθολογικών διαταραχών. Η θεωρία αυτή αντικρούεται γιατί η μεγαλύτερη πλειοψηφία των αυτιστικών παιδιών προέρχεται από γονείς με υψηλό νοητικό επίπεδο, χωρίς ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Φαίνεται, λοιπόν, πως ο αυτισμός δεν κληρονομείται αυτούσιος αλλά μεταδίδεται μάλλον ως μια προδιάθεση επιβράδυνσης της νοητικής και γλωσσικής ανάπτυξης του παιδιού (Rutter, 1987).
- **Ψυχογενετικοί:** ο αυτισμός είναι μια αντίδραση του παιδιού στο εχθρικό και αφιλόξενο περιβάλλον που δημιουργήσαν οι αγχωτικοί και απορριπτικοί γονείς. Πρώτος ο Kanner διατύπωσε την άποψη αυτή, όπου το άγχος, η πολυπραγμοσύνη, η ψυχρότητα, η αδιαφορία και η απορριπτική στάση των γονέων προς το παιδί και κυρίως, η αδυναμία της μητέρας να δημιουργήσει μια σχέση αγάπης με αυτό, οδηγούν το παιδί σε μια κατάσταση αυτο-απομόνωσης και άρνησης της επικοινωνίας με τους ανθρώπους. Θερμός υποστηρικτής της ψυχοδυναμικής-περιβαλλοντικής θεωρίας υπήρξε και ο Bruno Bettelheim. Στην πραγματικότητα, δεν είναι δυνατόν εξαιτίας της απόρριψης των γονέων ή των τραυματικών εμπειριών να προκληθεί αυτισμός. Οι τραυματικές εμπειρίες, αναμφισβήτητα, επηρεάζουν το παιδί και την εξέλιξη του αλλά δεν στηρίζουν την άποψη της πρόκλησης του αυτισμού. Έτσι,

η αβεβαιότητα του ψυχογενετικού παράγοντα ως αιτία αυτισμού παραμένει (Μπεζεβέγκη, 1989).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα άτομα με αυτιστική διαταραχή παρουσιάζουν μια πληθώρα αποκλίσεων στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και τη συμπεριφορά. Οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν τον τρόπο που το άτομο βιώνει τον εαυτό του, τον κόσμο, τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνει, τη συμπεριφορά, την προσαρμογή και τη λειτουργικότητά του στην καθημερινή ζωή. Επίσης, προκαλούν αλλαγές στην ανάπτυξη του παιδιού και στην κλινική εικόνα του αυτισμού. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, το αναπτυξιακό στάδιο, τη σοβαρότητα, τη συνύπαρξη άλλων ιατρικών καταστάσεων, την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και τους παράγοντες του περιβάλλοντος (Παπαγεωργίου, 2016). Οι άτυπες διατροφικές συνήθειες δεν θεωρούνται διαγνωστικό σύμπτωμα για τον αυτισμό, αλλά οι παρεκκλίνουσες διατροφικές συμπεριφορές συμπεριλαμβάνονται μεταξύ των πρώιμων συμπτωμάτων του αυτισμού (Ritvo & Freeman, 1978; Keen, 2008; Laud et al., 2009; Twachtman- Reillyetal, 2008).

**Πίνακας 4:** Συμπτώματα αυτισμού.

<i>A. Κοινωνική Αλληλεπίδραση</i>	
1.	Απουσία μιμικής έκφρασης και πράξεων
2.	Δεν παίζει με άλλα παιδιά
3.	Δεν έχει ενδιαφέροντα
4.	Δυσκολία έναρξης συζήτησης/ δραστηριότητας
5.	Δυσκολία συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες
6.	Μιλάνε ασταμάτητα για συγκεκριμένα ζητήματα
7.	Δυσκολία κατανόησης συναισθημάτων και απόψεων
8.	Μειονεξία στη φαντασία και στο συμβολικό παιχνίδι
9.	Προτίμηση μοναχικών δραστηριοτήτων
10.	Ελλειμμα σκόπευσης με το δείκτη του χεριού (από τον 9 <sup>ο</sup> μήνα)
11.	Ελλειμμα συντονισμένης προσοχής (από τον 4 <sup>ο</sup> μήνα)
12.	Απέχθεια για τη σωματική επαφή

<i>B. Σοβαρή επιβράδυνση στη γλωσσική ανάπτυξη και επικοινωνία</i>	
<b>Λεκτική Επικοινωνία</b>	<b>Μη Λεκτική Επικοινωνία</b>
1. Καθυστέρηση ή απουσία ομιλίας	1. Έλλειψη χειρονομιών μέχρι την ηλικία των 12 μηνών

2. Ηχολαλία	2. Απουσία εκφράσεων προσώπου, για έκφραση συναισθημάτων
3. Μιλά ασταμάτητα για ένα θέμα	3. Πιθανή απουσία βλεμματικής επαφής
4. Κυριολεκτική χρήση λέξεων	
5. Τυπική μονότονη φωνή	
6. Ανωμαλίες στην ένταση, τη συχνότητα και το ρυθμό ομιλίας σε σχέση με την απόδοση διαφορετικών νοημάτων λέξεων	
7. Ασυνήθιστο λεξιλόγιο	
8. Λανθασμένη χρήση αντωνυμιών	

### ***Γ. Διαταραχές Συμπεριφοράς***

1. Δυσκολίες συγκέντρωσης
2. Παρορμητικότητα
3. Επιθετικότητα προς τον εαυτό τους και τους άλλους
4. Στερεοτυπικές κινήσεις
5. Εμμονές
6. Δυσκολία διαχείρισης χρόνου
7. Περιορισμένα ενδιαφέροντα
8. Προσκόλληση σε ρουτίνες
9. Μαζικές πρώιμες φοβίες απέναντι σε τροφές, θορύβους ή κινητικά αντικείμενα

### ***Δ. Ανακόλουθες μορφές αισθητηριακών αντιδράσεων***

1. Απουσία αντίδρασης σε ακουστικά ερεθίσματα, δίνοντας την εντύπωση ελλειμματικής ακοής
2. Πιθανή έντονη ενόχληση από κάποιο καθημερινό θόρυβο
3. Κινητική αδεξιότητα

4. Μειονεξία στις γνωστικές λειτουργίες
5. Ιδιαίτερες ικανότητες σε συγκεκριμένους τομείς (π.χ. μαθηματικά, μνημονικές δραστηριότητες)
6. Ιδιαίτερες αδυναμίες σε συγκεκριμένους τομείς (π.χ. κοινωνική και γλωσσική κατανόηση και επικοινωνία)
7. Πιθανή συνύπαρξη με κάποιον βαθμό (ήπια, μέτρια, σοβαρή) νοητικής υστέρησης

<b><i>Ε. Λειτουργικές Διαταραχές</i></b>
1. Δυσκολίες θηλασμού, εμετοί, ανορεξία
2. Μηρυκασμός
3. Αϋπνίες: διεγερτικές ή ήρεμες

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του αυτισμού γίνεται κατά την πρόωμη παιδική ηλικία. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη ιατρική εξέταση, η οποία να μπορεί να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει την ύπαρξη αυτισμού. Η διάγνωση βασίζεται:

- Στις γνώσεις και την εμπειρία του κλινικού στον αυτισμό
- Σε ένα λεπτομερές αναπτυξιακό ιστορικό, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις κοινωνικές σχέσεις, τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και της συμπεριφοράς σε διάφορους τομείς.
- Στη φυσική εξέταση, όπως τη μέτρηση ύψους, βάρους, όρασης, ακοής, περιμέτρου κεφαλής κτλ.
- Στην εργαστηριακή εξέταση, όπως αιματολογικές, βιοχημικές ή μελέτη γενετικού ελέγχου εάν έχει πραγματοποιηθεί κατά την κύηση
- Στον απεικονιστικό έλεγχο, όπως τη μαγνητική τομογραφία και τον ακτινολογικό έλεγχο
- Στην άμεση συστηματική παρατήρηση του παιδιού και αξιολόγηση κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή άλλων δραστηριοτήτων
- Στη χρήση εξειδικευμένων διαγνωστικών εργαλείων, όπως το DSM

Σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών διαταραχών (DSM- IV) οι όροι «διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές» και «αυτιστικό φάσμα» ήταν συνώνυμοι και περιελάμβαναν πέντε είδη αυτιστικών διαταραχών:

- τον κλασικό αυτισμό ή αυτιστική διαταραχή,
- το σύνδρομο Άσπεργκερ,
- τη διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή-μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (ΔΑΔ-ΜΠΑ),
- το σύνδρομο Rett
- την παιδική αποδιοργανωτική διαταραχή (American Psychiatric Association, 1994).

Τα παραπάνω ίσχυαν μέχρι τον Μάιο του 2013, όπου αντικαταστάθηκαν από την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών διαταραχών. Στο DSM-V οι διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές δεν διακρίνονται σε πέντε είδη, αλλά

προσδιορίζονται όλα με τον όρο «αυτιστικό φάσμα» (American Psychiatric Association, 1994). Η ομαδοποίηση αυτή πραγματοποιήθηκε εξαιτίας κάποιων κοινωνικών παραγόντων, όπως το γεγονός ότι παρέχονταν υπηρεσίες σε άτομα με κλασικό αυτισμό, ενώ άτομα με σύνδρομο Άσπεργκερ ή ΔΑΔ-ΜΠΑ παρέχονταν υπηρεσίες με διαφορετική αντιμετώπιση (Kaufmann, 2012). Τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία, ελλείμματα στην ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων, επαναληπτικές συμπεριφορές, περιορισμένα ενδιαφέροντα, τελετουργική συμπεριφορά, συμπεριφορική ακαμψία και μειωμένη αισθητήρια επεξεργασία (American Psychiatric Association, 2013).

Η διαταραχή του αυτισμού μπορεί να μετρηθεί ως προς τη σοβαρότητα σε ήπια, μέτρια ή σοβαρή, με τη χρήση ειδικών κλιμάκων και να διαφοροποιηθεί ως προς την ποιότητα, ανάλογα με την ποσότητα και την ποιότητα επίδρασης του αυτισμού στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου (αδιάφορος, παθητικός, ενεργητικός αλλά παράξενος, υπερ-τυπικός).

## 1.6 Αυτισμός και διαταραχές αυτόνομης σίτισης

Η αιτιολογία των διαταραχών διατροφής στον αυτισμό φαίνεται να περιλαμβάνει ένα ασυνήθιστα πολύπλοκο μοντέλο με βιολογική ευπάθεια λόγω δυσλειτουργίας στην αισθητική, γνωστική και συναισθηματική αντίδραση που αλληλεπιδρούν με τη δυσλειτουργική κατάκτηση και τις μαθημένες συμπεριφορές για να παράγουν ένα σοβαρό και δυσεπίλυτο πρόβλημα (Keen, 2008). Ένα σύνολο μελετών διαπίστωσε ότι το 50-73% των παιδιών με αυτισμό παρουσίασε σημαντικές καθυστερήσεις στην ανάπτυξη της κίνησης σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό (Berkeley et al., 2001; Manjiviona & Prior, 1995; Mari et al., 2003; Mayes & Calhoun, 2003).

Οι συνεχόμενες μελέτες στα παιδιά με αυτισμό έχουν δείξει πως τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν συχνά μια γενική υποτονία και υπερ-ευκινησία ορισμένων συνδέσμων (π.χ. δάχτυλα) και πως η στάση του σώματος δεν είναι καλή. Έχουν αναφέρει δυσκολία ή ανικανότητα στη λεπτή κινητικότητα, όπως το κράτημα του κουταλιού και το δέσιμο κορδονιών. Επίσης, έχει αναφερθεί η ύπαρξη κινητικής δυσπραξίας, καθώς δυσκολεύονται να μιμηθούν και να εκτελέσουν αυτόματα διάφορες κινήσεις. Μια μελέτη έδειξε ότι παιδιά 2 έως 12 χρονών με αυτισμό είχαν αναπτύξει σημαντικά φτωχότερες ικανότητες αυτόνομης σίτισης, περισσότερες συμπεριφορές αποφυγής και μεγαλύτερη νεοφοβία σε σχέση με την ηλικία και το φύλο αντίστοιχα με παιδιά τυπικής ανάπτυξης (Martins, Young, & Robson, 2008). Η έρευνα των Williams, Neal & Darlymple (2000), σε 100 παιδιά με αυτισμό, ανέφερε ότι το 44% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι θηλάζαν το παιδί τους για κάποιο χρονικό διάστημα, το 10% εξακολουθούσαν να θηλάζουν για 1 χρόνο, το 88% τάιζαν με μπουκάλι για κάποιο χρονικό διάστημα και η πλειοψηφία (81%) των παιδιών αναφέρεται να τρέφονταν όταν το ζητούσαν. Το 18% των γονέων ανέφεραν ότι κατά τη βρεφική ηλικία το παιδί τους είχε κάποια δυσκολία με το πιπίλισμα. Αυτό, συχνά, θεωρείται ως απόρροια της ανεπαρκούς στοματικής διέγερσης ως βρέφη. Επίσης, έδειξε ότι στο 1 έτος της ηλικίας τους, το 52% των παιδιών έπιναν από φλιτζάνι, το 67% έτρωγε με κουτάλι και το 67% χρησιμοποιούσε καρεκλάκι. Τέλος, το 20% των γονέων δήλωσε ότι το παιδί τους είχε προβλήματα στο να κάνει τη μεταφορά από το κουτάλι και το κύπελλο.

Τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα σίτισης σε σύγκριση με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομήλικούς τους, όπως είναι η άρνηση τροφών (Schreck et al., 2004; Bandini et al., 2010), η ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά

την ώρα του φαγητού (Schreck et al., 2004), η αποδοχή περιορισμένων ειδών και υφών διατροφής (Schreck et al., 2004; Carruth et al., 1998; Pliner & Hobden, 1992; Potts & Wardle, 1998) και ορισμένη ποσότητα τροφής (Rydell et al., 1995).

## 1.7 Άλλες διαταραχές σίτισης/ κατάποσης στον αυτισμό.

Η φυσική διαδικασία της σίτισης μπορεί να διαταραχθεί από δομικές ανωμαλίες ή από νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Η διακοπή της διαδικασίας της μάθησης για να φάει και να δεχθεί νέες γεύσεις κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου μπορεί να οδηγήσει τόσο σε στοματοαισθητική όσο και στοματοκινητική δυσλειτουργία. Η διαταραχή σίτισης σε παιδιά με αυτισμό αναφέρεται ότι έχει σχετικά όψιμη έναρξη κατά το δεύτερο χρόνο ζωής του παιδιού, όταν αλλάζει το στυλ της διατροφής του (Harris, 2000). Οι γονείς των παιδιών με τυπική ανάπτυξη μπορεί να κληθούν να αντιμετωπίσουν ήπια προβλήματα σίτισης σε κάποιο στάδιο της ανάπτυξης, αλλά οι γονείς των παιδιών με αυτισμό μπορεί να αντιμετωπίσουν πολύ πιο σοβαρά προβλήματα σίτισης και να χρειαστούν μεγαλύτερη υποστήριξη (Morris, 2008). Η διαδικασία μάθησης των παιδιών να ρυθμίζουν τον εαυτό τους, να πιπιλίζουν, να καταπίνουν και να αντιλαμβάνονται το χρόνο έναρξης και τερματισμού της σίτισης, δίνοντας τα σήματα της πείνας και της πληρότητας, είναι τα πρώτα στάδια συμπεριφοράς στη διατροφή. Η αδυναμία κατάκτησης αυτού του σταδίου μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματική διατροφή (Chatoor et al., 1984). Η παρουσία των φτωχών δεξιοτήτων στοματικής κίνησης, απαιτητικής συμπεριφοράς και χαμηλής όρεξης θα μπορούσαν να είναι δευτερογενείς επιπτώσεις του υποσιτισμού (Wright & Birks, 2000). Η κλινική εμπειρία δείχνει τη συχνή παρουσία ανώμαλης υπο ή υπερευαισθησίας, σε όλες τις αισθητικές λειτουργίες. Όταν υπάρχουν στη στοματική, γευστική και οσφρητική επεξεργασία, υπάρχουν προφανείς συνέπειες για την ανάπτυξη των προτύπων σίτισης (Keen, 2008). Πάνω από το 90% των παιδιών με αυτισμό αναφέρθηκαν να έχουν κάποια προβλήματα σχετικά με τη σίτιση (DeMeyer, 1979; Sharp et al., 2013; Kodak & Piazza, 2008), με σχεδόν το 70% να περιγράφονται ως επιλεκτικοί τροφοδότες (Twachtman Reilly et al., 2008).

Κατά την παροχή τροφής στα παιδιά, τα οποία παρουσιάζουν δυσκολίες στη σίτιση, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιατρικοί, συμπεριφοριστικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων και των αισθητηριακών προβλημάτων. Η διαταραχή αισθητηριακής επεξεργασίας μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του παιδιού να λειτουργήσει σωστά στο σπίτι, στο σχολείο και σε άλλα κοινωνικά περιβάλλοντα, δημιουργώντας έτσι ένα αρνητικό αντίκτυπο στη φυσική, κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξή του (Jaquess, 2009). Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με αυτισμό ενδέχεται να παρουσιάσουν υπερευαισθησία ή υποευαισθησία σε τρόφιμα ή ένα συνδυασμό και των δύο. Για παράδειγμα, ένα παιδί με υπερευαισθησία μπορεί να αντιλαμβάνεται πιο έντονα τις υφές, τις θερμοκρασίες και τις μυρωδιές σε σύγκριση με άλλα. Ένα παιδί με υποευαισθησία μπορεί να αναζητά έντονες γεύσεις και υφές προκειμένου να αντιληφθεί τα χαρακτηριστικά των τροφίμων (Koerppen, 2010). Προκειμένου να υπάρξει μια ολοκληρωμένη ιατρική εκτίμηση, θα πρέπει να εξεταστεί ο μηχανισμός ομιλίας, να γίνει αξιολόγηση κατάποσης, να εκτιμηθεί η ευαισθησία των τροφίμων, των αλλεργιών, των φαρμάκων και των επιπτώσεων αυτών στην όρεξη και η διαίτα που το παιδί ακολουθεί (Morris, 2008).

Υπάρχουν περίοδοι της ανάπτυξης, κατά τις οποίες τα παιδιά αρνούνται να φάνε ορισμένες τροφές ή να φάνε γενικά. Αυτό αποτελεί μια φυσιολογική συμπεριφορά της ανάπτυξης αλλά τα παιδιά με διαταραχή του αυτιστικού φάσματος μπορεί να το διατηρούν για πολύ

μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Τα παιδιά με αυτισμό βρίσκουν πολύ συχνά ορισμένες οσμές και γεύσεις απωθητικές σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά.

Η άρνηση τροφής μπορεί να βασίζεται σε θέματα που σχετίζονται με αισθητηριακές δυσκολίες και επιμονή στην ομοιότητα (Williams et al., 2000). Έχει αναφερθεί, επίσης, ότι το υψηλό ποσοστό άρνησης της τροφής συνδέεται με τα προβλήματα συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια του γεύματος (Curtin et al., 2015). Οι Bandini et al. (2010) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με αυτισμό αρνήθηκαν σημαντικά περισσότερα τρόφιμα απ' ό,τι τα τυπικά αναπτυσσόμενα σε ποσοστό 42% έναντι 19%. Σε μία έρευνα των Ahearn et al. (2001), στην οποία συμμετείχαν 30 παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού ηλικίας 3,9 έως 14,2 χρονών, παρατηρήθηκε υψηλή γενική αποδοχή στα 4 παιδιά, μέτριο επίπεδο αποδοχής στα 9 παιδιά, χαμηλή γενική αποδοχή στα 17, εκ των οποίων τα 4 από αυτά εμφάνισαν πλήρη άρνηση τροφής. Στην μελέτη των Williams et al. (2009) σε 234 παιδιά με αυτισμό, παρατηρήθηκε ότι το 62% εμφάνιζε επιλεκτικότητα βάσει του είδους τροφίμων, το 60% επιλεκτικότητα βάσει της υφής, το 12% άρνηση τροφής, το 10% στοματοκινητική καθυστέρηση και 1% δυσφαγία. Τέλος, οι Williams, Neal & Darlymple (2000) στην έρευνά τους, η οποία συμπεριλάμβανε 100 παιδιά με αυτισμό ηλικίας 22 μηνών έως 10 ετών, αναφέρουν ότι το 67% των ερωτηθέντων περιγράφουν το παιδί τους ως επιλεκτικό στην τροφή, το 19% ανέφεραν ότι έτρωγε τα περισσότερα τρόφιμα, το 73% ανέφεραν ότι το παιδί τους έτρωγε τα τρόφιμα που του άρεσαν και το 6% αρνούσαν να φάει τα περισσότερα τρόφιμα.

Ορισμένες άκαμπτες συμπεριφορές και συνήθειες, οι οποίες εκδηλώνονται σε παιδιά με αυτισμό, επεκτείνονται στα γεύματα και μπορούν να περιορίσουν το πότε, το πού και τα είδη τροφίμων που καταναλώνονται. Οι συμπεριφορές αυτές είναι πολυπαραγοντικές και μπορεί να απορρέουν από αισθητήρια και κοινωνικά προβλήματα (Vissoker et al., 2014). Η έρευνα των Williams, Neal & Darlymple (2000), η οποία συμπεριλάμβανε 100 παιδιά με αυτισμό, κατέληξε ότι στην πρώιμη παιδική ηλικία, είχαν χαρακτηριστεί ως μη απαιτητικά και σπάνια ιδιότροπα το 39% των παιδιών, το 41% είχαν εμφανίσει περισσότερο από το συνηθισμένο κλάμα και στο 19% είχε περιγραφεί το κλάμα τους ως ιδιότροπο και με μεγάλη χρονική διάρκεια. Οι πιο συχνά προβληματικές συμπεριφορές που αναφέρθηκαν ήταν στην προσπάθεια δοκιμής νέων τροφίμων (69%), στη λήψη του φαρμάκου (62%), στην κατανάλωση μικρής ποσότητας φαγητού (60%), στην τοποθέτηση μη βρώσιμων αντικειμένων στο στόμα (56%) και στα τελετουργικά γύρω από το φαγητό (46%). Άλλο ένα ισχυρά τεκμηριωμένο πρόβλημα συμπεριφοράς είναι το να γλείφει αντικείμενα, να μυρίζει και να ρίχνει τα τρόφιμα. Βρέθηκε, ακόμη, μια σχέση μεταξύ των αρχικών προβλημάτων με το πιπίλισμα και δύο μετέπειτα προβλημάτων, την επιμονή σε τελετουργίες και την κατανάλωση μη βρώσιμων αντικειμένων. Πάνω από τα τρία τέταρτα από τα παιδιά που εμφάνισαν πρόβλημα στο πιπίλισμα, αργότερα εμφάνισαν και επιμονή στα τελετουργικά και το 72% αυτών αναφέρθηκαν να τρώνε μη βρώσιμα. Αντίθετα, όσα είχαν θηλάσει για ένα χρόνο ήταν λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν τελετουργίες.

Τα ευρήματα από μια διαχρονική μελέτη των Emond et al. (2010) έχουν αναφέρει δυσκολία των παιδιών με αυτισμό στην μετάβαση σε στερεές τροφές. Στην ηλικία 15 έως 54 μηνών τα παιδιά με αυτισμό έχουν περιγραφεί από τους γονείς ότι είναι αρνητικά στη λήψη τροφής και ότι έχουν υψηλή επιλεκτικότητα στο φαγητό. Επιπλέον, σε ηλικία 38 και 54 μηνών εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη επικράτηση της *pica* (δηλαδή, λαχτάρα και κατανάλωση των μη βρώσιμων ουσιών) σε σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Ο Baranek, (1999) αξιολόγησε βίντεο 11 παιδιών με αυτισμό ηλικίας 9-12 μηνών και βρήκε ελλείμματα στη λεπτή κινητικότητα και στις αισθητηριακές λειτουργίες στα βρέφη, όπως το υπερβολικό

μάσημα αντικειμένων. Για παράδειγμα, οι Candy et al. (2001) έχουν αναφέρει τη κατανάλωση μικρών αντικειμένων και κομματιών βαφής τοίχου, ο οποίος έχει ξεφλουδίσει, ή ακόμη και βλαβερών ουσιών. Η έρευνα των Martins et al. (2008) έδειξε ότι τα παιδιά με αυτισμό και τα τυπικά αναπτυσσόμενα δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τον βαθμό στον οποίο έδειξαν τελετουργικές συμπεριφορές σίτισης (π.χ., σε σχέση με το πρόσωπο, τον τόπο, τα μαγειρικά σκεύη, ή προτίμησης γεύματος). Σύμφωνα με την έρευνα των Williams, Gibbons & Schreck (2005), οι γιατροί και οι γονείς έχουν ανεπίσημα υποστηρίξει πως τα συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά της διαταραχής του φάσματος του αυτισμού επηρεάζουν τις γευστικές προτιμήσεις, τις υφές (π.χ. να τρώνε μόνο τραγανά ή μαλακά, γλυκά ή αλμυρά τρόφιμα) και τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια του γεύματος (π.χ. πίνουν μόνο από μπιμπερό ή παιδικό μπουκάλι). Έχει αναφερθεί, επίσης, στην έρευνα των Twachtman- Reily et al. (2008), ότι τα παιδιά αυτά ακολουθούν κάποιους ειδικούς διατροφικούς κανόνες στους οποίους συμπεριλαμβάνονται η επιμονή να είναι όλα τα τρόφιμα στο πιάτο στο ίδιο χρώμα, το ίδιο φαγητό σε κάθε γεύμα, τα τρόφιμα να παρουσιάζονται με συγκεκριμένη σειρά και να μην ακουμπάει το ένα φαγητό το άλλο όταν βρίσκονται στο ίδιο πιάτο.

Η μελέτη των Attlee et al. (2015), στην οποία έλαβαν μέρος 23 παιδιά με αυτισμό ηλικίας 5 έως 16 χρονών, έδειξε ότι το 21,7% έκλαιγε/ φώναζε κατά τη διάρκεια του γεύματος, το 43,5% γύριζε το πρόσωπό/ σώμα του μακριά από το φαγητό, το 13% έφτυνε το φαγητό, το 21,7% δεν παρέμενε καθιστό για όλη τη διάρκεια του γεύματος, το 8,7% ήταν επιθετικό κατά τη διάρκεια του γεύματος (χτυπούσε, κλωτσούσε και γρατζουνούσε τους γύρω του), το 8,7% αυτοτραυματιζόταν (χτυπώντας και δαγκώνοντας τον εαυτό τους), το 4,3% αναστατωνόταν κατά τη διάρκεια του γεύματος (σπρώχνοντας και ρίχνοντας τα σκεύη και τα τρόφιμα), το 21,7% έκλεινε το στόμα του και δεν το άνοιγε με την παρουσία του φαγητού, το 8,7% δεν ήταν ευέλικτο στην αλλαγή της ρουτίνας κατά τη διάρκεια του φαγητού (μέρος, ώρα, κάθισμα) και το 17,4% δεν ήταν πρόθυμο να δοκιμάσει νέα φαγητά.

Οι Curtin et al. (2015), σε μια έρευνά τους με 53 παιδιά με αυτισμό ηλικίας 3 έως 11 χρονών, βρήκαν ότι το 13% αρνήθηκε να πάει να φάει, το 10% είχε ξεσπάσματα κατά τη διάρκεια του φαγητού, 16% παραπονιόταν για το φαγητό, 12% τραβούσε την προσοχή κατά το γεύμα, 26% δεν καθόταν κατά τη διάρκεια του γεύματος, 29% ήταν ανήσυχο και νευρίαζε κατά τη διάρκεια του γεύματος, 16% δεν είχε καλούς τρόπους κατά το γεύμα και 16% γέμιζε το στόμα του με φαγητό και αρνούσαν να φάει το φαγητό. Κατέληξαν στο ότι μια γενική συχνότητα εμφάνισης των προβληματικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια του γεύματος εμφανίζεται στο 19,7% των παιδιών.

Έχει υποστηριχθεί ότι τα επικοινωνιακά και κοινωνικά ελλείμματα και η ανάγκη για ομοιότητα των παιδιών με αυτισμό επηρεάζουν τις συμπεριφορές κατά τη διάρκεια του γεύματος (Ausderau & Juarez, 2013; Rogers et al., 2012). Αντίθετα, οι Johnson et al. (2014) δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών σίτισης κατά τη διάρκεια του γεύματος και των κοινωνικών/ επικοινωνιακών ελλειμμάτων σε 256 παιδιά με αυτισμό. Βρήκαν, όμως, μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών του γεύματος και των επαναλαμβανόμενων και τελετουργικών συμπεριφορών και των συμπεριφορών εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης.

Ένας μικρός αριθμός μελετών (Raiten & Massaro, 1986; Klein & Nowak, 1999; Williams et al., 2000; Ahearn et al., 2001) και αναφορές αποδείξεων/περιπτώσεων δείχνουν ότι τα παιδιά με αυτισμό τρώνε επιλεκτικά και επιδεικνύουν αποστροφές σε ορισμένες υφές, μυρωδιές, χρώματα, θερμοκρασίες, και επωνυμίες των τροφίμων, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της διατροφής. Επιπλέον, η επιλεκτικότητα των τροφίμων σε παιδιά



με αυτισμό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των αισθήσεων της υπερ-αντιδραστικότητας στη γεύση, υφή ή μυρωδιά ορισμένων τροφίμων (Cermak et al., 2010, Horvath & Perman, 2002). Έχουν αναφερθεί από τους γονείς παιδιών με αυτισμό ορισμένοι παράγοντες που θεωρούν πως επηρεάζουν την επιλογή της τροφής. Σε αυτούς ανήκουν η υφή (69%), η εμφάνιση (58%), η γεύση (45%), η οσμή (36%) και η θερμοκρασία (22%). Το 37% δήλωσε ότι υπήρχε σχέση μεταξύ της διατροφής και της συμπεριφοράς. Η υφή πιστεύεται ότι έχει τη μεγαλύτερη επιρροή στην επιλογή τροφίμων, αν λάβει κανείς υπόψη τα ζητήματα της στοματικής ευαισθησίας στην αφή σε πολλά παιδιά με αυτισμό (Williams et al., 2000).

Η επιλεκτικότητα των τροφίμων έχει αποδειχθεί ότι ισχύει όχι μόνο για ορισμένα είδη τροφίμων, αλλά αφορούν και την υφή και το χρώμα ενός τροφίμου (Johnson et al., 2008). Τα αποτελέσματα μιας μελέτης, η οποία συμπεριλάμβανε 19 παιδιά με αυτισμό ηλικίας 3 έως 5 χρονών, έδειξαν ότι σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης, οι γονείς των παιδιών με αυτισμό είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι τα παιδιά τους αποδέχονται συγκεκριμένες υφές τροφίμων σε ποσοστό 68% έναντι 5%, είναι επιλεκτικά στην τροφή σε ποσοστό 79% έναντι 16%, αντιστέκονται στην δοκιμή νέων τροφίμων 95% έναντι 47% και είναι λιγότερο πιθανό να τρώνε μια ποικιλία τροφών σε ποσοστό 16% έναντι 58% (Lockner et al., 2008). Οι Zimmer et al. (2012) χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης 174 ειδών τροφίμων, για ένα χρονικό διάστημα 12 προηγούμενων μηνών. Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι η διατροφική πρόσληψη των παιδιών με αυτισμό είχε ένα σημαντικά μικρότερο αριθμό διαφορετικών τροφών ανά μήνα και μικρότερη ποικιλία τροφίμων σε σύγκριση με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους (34 έναντι 55 τρόφιμα). Μια άλλη έρευνα των Ahearn et al. (2001) έδειξε ότι 17 από τους 30 συμμετέχοντες παρουσίασαν επιλεκτικότητα για το είδος τροφίμων ή την υφή. Από αυτά τα παιδιά αποδείχθηκαν υπερβολικά επιλεκτικά στην αποδοχή τα 8, τα 3 ήταν μέτρια επιλεκτικά, τα 5 ήταν ελαφρώς επιλεκτικά και 1 παρουσίασε επιλεκτικότητα για την υφή.

Τα παιδιά με αυτισμό έχουν 5 φορές αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων σίτισης σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους και σοβαρή επιλεκτικότητα στο φαγητό, κυρίως με τη μορφή ισχυρότερης προτίμησης για το άμυλο, τα σνακ και τα επεξεργασμένα τρόφιμα και ταυτόχρονα μια προκατάληψη ενάντια στα φρούτα, τα λαχανικά και τις πρωτεΐνες (Ledford & Gast, 2006). Οι Schreck et al. (2004) σε μία έρευνα 138 παιδιών με αυτισμό ηλικίας 7 έως 10 ετών, διαπίστωσαν ότι κατανάλωναν λιγότερα φρούτα, λαχανικά, άμυλο, πρωτεΐνες και γαλακτοκομικά προϊόντα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μία άλλη μελέτη ανέλυσε τα διατροφικά πρότυπα παιδιών κατά τη βρεφική και την πρώιμη παιδική ηλικία πριν από τη διάγνωση του αυτισμού. Αν και παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στη διατροφή των βρεφών ηλικίας 6 μηνών, τα νήπια και προσχολικής ηλικίας παιδιά, τα οποία αργότερα διαγνώστηκαν με αυτισμό, φάνηκε να καταναλώνουν λιγότερα λαχανικά, φρούτα και μικρότερη ποικιλία τροφών (Emond et al., 2010).

Ορισμένος αριθμός ερευνών που σχετίζονται με τα προβλήματα διατροφής, τα οποία έχουν παρατηρηθεί σε παιδιά με αυτισμό, αναφέρουν ότι εκτός από την επιλεκτική διατροφή βασισμένη στα είδη τροφίμων, η επιλεκτικότητα επηρεάζεται και από την παρουσίαση των τροφίμων (π.χ. πίνοντας μόνο από τα μπουκάλια) (Ahearn et al., 2001; Archer & Szatmari, 1991; DeMyer et al., 1968; Kanner, 1943; Kinnell, 1983; Lopreiato & Wulfsberg, 1992; Minshew & Payton, 1988; Raiten & Massaro, 1986; Stone et al., 1995; Teplin, 1999).

Υπάρχουν πολλοί πιθανοί λόγοι για τους οποίους τα προβλήματα σίτισης και ιδιαίτερα η επιλεκτικότητα των τροφών παρουσιάζεται πιο συχνά στον πληθυσμό παιδιών με αυτισμό σε

σύγκριση με παιδιά με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές. Αρχικά, αυτό μπορεί να οφείλεται στην επιμονή τους να τρώνε ένα περιορισμένο εύρος τροφών, το οποίο μπορεί να είναι μια επέκταση των στερεοτυπιών του αυτισμού. Επιπλέον, τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν δυσκολίες στη μίμηση, τη γενίκευση και την επικοινωνία, τα οποία μπορεί να εμπλέκονται στην ανάπτυξη και την έξαρση αυτών των προβλημάτων σίτισης (Seiverling et al, 2010). Οι Field, Garland, & Williams, (2003), σε μια έρευνα με 349 παιδιά με αυτισμό ηλικίας 1 μηνών έως 12 χρονών που αναφέρεται σε ένα διεπιστημονικό πρόγραμμα σίτισης, βρήκαν ότι η επιλεκτικότητα των τροφίμων εμφανίστηκε πιο συχνά σε παιδιά με αυτισμό σε σύγκριση με άλλες αναπτυξιακές αναπηρίες, όπως η εγκεφαλική παράλυση και το σύνδρομο Down. Υπάρχουν αυξημένες ενδείξεις ότι πολλά παιδιά με διαταραχή αυτιστικού φάσματος εμφανίζουν προβλήματα σίτισης, τα οποία μπορεί να είναι οργανικά και προκαλούν γαστρεντερική δυσλειτουργία (Vissocker et al, 2014). Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται περίπου στο 70% και εμφανίζεται με συχνότητα 1 στα 4 παιδιά (Rudolph et al., 2001). Σύμφωνα με την έρευνα των Horvath και Perman (2002), η έκφραση του πόνου των γαστροοισοφαγικών προβλημάτων εκδηλώνεται με ξαφνική ευερεθιστότητα, ανεξήγητο κλάμα, διαταραχές ύπνου ή επιθετικότητα. Επίσης, αναφέρει ότι τα παιδιά με αυτισμό τσιμπάνε ή τρίβουν το σημείο όπου πονάνε. Αυτές οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές, όπως επίσης και το χτύπημα του κεφαλιού (head- banging) και το δάγκωμα μερών του σώματός τους, αποτελούν μη λεκτικά επικοινωνιακά μέσα για την έκφραση του πόνου.

Σύμφωνα με την έρευνα των Fombonne και Chakrabarti (2001), σε πληθυσμό 96 παιδιών με αυτισμό, το 18,8% είχε ιστορικό γαστροοισοφαγικών συμπτωμάτων. Ο Taylor et al (2002) αναφέρει ότι από τα 474 παιδιά με αυτισμό που μελετήθηκαν το 17% αυτών δηλαδή 81 παιδιά εμφανίζουν εντερικά προβλήματα, απ' τα οποία τα 42 εμφανίζουν δυσκοιλιότητα, τα 7 δυσκοιλιότητα και διάρροια, τα 19 μόνο διάρροια, τα 7 τροφικές αλλεργίες και τα 2 μη συγκεκριμένη κολίτιδα με λεμφική υπερπλασία του ειλεού. Μια άλλη έρευνα του Horvath (2002), η οποία μελετά 112 παιδιά με αυτισμό και 44 αδέρφια αυτών χωρίς αυτισμό, αναφέρει ότι το 27% των παιδιών με αυτισμό είχαν διάρροια, το 9,5% είχαν δυσκοιλιότητα, ποσοστό το οποίο δεν διαφέρει σε συχνότητα από τον τυπικό πληθυσμό, και ότι τα παιδιά με αυτισμό είχαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε αέρια, πρήξιμο, κοιλιακό πόνο και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Πιο πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει αυξημένη εμφάνιση γαστροοισοφαγικών προβλημάτων σε παιδιά με αυτισμό. Ειδικότερα, οι Molloy & Manning-Courtney (2003) ανέφεραν γαστροοισοφαγικά προβλήματα στο 24% του πληθυσμού που ανήκει στο αυτιστικό φάσμα. Μια αναλυτικότερη έρευνα των Valicenti- McDermott et al. (2006), στην οποία συμμετείχαν παιδιά με αυτισμό, παιδιά με άλλες νευρολογικές διαταραχές και παιδιά χωρίς νευρολογικά προβλήματα, έδειξε ότι 70% των παιδιών με αυτισμό έκανε γαστροοισοφαγικά παράπονα, σε σύγκριση με το 42% των παιδιών με άλλες νευρολογικές διαταραχές και το 28% των παιδιών χωρίς κάποια νευρολογική διαταραχή. Η έρευνα των Williams, Neal & Darlymple (2000), ανέφερε ότι τα παιδιά με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και τροφικές αλλεργίες είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν προβλήματα λήψης φαρμάκων. Σύμφωνα με τον Morris (2008), τα παιδιά που βιώνουν μια δυσφορία που έπεται του γεύματος, μπορεί να συνδέσουν τον πόνο με το φαγητό που μόλις καταναλώθηκε. Αυτή η σύνδεση μπορεί να οδηγήσει σε αποστροφή προς το φαγητό.

Τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να εμφανίσουν δυσανεξία ή αλλεργία σε κάποια τροφή. Ο εμετός και η διάρροια είναι απόρροια της δυσανεξίας. Η αλλεργία δεν αποτελεί στοιχείο επιλεκτικότητας της τροφής από το παιδί, αλλά αποδεδειγμένη ανοσολογική αντίδραση και έχει συχνότητα εμφάνισης 5-8% σε παιδιά με αυτιστική διαταραχή (Sampson, 1999). Πιο συγκεκριμένα, η αλλεργία στους ξηρούς καρπούς (καρύδια, φιστίκια κ.α.) έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια, φτάνοντας σε ποσοστό 2% στον γενικό πληθυσμό (Skitrak, 2008).

Τα γαστροοισοφαγικά συμπτώματα της αλλεργίας είναι πόνος, δυσκοιλιότητα, διάρροια, εξανθήματα και διαταραχές ύπνου.

Σπάνια αναφέρονται προβλήματα σίτισης σε παιδιά με αυτισμό, τα οποία περιλαμβάνουν την αποφυγή υγρών, την διατήρηση της τροφής στο στόμα για μεγάλο χρονικό διάστημα και τη γρήγορη μάσηση (Seiverling et al, 2010).

## **1.8 Κενά στη Βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα**

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία τόσο για τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά όσο και για τα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού ήταν ελάχιστη και δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία παρόμοια έρευνα που να αφορά Ελληνικό πληθυσμό. 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.

Δεν έχουν μελετηθεί περαιτέρω οι ακριβείς ηλικίες κατάκτησης των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης στα παιδιά με αυτισμό. Ακόμη, δεν έχει ερευνηθεί σε τι ποσοστό τα προβλήματα λεπτής κινητικότητας, γνωστικών και γλωσσικών ικανοτήτων επηρεάζουν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης.

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 παιδιά με αυτισμό στον Ελλαδικό χώρο.

## **1.9 Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να παρατηρηθεί η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό, η σύγκριση της ανάπτυξης αυτών με παιδιά τυπικού πληθυσμού και η πιθανή ηλικιακή απόκλιση στην εμφάνιση των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης.

Η σύγκριση αυτή επετεύχθη μέσω της παρατήρησης των παιδιών κατά τη διάρκεια του φαγητού και μέσω μελέτης ερωτηματολογίων που είχαν συμπληρωθεί από γονείς και κλινικούς.

## **1.10 Ερευνητικά Ερωτήματα**

1. Σε ποιά ηλικία αναπτύσσονται οι δεξιότητες αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό και πώς αποκλίνουν αυτές σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;
2. Υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις από δύο διαφορετικές συνθήκες α) πληροφορίες από γονείς β) πειραματική διαδικασία ;
3. Υπάρχει επιρροή στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης στα παιδιά με αυτισμό από τις συνεχείς και μη συνεχείς μεταβλητές που μελετήθηκαν;



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 2.1 Δείγμα

Το πρωτόκολλο χορηγήθηκε σε 2 ομάδες. Η πρώτη ομάδα (Ομάδα Α) περιελάμβανε 15 παιδιά με αυτισμό, 12 αγόρια και 3 κορίτσια, και η δεύτερη ομάδα (Ομάδα Β) τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ίδιου φύλου και ίδιας ηλικίας με τα παιδιά της Ομάδας Α. Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 3;2 έως 14;1 χρονών. Τα παιδιά και από τις δύο ομάδες είχαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας την Πάτρα. Η χορήγηση του πρωτοκόλλου ξεκίνησε 24 Μαρτίου 2016 και ολοκληρώθηκε 8 Ιουλίου 2016 και πραγματοποιήθηκε στην οικεία των παιδιών, στα ειδικά νηπιαγωγεία/ δημοτικά και στα λογοθεραπευτικά κέντρα.

### 2.2 Κριτήρια ένταξης/ αποκλεισμού

Σε κάθε μία από τις ομάδες έχουν θεσπιστεί ορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού. Όσον αφορά τα κριτήρια ένταξης στην Ομάδα Α, τα παιδιά θα πρέπει να έχουν διάγνωση αυτισμού, ηλικίας 0-8 οποιασδήποτε σοβαρότητας αυτισμού και 8-14 σε σοβαρές μορφές αυτισμού. Επίσης, θα πρέπει να σιτίζονται στοματικά, τουλάχιστον στο τέταρτο επίπεδο της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary, Mann & Groher, 2005). Στην Ομάδα Β περιλαμβάνονται τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά ίδιου φύλου και ηλικίας με τα παιδιά της Ομάδας Α, τα οποία σιτίζονται αποκλειστικά στοματικά χωρίς κανένα περιορισμό για την ηλικία του παιδιού έβδομο επίπεδο της κλίμακας Functional Oral Intake Scale (Crary, Mann & Groher, 2005).

Όσον αφορά τα κριτήρια αποκλεισμού, στην Ομάδα Α αποκλείονται όσα παιδιά δεν έχουν διάγνωση αυτισμού και δεν σιτίζονται στοματικά. Στην Ομάδα Β τα παιδιά δεν πρέπει να παρουσιάζουν αναπτυξιακές διαταραχές, όπως σύνδρομα, εγκεφαλική πάρεση, διαταραχές λόγου ή ομιλίας ή μαθησιακών διαταραχών ή οποιοδήποτε ιατρικό πρόβλημα, 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) και κρανιοπροσωπικών προβλημάτων. Επιπλέον, δεν πρέπει να υπάρχει 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 ή οποιοσδήποτε μη φυσιολογικός περιορισμός για την ηλικία στο είδος των τροφών και στην ποσότητα του φαγητού. Τέλος, αποκλείονται όσα παιδιά έχουν ιστορικό καθυστέρησης στα αναπτυξιακά ορόσημα (στήριξε το κεφάλι, κάθισε ανεξάρτητο, μπουσούλησε, περπάτησε, μίλησε) και όσα απέτυχαν σε οποιοδήποτε τμήμα της διαδικασίας screening του πειράματος.

## 2.3 Δημιουργία Πρωτοκόλλου

Το πρωτόκολλο δόθηκε ολοκληρωμένο από την επόπτρια πτυχιακής εργασίας Μαλατρά Ιωάννα και τροποποιήθηκε μερικώς από τις φοιτήτριες, ώστε να ταιριάζει στον πληθυσμό στον οποίο χορηγήθηκε.

## 2.4 Πειραματική Διαδικασία

Η έρευνα διεξήχθη σε δύο φάσεις. Στη φάση Α, έγινε 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. Στη φάση Β, οι ερευνητές συνέλλεξαν ερευνητικά δεδομένα κατά τη διάρκεια μίας πειραματικής διαδικασίας παροχής τροφών.

Να σημειωθεί ότι δεν πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με τους γονείς. Η συμπλήρωση του ιστορικού και ενός ερωτηματολογίου δόθηκε στους ερευνητές από τον υπεύθυνο του ειδικού σχολείου/ λογοθεραπευτικού κέντρου.

### 2.4.1. Screening

Η διαδικασία Screening περιλαμβάνεται στην Φάση Α του πειράματος. Το screening των γνωστικών και γλωσσικών δεξιοτήτων του παιδιού πραγματοποιήθηκε μέσω ακουστικής κατανόησης, κατονομασίας, κατανόησης ιστορίας και παιχνιδιού. Από τις δομημένες αυτές δραστηριότητες και το παιχνίδι συλλέχθηκαν οι επιθυμητές πληροφορίες για τη γλωσσική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού. Έπειτα, συμπληρώθηκε από τους ερευνητές ο Πίνακας Αναπτυξιακών Δεξιοτήτων του παιδιού με βάση κλινικές παρατηρήσεις, καθώς και η κλίμακα Functional Oral Intake Scale (Crary, Mann & Groher, 2005).

### 2.4.2. Κύρια Διαδικασία

#### 2.4.2.1 Ερωτηματολόγιο

Δόθηκε στους γονείς ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε γενικές πληροφορίες σχετικές με το παιδί, πληροφορίες για το ιατρικό, οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό, για το ιστορικό ανάπτυξης λόγου/ ομιλίας και σίτισης/ κατάποσης και για τα στάδια ανάπτυξης (πότε στήριξε το κεφάλι, μπουσούλησε, περπάτησε, έφαγε μόνο του). Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε την συμπλήρωση του *Πίνακα δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης* του παιδιού.

#### 2.4.2.2 Χορήγηση

Κατά τη δεύτερη προκαθορισμένη συνάντηση, οι ερευνητές αλληλεπίδρασαν με το παιδί κατά τη διάρκεια ενός γεύματος-σνακ και αξιολόγησαν τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης συμπληρώνοντας τον *Πίνακα Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης*. Η πειραματική αυτή διαδικασία έλαβε χώρα τη χρονική στιγμή που υπέδειξαν οι γονείς/φροντιστές ως τη συνηθισμένη ώρα που το παιδί τρώει κάποιο σνακ (συνήθως μεταξύ πρωινού και μεσημεριανού ή το

απόγευμα). Οι γονείς/φροντιστές 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 έχει δημιουργηθεί η κατάλληλη ατμόσφαιρα για να ξεκινήσει το πείραμα.

Κατά τη διαδικασία του πειράματος, παρουσιάστηκε στο παιδί ένας δίσκος με τροφές διαφόρων υφών και νερό, σε συνδυασμό με τα βασικά σκεύη που χρησιμοποιούνται κατά τη σίτιση. Ο δίσκος περιελάμβανε νερό, κρέμα, μπανάνα, μήλο, ψωμί, τυρί, φρυγανιά, σταφίδες και ποτήρι, καλαμάκι, χαρτοπετσέτα, κουτάλι, πιρούνι, πιάτο. Το μήλο και η μπανάνα ήταν πλυμένα και αρχικά παρουσιάστηκαν στο παιδί ολόκληρα (Εικόνα 1). Στην περίπτωση που υπήρχε δυσκολία στην σίτιση ολόκληρης της τροφής οι ερευνητές έκοβαν τα φρούτα σε μικρά κομμάτια.

**Εικόνα 1**



Οι γονείς είχαν ενημερωθεί εκ των προτέρων για τις τροφές που χρησιμοποιήθηκαν και είχαν ερωτηθεί για τυχόν αλλεργίες. Αν το παιδί παρουσίαζε κάποια τροφική αλλεργία, θα χρησιμοποιούνταν η κατάλληλη εναλλακτική τροφή. Αν μία δεξιότητα παρουσιαζόταν σταθερά κατά τη διάρκεια του γεύματος, τότε ο ερευνητής σημείωνε την ένδειξη “N”, αν μία δεξιότητα δεν είχε κατακτηθεί από το παιδί, τότε σημείωνε την ένδειξη “O”, ενώ αν μια δεξιότητα δεν ήταν δυνατό να παρατηρηθεί κατά την ώρα του γεύματος τότε σημείωνε την ένδειξη “N/A”. Η διάρκεια της πρώτης φάσης ήταν κατά μέσο όρο 30 λεπτά, ενώ της δεύτερης περίπου 15-20 λεπτά.

#### **2.4.2.3 Δοκιμασίες**

Η πειραματική διαδικασία ξεκίνησε 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, 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 το. Φάε λίγο».

Εάν το παιδί δεν εκδήλωνε κάποια προτίμηση, οι τροφές θα δίνονταν με την εξής σειρά: κρέμα, ψωμί, τυρί, μπανάνα, μήλο, φρυγανιά, σταφίδες. Νερό θα επιτρεπόταν στο παιδί να πει οποιαδήποτε στιγμή το ζητούσε και ο ερευνητής θα το ρωτούσε, επίσης, αν δίψασε πριν περάσουν στην επόμενη τροφή. Στο τέλος, οι ερευνητές ρώτησαν το παιδί αν ήθελε λίγο νερό. Απεφεύχθη, ωστόσο, να δοθεί 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, έπρεπε να φάει τόσο όσο χρειαζόταν για να παρατηρηθεί αν το παιδί κατείχε τη δεξιότητα ή όχι.

Δόθηκαν στο παιδί όλες οι ευκαιρίες για να δείξει όλες τις σχετικές δεξιότητες στο ανώτατο δυνατό επίπεδο. Ωστόσο, αν από το ιστορικό, τη συνέντευξη και την παρατήρηση του γεύματος είχε διαπιστωθεί ότι το παιδί είχε σημαντικά προβλήματα κατάποσης και υπήρχε θέμα ασφάλειας, πραγματοποιούνταν οι κατάλληλες αλλαγές στην πειραματική διαδικασία ώστε να εξασφαλιστεί η ασφάλεια του παιδιού. Για παράδειγμα, αν το παιδί έπινε παχύρρευστα υγρά, οι ερευνητές δεν θα χρησιμοποιούσαν κανονικό νερό, αλλά παχύρρευστο. Αντιστοίχως, αν το παιδί καταλάωνε μόνο μαλακές τροφές, θα έδιναν μόνο εκείνες που είναι ασφαλής για το παιδί. Επιπλέον, αν το παιδί δεν είχε τις απαραίτητες κινητικές δεξιότητες για ασφαλή σίτιση, θα παρέχονταν βοήθεια από τους ερευνητές.

#### **2.4.2.4 Είδη τροφίμων και σκεύη**

Στο παιδί δόθηκαν από τροφές νερό, κρέμα, μπανάνα, μήλο, ψωμί, τυρί, φρυγανιά, σταφίδες και από σκεύη ποτήρι, καλαμάκι, χαρτοπετσέτα, κουτάλι, πιρούνι, πιάτο. Όλα τα σκεύη και τα τρόφιμα ήταν καλά πλυμένα και για λόγους ασφάλειας και υγιεινής, χρησιμοποιήθηκαν σκεύη μιας χρήσεως, εκτός κι αν οι γονείς επιθυμούσαν να χρησιμοποιηθούν τα ατομικά σκεύη του παιδιού. Διευκρινίζονται τα ακόλουθα για το κάθε είδος τροφής και για τα σκεύη:

*Νερό:* Παρουσιάστηκε σε κανονικό ποτήρι (άθραυστο, π.χ. πλαστικό). Αν το παιδί δεν είχε χρησιμοποιήσει ξανά κανονικό ποτήρι, οι ερευνητές θα βοηθούσαν το παιδί κρατώντας το ποτήρι και δίνοντάς του μία μικρή γουλιά. Αν το παιδί είχε εμφανή δυσκολία, θα χρησιμοποιούσαν το καλαμάκι. Αν το παιδί δεν μπορούσε να πει 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 είχε 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, οι ερευνητές θα χρησιμοποιούσαν κάποια εναλλακτική τροφή. Αν το παιδί μπορούσε να φάει μόνο του, θα το άφηναν, διαφορετικά θα το βοηθούσαν. Εναλλακτική τροφή: γιαούρτι, πουρές.

*Μπανάνα:* Αρχικά, παρουσιάστηκε πλυμένη και ολόκληρη. Οι ερευνητές παρατήρησαν αν το παιδί μπορούσε να την ξεφλουδίσει και να τη φάει μόνο του. Αν δε 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 κρατούσε ο ερευνητής. Εναλλακτική τροφή: αβοκάντο σε κομμάτια.

*Μήλο:* Αρχικά, παρουσιάστηκε πλυμένο και ολόκληρο. Το έδωσαν στο παιδί να το κρατήσει και 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 προσέφεραν 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 το φάει χρησιμοποιώντας είτε το χέρι του, είτε το πιρούνι. Εναλλακτική τροφή: Αχλάδι, νεκταρίνι.

*Ψωμί:* Οι ερευνητές είχαν μία φέτα ψωμί πάνω στο δίσκο και την προσέφεραν ολόκληρη στο παιδί. Αν το παιδί δυσκολευόταν, θα το βοηθούσαν κόβοντάς το σε μικρότερα κομμάτια. Εναλλακτική τροφή: τσουρέκι.

*Τυρί:* Οι ερευνητές είχαν ένα κομμάτι τυρί σε ένα πιάτο και το προσέφεραν στο παιδί. Αν χρειαζόταν θα το έκοβαν σε μικρότερα κομμάτια. Εναλλακτική τροφή: Αυγό βρασμένο, κομμένο σε κομμάτι αντίστοιχου μεγέθους.

*Φρυγανιά:* Οι ερευνητές έδωσαν στο παιδί μία ολόκληρη φρυγανιά για να την κρατήσει στο χέρι του και να τη φάει. Αν χρειαζόταν, θα την έκοβαν σε μικρότερα κομμάτια. Εναλλακτική τροφή: Μπισκότο.

*Σταφίδες:* Οι ερευνητές έδειξαν στο παιδί τις σταφίδες και το παρότρυναν να φάει. Στόχος ήταν το παιδί να πάρει με τα δάχτυλά του και να φάει μερικές. Εναλλακτικές τροφές: cheerios.

*Κουτάλι:* Οι ερευνητές παρότρυναν 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 παρότρυναν το παιδί να χρησιμοποιήσει το πιρούνι, π.χ. «Για να δω ως τρωξ με το πιρούνι.».

*Χαρτοπετσέτα:* Ήταν διαθέσιμη, αλλά αρχικά οι ερευνητές παρατηρούσαν αν το παιδί θα την πάρει μόνο του για να σκουπιστεί. Αν όχι, θα του την έδιναν και θα το παρότρυναν να σκουπιστεί. Αν και πάλι δεν την χρησιμοποιούσε, θα το σκούπιζαν οι ερευνητές εφόσον χρειαζόταν.

## 2.5 Ερευνητικός σχεδιασμός και μεταβλητές

Η επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Μαλατρά Ιωάννα σε συνεργασία με τις φοιτήτριες Μουστάκα και Πολυχρονοπούλου (2016) δημιούργησαν ένα ερευνητικό πρωτόκολλο με σκοπό να χορηγηθεί σε παιδιά με σύνδρομο Down. Αφού τροποποιήθηκε, χρησιμοποιήθηκε στην πτυχιακή εργασία των Πουλιάση, Καρακάση και Κουτσαυγουστή με σκοπό τη μελέτη της ανάπτυξης των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε φυσιολογικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα εργασία δέχθηκε επιπλέον αλλαγές. Στόχος των ερευνητών ήταν να μελετήσουν τις διαφορές στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά και σε παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού μέσω μίας πειραματικής διαδικασίας. Ένας ακόμα στόχος που τέθηκε ήταν να συγκριθούν τα δεδομένα που παρείχαν οι γονείς μέσω της συμπλήρωσης ενός σύντομου

ερωτηματολογίου με τα δεδομένα που συμπλήρωσαν οι ερευνητές στο ίδιο ερωτηματολόγιο κατά την πειραματική διαδικασία. Πριν την έναρξη της διαδικασίας, οι γονείς είχαν ενημερωθεί ότι η έρευνα ήταν στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας και είχαν υπογράψει τα σχετικά έγγραφα για τη σύμφωνη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω δειγματοληπτικής έρευνας και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το αναλυτικό ιστορικό που συμπλήρωσαν οι γονείς, η αξιολόγηση που έγινε από τους ερευνητές σε κάθε παιδί και το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε και από τους γονείς και από τους ερευνητές.

Προκειμένου να απαντηθούν τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα αναλύθηκαν οι εξής **μη συνεχείς** μεταβλητές: **1.** φύλο, **2.** παρακολούθηση θεραπευτικών συνεδριών, **3.** προβλήματα κύησης/τοκετού, **4.** θηλασμός, **5.** στοματοκινητικός μηχανισμός, **6.** ομιλία, **7.** γλωσσική ανάπτυξη, **8.** προβλήματα υγείας κατά την ανάπτυξη, **9.** διαιτητικοί περιορισμοί, **10.** γαστρεντερικές διαταραχές, **11.** δυσκολίες σίτισης/κατάποσης, **12.** συμπεριφορικά προβλήματα κατά τη σίτιση, **13.** οικογενειακό ιστορικό και **14.** τρέχουσα μέθοδος σίτισης και οι εξής **συνεχείς**: **1.** ηλικία στήριξης κεφαλιού, **2.** ηλικία που κάθισε, **3.** ηλικία που μπουσούλισε, **4.** ηλικία που περπάτησε, **5.** ηλικία που έφαγε μόνο του, **6.** ηλικία που ξεκίνησε να τρώει με κουτάλι ενώ το τάιζε άλλος, **7.** ηλικία που χρησιμοποίησε τα χέρια του για να φάει, **8.** ηλικία που χρησιμοποίησε μόνο του το κουτάλι, **9.** ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από παιδικό ποτήρι, **10.** ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από κανονικό ποτήρι, **11.** ηλικία έναρξης σίτισης εκτός από γάλα και **12.** χρονολογική ηλικία. Στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης συγκρίθηκαν οι απαντήσεις που δόθηκαν και για τις δύο ομάδες παιδιών από τις 39 ερωτήσεις του *Πίνακα Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης* στις δύο συνθήκες της έρευνας. Συγκεκριμένα, για κάθε μία από τις 39 ερωτήσεις εξετάζονται δύο μεταβλητές: α) οι απαντήσεις που έδωσαν οι γονείς κατά τη συμπλήρωση του πίνακα δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης και β) οι απαντήσεις που σημείωσαν οι ερευνητές κατά τη διάρκεια του πειράματος. Τέλος, αναλύεται σε τι ποσοστό ταυτίζονται τα στοιχεία που δόθηκαν από τους γονείς στον πίνακα δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης με τα αντίστοιχα στοιχεία των ερευνητών από την πειραματική διαδικασία. Η ανάλυση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε μέσω του προγράμματος SPSS.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 2 ομάδες παιδιών από 15 άτομα η κάθε ομάδα. Η πρώτη ομάδα αποτελείται από παιδιά με αυτισμό και η δεύτερη είναι η ομάδα ελέγχου αποτελούμενη από παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αντίστοιχου φύλου και ηλικίας με τα παιδιά της πρώτης ομάδας. Οι μεταβλητές χωρίστηκαν σε συνεχείς και μη συνεχείς. Στις συνεχείς μεταβλητές παρατίθενται ο μέσος όρος, η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή, η τυπική απόκλιση και η διακύμανση.

#### 3.1. Ανάλυση μη συνεχών μεταβλητών

Οι μη συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 5 καθώς και το ποσοστό των απαντήσεων που δόθηκαν ανάλογα με τον τύπο του παιδιού στο δείγμα:

**Πίνακας 5:** Μη συνεχείς μεταβλητές.

Μεταβλητές	Παιδιά με αυτισμό		Διακύμανση	Ομάδα Ελέγχου		Διακύμανση
	Αγόρια	Κορίτσια		Αγόρια	Κορίτσια	
Φύλο	80%	20%	.16	80%	20%	.16
	Αγόρια	Κορίτσια		Αγόρια	Κορίτσια	
Προβλήματα Κύησης	Ναι 13,3%	Όχι 86,7%	.12	Ναι 0%	Όχι 100%	.00
Παρακολούθηση θεραπευτικών συνεδριών	Ναι 80%	Όχι 20%	.16	Ναι 0%	Όχι 100%	.00
	Ναι 66,7%	Όχι 33,3%	.23	Ναι 80%	Όχι 20%	.16
Στοματοκινητικός μηχανισμός	Φυσιολογικό 6.7%	Μη φυσιολογικό 93.3%	.06	Φυσιολογικό 100%	Μη φυσιολογικό 0%	.00
	Ναι 0%	Όχι 100%	.00	Ναι 0%	Όχι 100%	.00
Ομιλία	Φυσιολογικό 20%	Μη φυσιολογικό 80%	.16	Φυσιολογικό 100%	Μη φυσιολογικό 0%	.00
	Ναι 33,3%	Όχι 60%	.23	Ναι 0%	Όχι 100%	.00
Γαστρεντερικές Διαταραχές	Ναι 6.7%	Όχι 86.7%	.06	Ναι 0%	Όχι 100%	.00
Γλωσσική	Φυσιολογική	Μη		Φυσιολογική	Μη	

Ανάπτυξη	<i>κό</i>	<i>φυσιολογικό</i>		<i>κό</i>	<i>φυσιολογικό</i>	
	0%	100%	.00	100%	0%	.00
Προβλήματα υγείας κατά την ανάπτυξη	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	
	53,3%	46,7%	.25	0%	100%	.00
Οικογενειακό Ιστορικό	<i>Φυσιολογικό</i>	<i>Μη φυσιολογικό</i>		<i>Φυσιολογικό</i>	<i>Μη φυσιολογικό</i>	
	54,5%	45,5%	.27	100%	0%	.00
Συμπεριφορικά προβλήματα κατά τη σίτιση	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	
	46,7%	53,3%	.25	0%	100%	.00
Τρέχουσα μέθοδος σίτισης	<i>Στοματική χωρίς κανένα περιορισμό</i>	<i>Στοματική αλλά με περιορισμούς</i>		<i>Στοματική χωρίς κανένα περιορισμό</i>	<i>Στοματική αλλά με περιορισμούς</i>	
	93.3%	6.7%	.03	100%	0%	.00

Πιο αναλυτικά, στην έρευνα συμμετείχαν 12 αγόρια και 3 κορίτσια με αυτισμό και 12 αγόρια και 3 κορίτσια τυπικής ανάπτυξης. Σχετικά με τα προβλήματα κήσης/τοκετού οι μητέρες 2 παιδιών με αυτισμό δήλωσαν πως αντιμετώπισαν πρόβλημα και καμία μητέρα παιδιού φυσιολογικής ανάπτυξης. Αναφορικά με την παρακολούθηση θεραπευτικών συνεδριών, 12 παιδιά με αυτισμό δήλωσαν πως παρακολουθούν και κανένα παιδί φυσιολογικής ανάπτυξης. Σχετικά με τον θήλασμό, 10 παιδιά με αυτισμό θήλασαν και τα 5 όχι, ενώ από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης 12 θήλασαν και 3 όχι. Τα 14 από τα παιδιά με αυτισμό δεν έχουν φυσιολογικό στοματοκινητικό μηχανισμό, ενώ και τα 15 παιδιά τυπικής ανάπτυξης έχουν φυσιολογικό στοματοκινητικό μηχανισμό. Η ομιλία 12 παιδιών με αυτισμό δεν είναι φυσιολογική ενώ όλα τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης έχουν φυσιολογική ομιλία. Και τα 15 παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν μη φυσιολογική γλωσσική ανάπτυξη, ενώ τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης έχουν φυσιολογική γλωσσική ανάπτυξη. Τα 5 από τα παιδιά με αυτισμό έχουν διαιτητικούς περιορισμούς ενώ από τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης κανένα δεν έχει. Μόλις 1 παιδί με αυτισμό παρουσιάζει γαστρεντερικές διαταραχές και κανένα παιδί τυπικής ανάπτυξης. Κανένα παιδί τυπικής ανάπτυξης και με αυτισμό δεν παρουσιάζει δυσκολίες σίτισης / κατάποσης. Από τα 15 παιδιά με αυτισμό, τα 7 παρουσιάζουν συμπεριφορικά προβλήματα κατά τη σίτιση και κανένα τυπικής ανάπτυξης δεν παρουσιάζει συμπεριφορικά προβλήματα κατά τη σίτιση. Τέλος, σχετικά με την τρέχουσα μέθοδο σίτισης αυτή είναι στοματική χωρίς περιορισμό τόσο στα παιδιά με αυτισμό όσο και στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, με εξαίρεση μία περίπτωση παιδιού με αυτισμό.

### 3.2. Ανάλυση συνεχών μεταβλητών

Οι συνεχείς μεταβλητές που εξετάστηκαν είναι οι αριθμητικές μεταβλητές, οι οποίες στην παρούσα έρευνα αφορούν κάποια ηλικία του παιδιού και μετριοούνται σε μήνες. Πιο αναλυτικά οι συνεχείς μεταβλητές που εξετάστηκαν είναι οι εξής: ηλικία, ηλικία που κάθισε, ηλικία που μπουσούλισε, ηλικία που περπάτησε, ηλικία που έφαγε μόνο του, ηλικία στήριξης κεφαλιού, ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από παιδικό ποτήρι, ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από κανονικό ποτήρι, ηλικία που ξεκίνησε να χρησιμοποιεί τα χέρια του για να φάει, ηλικία που χρησιμοποίησε μόνο του το κουτάλι και ηλικία έναρξης σίτισης εκτός από γάλα. Στον Πίνακα 6 παρατίθενται οι συνεχείς μεταβλητές που αφορούν τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης και στον Πίνακα 7 οι συνεχείς μεταβλητές που αφορούν τα παιδιά με αυτισμό.

**Πίνακας 6:** Συνεχείς μεταβλητές παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

	Μέσος Όρος	Μέγιστη Τιμή	Ελάχιστη Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση
Ηλικία	7	13;5	3	2.28	5.19
Ηλικία που κάθισε	6,8*	9*	5*	1.54	2.36
Ηλικία που μπουσούλισε	8,4*	10*	6*	1.3	1.69
Ηλικία που περπάτησε	13,5*	16*	11*	1.5	2.25
Ηλικία που έφαγε μόνο του	13,8*	16*	11*	1.91	3.51
Ηλικία στήριξης κεφαλιού	4,8*	6*	3*	1.04	1.09
Ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από παιδικό ποτήρι	10,7*	12*	8*	1.10	1.21
Ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από κανονικό ποτήρι	14*	18*	10*	1.71	2.92
Ηλικία που ξεκίνησε να τρώει με κουτάλι ενώ το τάζει άλλος	6,4*	9*	5*	1.02	1.04
Ηλικία που χρησιμοποίησε τα χέρια του για να φάει	8,4*	10*	6*	1.37	1.88
Ηλικία που χρησιμοποίησε μόνο του το κουτάλι	11,6*	15*	9*	1.8	3.14
Ηλικία έναρξης σίτισης εκτός από γάλα	6,2*	7*	5*	0.75	0.56

\*Η ηλικία είναι σε μήνες

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, ο μέσος όρος ηλικίας είναι 7 χρονών, με μέγιστη τιμή τα 13;5 έτη και ελάχιστη τα 3 έτη. Σχετικά με την ηλικία που κάθισε, ο μέσος όρος είναι 6,8 μήνες με μέγιστη τιμή τους 9 και ελάχιστη τους 5 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που μπουσούλισε είναι 8,4 μήνες με μέγιστη τιμή τους 10 και ελάχιστη τιμή τους 6 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που περπάτησε είναι 13,5 μήνες με μέγιστη τιμή τους 16 μήνες και ελάχιστη τους 11 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που έφαγε

μόνο του είναι 13,8 μήνες με μέγιστη τιμή τους 16 και ελάχιστη τους 11 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που στήριξε το κεφάλι του είναι 4,8 μήνες με μέγιστη τιμή τους 6 μήνες και ελάχιστη τιμή τους 3. Σχετικά με την ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από παιδικό ποτήρι, ο μέσος όρος είναι 10,7 μήνες με μέγιστη τιμή τους 12 και ελάχιστη τους 8 μήνες. Αναφορικά με την ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από κανονικό ποτήρι, ο μέσος όρος είναι 14 μήνες με μέγιστη τιμή τους 18 μήνες και 10 μήνες η ελάχιστη. Ο μέσος όρος της ηλικίας που ξεκίνησε να τρώει με κουτάλι ενώ το τάιζε ο άλλος είναι 6,4 μήνες με μέγιστη τιμή τους 9 και ελάχιστη τους 5 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που χρησιμοποίησε τα χέρια του για να φάει είναι 8,4 μήνες με μέγιστη τιμή τους 10 και ελάχιστη τους 6 μήνες. Σχετικά με την ηλικία που χρησιμοποίησε μόνο του το κουτάλι, ο μέσος όρος είναι 11,6 μήνες με μέγιστη τιμή τους 15 και ελάχιστη τους 9 μήνες. Τέλος, ο μέσος όρος της ηλικίας σίτισης εκτός από γάλα είναι 6,2 μήνες με μέγιστη τιμή τους 7 και ελάχιστη τους 5 μήνες.

**Πίνακας 7:** Συνεχείς μεταβλητές παιδιών με αυτισμό

	Μέσος Όρος	Μέγιστη Τιμή	Ελάχιστη Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση
Ηλικία	7;4χρ	14;1χρ	3;2χρ	3.1	9.4
Ηλικία που κάθισε	8,7*	13*	5*	6.4	2.54
Ηλικία που μπουσούλισε	10,3*	12*	9*	1.37	1.89
Ηλικία που περπάτησε	15,4*	24*	8*	3.9	15.1
Ηλικία που έφαγε μόνο του	30*	48*	12*	12.4	153
Ηλικία στήριξης κεφαλιού	3,8*	7*	2*	2.1	4.4
Ηλικία Έναρξης Αυτόνομης Πόσης από Παιδικό Ποτήρι	23,2*	48*	9*	12	144.1
Ηλικία Έναρξης Αυτόνομης Πόσης από Κανονικό Ποτήρι	34*	60*	21*	10.9	118.7
Ηλικία που ξεκίνησε να τρώει με κουτάλι ενώ το τάιζε άλλος	7,9*	30*	4*	6.6	43.9
Ηλικία που χρησιμοποίησε τα χέρια του για να φάει	22,1*	48*	8,5*	12.2	148.4
Ηλικία που χρησιμοποίησε μόνο του το κουτάλι	36,6*	60*	11*	15.2	229.7
Ηλικία έναρξης σίτισης εκτός από γάλα	10,7*	48*	5*	11.1	123.4

\*Η ηλικία είναι σε μήνες

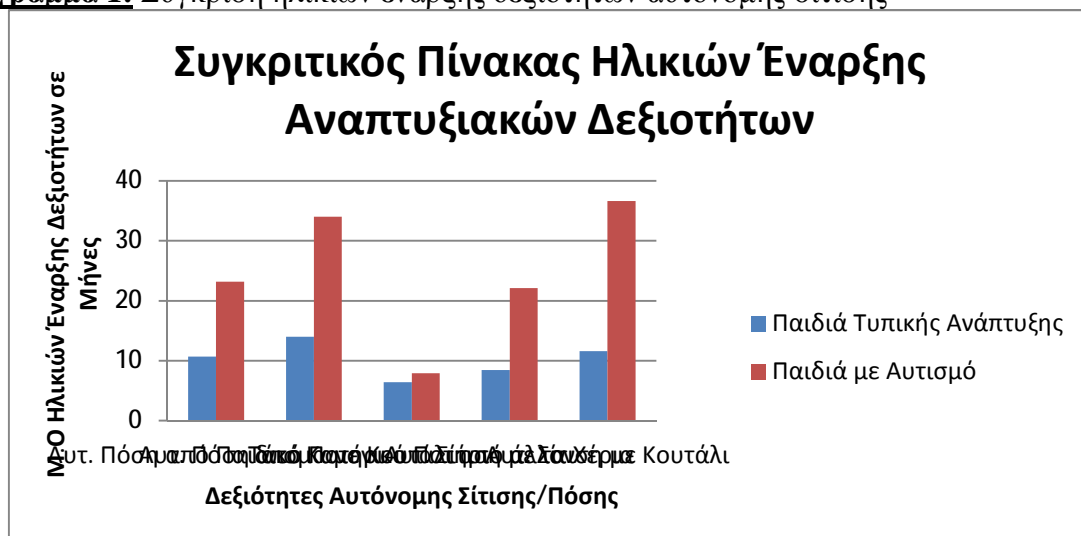
Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με τα παιδιά με αυτισμό, ο μέσος όρος χρονολογικής ηλικίας είναι 7;4 χρονών, με μέγιστη τιμή τα 14;1 έτη και ελάχιστη τα 3;2 έτη. Σχετικά με την ηλικία που κάθισε, ο μέσος όρος είναι 8,7 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 13 και ελάχιστη τους 5 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που μπουσούλισε είναι 10,3 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 12 και ελάχιστη τιμή τους 9 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που περπάτησε είναι 15,4 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 24 μήνες και ελάχιστη στους 8. Ο μέσος όρος της ηλικίας που έφαγε μόνο του είναι 30 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 48 και ελάχιστη τους 12 μήνες. Ο μέσος όρος της

ηλικίας που στήριξε το κεφάλι του είναι 3,8 μήνες με μέγιστη τιμή 7 και ελάχιστη τους 2 μήνες. Σχετικά με την ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από παιδικό ποτήρι, ο μέσος όρος είναι 23,2 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 48 και ελάχιστη τους 9 μήνες. Αναφορικά με την ηλικία που ξεκίνησε να πίνει μόνο του από κανονικό ποτήρι, ο μέσος όρος είναι 34 μήνες με μέγιστη τιμή τους 60 μήνες και ελάχιστη τους 21. Ο μέσος όρος της ηλικίας που ξεκίνησε να τρώει με κουτάλι ενώ το τάιζε ο άλλος είναι 7,9 μήνες με μέγιστη τιμή τους 30 και ελάχιστη τους 4 μήνες. Ο μέσος όρος της ηλικίας που χρησιμοποίησε τα χέρια του για να φάει είναι 21 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 48 και ελάχιστη τους 8,5 μήνες. Σχετικά με την ηλικία που χρησιμοποίησε μόνο του το κουτάλι, ο μέσος όρος είναι 36,6 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 60 και ελάχιστη τους 11 μήνες. Τέλος, ο μέσος όρος της ηλικίας σίτισης εκτός από γάλα είναι 10,7 μήνες, με μέγιστη τιμή τους 48 και ελάχιστη τους 5 μήνες.

### 3.3 Σύγκριση μεταβλητών που σχετίζονται με την ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης και πόσης

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης κάθε αναπτυξιακής δεξιότητας αυτόνομης σίτισης και πόσης τόσο των παιδιών με αυτισμό όσο και των παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Οι συνεχείς μεταβλητές που σχετίζονται με αυτή τη δεξιότητα είναι η ηλικία έναρξης αυτόνομης πόσης από παιδικό ποτήρι, η ηλικία έναρξης αυτόνομης πόσης από κανονικό ποτήρι, η ηλικία έναρξης σίτισης με τη χρήση κουταλιού, η ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης με κουτάλι, καθώς και η ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης με τα χέρια. Στον οριζόντιο άξονα έχουν κατανεμηθεί οι 5 αναπτυξιακές ερωτήσεις και στον κατακόρυφο οι αριθμητικές τιμές. Η πρώτη ομάδα που αποτελείται από παιδιά τυπικής ανάπτυξης γίνεται διακριτή με μπλε χρώμα ενώ η δεύτερη ομάδα, των παιδιών με αυτισμό, με κόκκινο. Η μπάρα κάθε ομάδας φανερώνει το μέσο όρο των ηλικιών που ξεκίνησε η κάθε δεξιότητα, όπως αυτές απαντήθηκαν από τους γονείς. Παρατηρώντας το διάγραμμα, φαίνεται ότι οι δύο ομάδες συγκλίνουν και αποκλίνουν μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, φαίνεται να αποκλίνουν ως προς την ηλικία έναρξης της πόσης από παιδικό ποτήρι, την ηλικία έναρξης πόσης από κανονικό ποτήρι, την ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης με τα χέρια και την ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης με κουτάλι, ενώ φαίνεται να συγκλίνουν μόνο στην ηλικία έναρξης σίτισης με κουτάλι όταν το τάιζε άλλος.

**Διάγραμμα 1:** Σύγκριση ηλικιών έναρξης δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης



### 3.4 Έλεγχος στατιστικής σημαντικότητας των μη συνεχών μεταβλητών όσον αφορά τον τύπο του παιδιού.

Μετά το διαχωρισμό των μεταβλητών σε συνεχείς και μη συνεχείς, οι παραπάνω μεταβλητές εξετάστηκαν για το κατά πόσο είναι στατιστικά σημαντικές. Στόχος των αναλύσεων ήταν ο έλεγχος εξάρτησης της κύριας μεταβλητής, που είναι ο τύπος των παιδιών του δείγματος, με όλες τις άλλες μεταβλητές εκτός της ηλικίας και του φύλου, καθώς τα χαρακτηριστικά αυτά είναι το ίδιο κατανομημένα και στις δύο ομάδες των παιδιών.

1) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για την παρακολούθηση θεραπευτικών συνεδριών, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής της παρακολούθησης θεραπευτικών συνεδριών με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 8 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.000 < 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε την  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

**Πίνακας 8:**

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20,000 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	16,806	1	,000		
Likelihood Ratio	25,369	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,333	1	,000		
N of Valid Cases	30				

2) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τις διαταραχές ομιλίας, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής της ομιλίας με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 9 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.000 < 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε της  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.



### Πίνακας 9:

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)	Fisher's Exact Test (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,030 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	16,836	1	,000		
Likelihood Ratio	25,389	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,333	1	,000		
N of Valid Cases	30				

3) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για το στοματοκινητικό μηχανισμό, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής του στοματοκινητικού μηχανισμού με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 10 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.000 < 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε της  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

### Πίνακας 10:

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Fisher's Exact Test (2-sided)	Fisher's Exact Test (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,030 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	16,836	1	,000		
Likelihood Ratio	25,389	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,333	1	,000		
N of Valid Cases	30				

4) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τον θηλασμό, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής θηλασμού με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 11 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.427 > 0.05$  και συνεπώς, δεχόμαστε της  $H_0$  και απορρίπτουμε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

### Πίνακας 11:

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,429 <sup>a</sup>	1	,232		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,635	1	,426		
Likelihood Ratio	1,449	1	,229		
Fisher's Exact Test				,427	,213
Linear-by-Linear Association	1,381	1	,240		
N of Valid Cases	30				

5) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τα προβλήματα κήσης/τοκετού, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής της προβλήματα κήσης/τοκετού με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 12 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.483 > 0.05$  και συνεπώς, δεχόμαστε την  $H_0$  και απορρίπτουμε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

### Πίνακας 12:

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,143 <sup>a</sup>	1	,143		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,536	1	,464		
Likelihood Ratio	2,916	1	,088		
Fisher's Exact Test				,483	,241
Linear-by-Linear Association	2,071	1	,150		
N of Valid Cases	30				

6) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τους διαιτητικούς περιορισμούς, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής των διαιτητικών περιορισμών με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 13 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.017 < 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε της  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

### Πίνακας 13:

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,130 <sup>a</sup>	1	,008		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,208	1	,022		
Likelihood Ratio	9,834	1	,002		
Fisher's Exact Test:				,017	,008
Linear-by-Linear Association	7,290	1	,007		
N of Valid Cases	30				

7) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τη γλωσσική ανάπτυξη, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής γλωσσικής ανάπτυξης με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 14 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.000 < 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε της  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

### Πίνακας 14:

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30,000 <sup>a</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	26,133	1	,000		
Likelihood Ratio	41,589	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	29,000	1	,000		
N of Valid Cases	30				

8) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τις δυσκολίες σίτισης και κατάποσης, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής των δυσκολιών σίτισης και κατάποσης με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Όμως, στον Πίνακα 15 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher δεν αναφέρεται, καθώς δεν μπορεί να υπολογιστεί λόγω του ότι η μεταβλητή των δυσκολιών σίτισης και κατάποσης προκύπτει ως σταθερά.

**Πίνακας 15:**

Chi-Square Tests	
	Value
Pearson Chi-Square	. <sup>a</sup>
N of Valid Cases	60

9) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τα συμπεριφορικά προβλήματα κατά τη σίτιση, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής των συμπεριφορικών προβλημάτων κατά τη σίτιση με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 16 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.000 < 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε της  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

**Πίνακας 16:**

Chi-Square Tests					
	alue	f	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,261 <sup>a</sup>		,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,745		,000		
Likelihood Ratio	3,737		,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by- Linear Association	7,957		,000		
N of Valid Cases	0				

10) Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τις γαστρεντερικές διαταραχές, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής των γαστρεντερικών διαταραχών με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 17 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $.229 > 0.05$  και συνεπώς, απορρίπτουμε την  $H_1$  και δεχόμαστε την  $H_0$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές δεν είναι εξαρτημένες.

**Πίνακας 17:**

**Chi-Square Tests**

	V alue	df	Asympt otic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2, 219 <sup>a</sup>	1	,136		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,5 92	1	,441		
Likelihood Ratio	2, 990	1	,084		
Fisher's Exact Test				,229	,229
Linear-by-Linear Association	2, 181	1	,140		
N of Valid Cases	5 8				

**11)** Σύμφωνα με τις απαντήσεις για το **οικογενειακό ιστορικό**, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής του οικογενειακού ιστορικού με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται, το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον Πίνακα 18 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $.007 > 0.05$  και συνεπώς απορρίπτουμε την  $H_1$  και δεχόμαστε την  $H_0$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές δεν είναι εξαρτημένες.

**Πίνακας 18:**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,442 <sup>a</sup>	1	,004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,769	1	,016		
Likelihood Ratio	10,298	1	,001		
Fisher's Exact Test				,007	,007
Linear-by-Linear Association	8,117	1	,004		
N of Valid Cases	26				

**12)** Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τα **προβλήματα υγείας κατά την ανάπτυξη**, τίθενται οι εξής δύο υποθέσεις:

- $H_0$ = δεν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών
- $H_1$ = υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών

Για να εξεταστεί η εξάρτηση της μεταβλητής των προβλημάτων υγείας κατά την ανάπτυξη με τον τύπο του κάθε παιδιού χρησιμοποιείται το fisher's exact test με  $\alpha=0.05$ . Αν οι τιμές του πίνακα είναι μικρότερες του 0.05 στο κριτήριο του Fischer, τότε απορρίπτουμε την  $H_0$  και άρα υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήσαμε. Στον πίνακα 19 βλέπουμε ότι το κριτήριο του Fisher είναι  $0.002 < 0.05$  και συνεπώς απορρίπτουμε της  $H_0$  και δεχόμαστε την  $H_1$ , ότι οι δύο αυτές μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

**Πίνακας 19:**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,669 <sup>a</sup>	1	,001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	9,334	1	,002		
Likelihood Ratio	10,448	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,002
Linear-by-Linear Association	11,474	1	,001		

### 3.5. Γενική ανάλυση αποτελεσμάτων ερωτηματολογίου και πειράματος

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από έναν πίνακα με 39 ερωτήσεις (μεταβλητές) όπου κάθε ερώτηση μπορεί να λάβει τρεις πιθανές απαντήσεις. Οι ερευνητές συμπληρώνουν τον ίδιο πίνακα μετά από την πειραματική διαδικασία με το δίσκο τροφών. Οι πιθανές απαντήσεις σε κάθε μία από αυτές τις απαντήσεις είναι «Ναι», «Όχι» και «Δεν Έχει Εξακριβωθεί (N/A)» και σημειώνονται οι δεξιότητες που δεν παρατηρήθηκαν. Παρακάτω θα αναλυθούν ποιοτικά οι 39 ερωτήσεις με τα ευρήματά τους με πίνακες.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Για την ερώτηση «*Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	80%	80%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	20%	20%	-	-
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους. Τόσο παιδιά με αυτισμό, όσο και παιδιά τυπικής ανάπτυξης αντανακλούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Υπάρχει μία μικρή απόκλιση στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και τον κλινικό, σε σχέση με τις απαντήσεις των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης και τον κλινικό αντίστοιχα. Ωστόσο, δεν πρόκειται για μεγάλη απόκλιση. Οι γονείς παιδιών με αυτισμό συμφωνούν με τον κλινικό απόλυτα.

2. Για την ερώτηση «*Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	6.7%	-	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	93.3%	86.7%	100%	100%
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους. Τόσο τα παιδιά με αυτισμό, όσο και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης δεν αντανακλούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Υπάρχει μια μικρή απόκλιση στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και του κλινικού σε σχέση με τις άλλες απαντήσεις, ωστόσο, δεν πρόκειται για μεγάλη απόκλιση. Βέβαια, φαίνεται ότι συμφωνούν οι γονείς και οι κλινικοί και στις δύο περιπτώσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κλινικοί στην περίπτωση των παιδιών με αυτισμό κατά 13,3% δηλώνουν ότι δεν έχουν παρατηρήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

3. Για την ερώτηση «*Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	20%	-	6,7%	-
<b>ΟΧΙ</b>	80%	86.7%	93.3%	100%
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους. Τόσο τα παιδιά με αυτισμό όσο και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης δεν αντανακλούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Υπάρχει μία μικρή απόκλιση στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και του κλινικού, σε σχέση με τις άλλες απαντήσεις, ωστόσο, δεν πρόκειται για μεγάλη απόκλιση. Βέβαια, φαίνεται ότι συμφωνούν οι γονείς και οι κλινικοί και στις δύο περιπτώσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κλινικοί στην περίπτωση των παιδιών με αυτισμό κατά 13,3% δηλώνουν ότι δεν έχουν παρατηρήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

4. Για την ερώτηση «*Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	93.3%	73.3%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	6.7%	20%	-	-
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις τους. Τόσο τα παιδιά με αυτισμό όσο και τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης αντανακλούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Υπάρχει μία μικρή απόκλιση στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και του κλινικού, σε σχέση με τις άλλες απαντήσεις, ωστόσο, δεν πρόκειται για μεγάλη απόκλιση. Βέβαια, φαίνεται ότι συμφωνούν οι γονείς και οι κλινικοί και στις δύο περιπτώσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κλινικοί στην περίπτωση των παιδιών με αυτισμό κατά 6.7% δηλώνουν ότι δεν έχουν παρατηρήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

5. Για την ερώτηση «*Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	53.3%	6.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	40%	73.3%	-	-
<b>N/A</b>	6,7%	20%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συμπεριφορά αυτή εντοπίζεται από



ορισμένους γονείς παιδιών με αυτισμό, ενώ από κάποιους άλλους γονείς παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζεται. Μάλιστα, ένα μικρό ποσοστό φαίνεται να μην έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξη αυτής της συμπεριφοράς. Ο κλινικός, ωστόσο, δεν εντοπίζει ξεκάθαρα τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα ποσοστό να αναφέρει ότι δεν την έχει παρατηρήσει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός εντοπίζουν πιο ξεκάθαρα την συγκεκριμένη συμπεριφορά.

6. Για την ερώτηση «*Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	60%	20%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	40%	66.7%	-	-
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συμπεριφορά αυτή εντοπίζεται από ορισμένους γονείς παιδιών με αυτισμό, ενώ από κάποιους άλλους γονείς παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζεται. Ο κλινικός, ωστόσο, δεν εντοπίζει ξεκάθαρα τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα ικανοποιητικό ποσοστό να αναφέρει ότι δεν την έχει εξακριβώσει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και οι κλινικοί παρατηρούν την συγκεκριμένη συμπεριφορά.

7. Για την ερώτηση «*Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	100%	53.3%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	-	40%	-	-
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συμπεριφορά αυτή εντοπίζεται κατά τους γονείς παιδιών με αυτισμό, μία άποψη με την οποία συμφωνεί και ο κλινικός ως επί το πλείστον. Βέβαια, ένα μέρος αναφέρει ότι δεν υπάρχει η συμπεριφορά και ένα μικρότερο μέρος ότι δεν έχει εξακριβωθεί. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συμπεριφορά.

8. Για την ερώτηση «*Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	93.3%	53.3%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	6.7%	33.3%	-	-

N/A	-	13.3%	-	-
-----	---	-------	---	---

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συμπεριφορά αυτή εντοπίζεται από ορισμένους γονείς παιδιών με αυτισμό, ενώ ελάχιστοι είναι οι γονείς παιδιών με αυτισμό που δεν την εντοπίζουν. Ο κλινικός εντοπίζει την συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει και με ακόμη μικρότερο ποσοστό να μην έχει καταφέρει να την εξακριβώσει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συμπεριφορά.

9. Για την ερώτηση «Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	6,7%	26.7%	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	86,7%	66.7%	100%	100%
<b>N/A</b>	6,7%	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συμπεριφορά αυτή δεν εντοπίζεται από την πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό, ενώ ελάχιστοι είναι οι γονείς παιδιών με αυτισμό που την εντοπίζουν ή δεν έχουν καταφέρει να εξακριβώσουν αν υπάρχει. Ομοίως και ο κλινικός. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

10. Για την ερώτηση «Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	6.7%	-	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	93.3%	80%	100%	100%
<b>N/A</b>	-	20%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η συμπεριφορά αυτή δεν εντοπίζεται από την πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό, ενώ ελάχιστοι είναι οι γονείς παιδιών με αυτισμό που την εντοπίζουν. Ομοίως, ο κλινικός δεν εντοπίζει τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να υποδηλώνει ότι δεν έχει εξακριβώσει αν υπάρχει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**11.** Για την ερώτηση «*Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	33.3%	53.3%	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	66.7%	13.3%	100%	100%
<b>N/A</b>	-	33.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι ορισμένοι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν και άλλοι δεν εντοπίζουν αυτή τη συμπεριφορά, οι δεύτεροι είναι και η πλειοψηφία. Ο κλινικός έχει εξακριβώσει τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, ενώ μικρότερα ποσοστά δεν την εντοπίζουν ή δεν μπορούν να εξακριβώσουν αν υπάρχει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**12.** Για την ερώτηση «*Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	86.7%	46,7%	6.7%	6,7%
<b>ΟΧΙ</b>	6.7%	20%	93.3%	93,3%
<b>N/A</b>	6.7%	33.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με μικρότερο ποσοστό γονέων να μην την εντοπίζουν. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό γονέων παιδιών με αυτισμό αναφέρουν ότι δεν έχουν καταφέρει να εξακριβώσουν την ύπαρξη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Ο κλινικός εντοπίζει τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, ωστόσο, φαίνεται να υπάρχει ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων, όπου δεν εντοπίζεται κατά τον κλινικό ή δεν μπορεί να εξακριβωθεί. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να αναφέρει ότι υπάρχει.

**13.** Για την ερώτηση «*Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	100%	46.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	-	40%	-	-

N/A	-	13.3%	-	-
-----	---	-------	---	---

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όλοι οι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή. Ο κλινικός παρατήρησε ότι υπάρχουν τόσο παιδιά στα οποία εμφανίζεται η συγκεκριμένη συμπεριφορά όσο και παιδιά στα οποία δεν εμφανίζεται σε παρόμοια ποσοστά, ενώ ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό δείχνει ότι δεν μπόρεσε να την εξακριβώσει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**14.** Για την ερώτηση «*Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	20%	13.3%	-	6,7%
<b>ΟΧΙ</b>	73.3%	60%	100%	93,3%
<b>N/A</b>	6,7%	26.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό να μην έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός δεν εντοπίζει την συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με δύο μικρότερα ποσοστά να την εντοπίζουν ή να αναφέρουν ότι δεν έχουν καταφέρει να την εξακριβώσουν. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με μικρότερο ποσοστό του κλινικού να αναφέρει ότι υπάρχει.

**15.** Για την ερώτηση «*Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	73.3%	46.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	20%	46.7%	-	-
<b>N/A</b>	6.7%	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό να μην έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός φαίνεται να μοιράζεται μεταξύ των απαντήσεων ΝΑΙ και ΟΧΙ, με ένα μικρό ποσοστό να δηλώνει ότι δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξη της συμπεριφοράς αυτής. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

16. Για την ερώτηση «*Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	13.3%	-	6.7%	-
<b>ΟΧΙ</b>	86.7%	6.7%	93.3%	-
<b>N/A</b>	-	93.3%	-	100%

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει. Ο κλινικός δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να αναφέρει ότι δεν την εντοπίζει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης φαίνεται να μην την εντοπίζουν, με ένα πολύ μικρό ποσοστό γονέων να την εντοπίζει. Ο κλινικός δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει αν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

17. Για την ερώτηση «*Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	6.7%	93,3%	93.3%	-
<b>ΟΧΙ</b>	-	6,7%	6,7%	-
<b>N/A</b>	93.3%	-	-	100%

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή σε ένα πολύ μικρό ποσοστό, με την πλειοψηφία τους να μην έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός εντοπίζει την συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να δηλώνει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί και να μην εντοπίζεται. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης φαίνεται να την εντοπίζουν, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει αν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

18. Για την ερώτηση «*Το παιδί μπορεί να πιει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	33.3%	13.3%	6.7%	6,7%
<b>ΟΧΙ</b>	66.7%	86.7%	93,3%	93,3%
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με

αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει. Ο κλινικός δεν εντοπίζει εξίσου την συγκεκριμένη συμπεριφορά στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρό ποσοστό να δηλώνει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί και να εντοπίζεται. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να αναφέρει ότι εντοπίζεται.

**19.** Για την ερώτηση «*Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	86.7 %	73.3%	100%	93,3%
<b>ΟΧΙ</b>	13.3%	26.7%	-	6,7%
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός εντοπίζει εξίσου τη συγκεκριμένη συμπεριφορά στα παιδιά με αυτισμό. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό του κλινικού να αναφέρει ότι δεν την εντοπίζει.

**20.** Για την ερώτηση «*Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	-	20%	-	6,7%
<b>ΟΧΙ</b>	100%	80%	100%	93,3%
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όλοι οι γονείς παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή. Ο κλινικός δεν την εντοπίζει εξίσου στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό του κλινικού να αναφέρει ότι εντοπίζεται.

**21.** Για την ερώτηση «*Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	100%	80%	93.3%	93,3%
<b>ΟΧΙ</b>	-	20%	6.7%	6,7%
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όλοι οι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή. Ο κλινικός, εξίσου, την εντοπίζει στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρό ποσοστό να υποδηλώνει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις δεν την εντοπίζει. Ομοίως, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός φαίνεται στην πλειοψηφία τους να εντοπίζουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να αναφέρει ότι δεν την εντοπίζει.

**22.** Για την ερώτηση «*Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	6.7%	20%	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	93.3%	80%	100%	100%
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να την εντοπίζει. Ομοίως, ο κλινικός φαίνεται να μην εντοπίζει την συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να αναφέρει ότι την εντοπίζει. Παράλληλα, και οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**23.** Για την ερώτηση «*Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	93.3%	66.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	6.7%	20%	-	-
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός, εξίσου, εντοπίζει την συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει ή να μην έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**24.** Για την ερώτηση «*Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με</b>	<b>Γονείς Παιδιών</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών</b>
--	--------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------

	<b>Αυτισμό</b>	<b>Αυτισμού</b>	<b>Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	80%	40%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	13.3%	33.3%	-	-
<b>N/A</b>	6,7%	26.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά, με ένα μικρό ποσοστό να μην την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο να μην έχει εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός εντοπίζει τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να αναφέρει ότι δεν την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό να αναφέρει ότι δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**25.** Για την ερώτηση «*Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	86,7%	66.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	13,3%	13.3%	-	-
<b>N/A</b>	-	20%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό και ο κλινικός εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός, βέβαια, με ένα μικρό ποσοστό αναφέρει ότι δεν μπορεί να εξακριβώσει τη συμπεριφορά αυτή. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**26.** Για την ερώτηση «*Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	73.3%	46.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	20%	26.7%	-	-
<b>N/A</b>	6,7%	26.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό να αναφέρει ότι δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός εντοπίζει τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, ενώ φαίνεται να μοιράζεται ισόποσα το ποσοστό μεταξύ των απαντήσεων ΟΧΙ και



N/A, δηλαδή ότι δεν εντοπίζεται και ότι δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα. Οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

27. Για την ερώτηση «*Του αρέσει να τρώει μόνο του*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	86,7%	80%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	13,3%	13.3%	-	-
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό και ο κλινικός εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός με ένα πολύ μικρό ποσοστό αναφέρει ότι δεν έχει εξακριβώσει την ύπαρξή της. Οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

28. Για την ερώτηση «*Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	40%	40%	-	6,7%
<b>ΟΧΙ</b>	60%	53.3%	100%	93,3%
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό και ο κλινικός μοιράζονται σε αυτούς που εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή και σε αυτούς που δεν την εντοπίζουν. Ο κλινικός με ένα πολύ μικρό ποσοστό αναφέρει ότι δεν έχει εξακριβώσει την ύπαρξή της. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό του κλινικού να αναφέρει ότι υπάρχει.

29. Για την ερώτηση «*Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	6,7%	6.7%	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	93,3%	86.7%	100%	100%
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με

αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να την εντοπίζει. Ο κλινικός δεν εντοπίζει τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό, με δύο πολύ μικρά ποσοστά να δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει σε κάποιες περιπτώσεις η συμπεριφορά αυτή ή μπορεί να μην μπορεί να εξακριβωθεί. Οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**30.** Για την ερώτηση «*Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	26.7%	46.7%	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	73.3%	46.7%	100%	100%
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει. Ο κλινικός μοιράζεται ισόποσα, εντοπίζοντας και μη εντοπίζοντάς την, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην μπορεί να εξακριβώσει αν υπάρχει. Οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**31.** Για την ερώτηση «*Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	53.3%	40%	13.3%	13,3%
<b>ΟΧΙ</b>	46.7%	46.7%	86.7%	86,7%
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό και ο κλινικός μοιράζονται σε αυτούς που εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, και σε αυτούς που δεν την εντοπίζουν. Ο κλινικός, μάλιστα, παρουσιάζει και ένα μικρό ποσοστό που δείχνει ότι δεν έχει εξακριβώσει την ύπαρξη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με μικρότερα ποσοστά να δείχνουν ότι υπάρχει.

**32.** Για την ερώτηση «*Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	40%	40	-	-
<b>ΟΧΙ</b>	53.3%	53.3%	100%	100%

N/A	6,7%	6.7%	-	-
-----	------	------	---	---

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό και ο κλινικός μοιράζονται σε αυτούς που εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή και σε αυτούς που δεν την εντοπίζουν, ενώ υπάρχει ένα πολύ μικρό ποσοστό που δεν έχουν εξακριβώσει την ύπαρξή της. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**33.** Για την ερώτηση «*Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	66,7%	46.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	26,7%	53.3%	-	-
<b>N/A</b>	6,7%	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό γονέων να αναφέρει ότι δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός μοιράζεται υποδηλώνοντας ότι την εντοπίζει και ότι δεν την εντοπίζει την συμπεριφορά αυτή στα παιδιά με αυτισμό. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**34.** Για την ερώτηση «*Χρησιμοποιεί μαχαίρι*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	33,3%	-	80%	20%
<b>ΟΧΙ</b>	60%	-	20%	-
<b>N/A</b>	6.7%	100%	-	80%

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή στα παιδιά τους, με μικρότερο ποσοστό να αναφέρει ότι την εντοπίζει και με ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό να αναφέρει ότι δεν έχει καταφέρει να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Ο κλινικός παιδιών με αυτισμό δεν έχει εξακριβώσει την ύπαρξη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Από την άλλη, στην πλειοψηφία τους οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης αναφέρουν ότι την εντοπίζουν, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός παιδιών τυπικής ανάπτυξης φαίνεται να μην μπορεί να εξακριβώσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει.

35. Για την ερώτηση «Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	80%	13.3%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	20%	86.7%	-	-
<b>N/A</b>	-	-	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ορισμένες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι περισσότεροι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός δεν την εντοπίζει, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

36. Για την ερώτηση «Το παιδί πίνει υγρά (π.χ. νερό) χωρίς κάποια δυσκολία», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	93.3%	93.3%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	6.7%	-	-	-
<b>N/A</b>	-	6.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ελάχιστες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όλοι οι γονείς παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός, εξίσου, εντοπίζει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά στα παιδιά με αυτισμό, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην μπορεί να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

37. Για την ερώτηση «Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
<b>ΝΑΙ</b>	93.3%	66.7%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	6.7%	6.7%	-	-
<b>N/A</b>	-	26.7%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ελάχιστες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός, εξίσου, εντοπίζει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην μπορεί να εξακριβώσει την ύπαρξή της και ένα ακόμη μικρότερο

να μην την εντοπίζει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**38.** Για την ερώτηση «*Το παιδί τρώει στερεές τροφές (π.χ. μήλο) χωρίς κάποια δυσκολία*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	93,3%	80%	100%	100%
<b>ΟΧΙ</b>	6,7%	6.7%	-	-
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ελάχιστες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γονέων παιδιών με αυτισμό εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να μην την εντοπίζει. Ο κλινικός, εξίσου, εντοπίζει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να μην μπορεί να εξακριβώσει την ύπαρξή της και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό να μην την εντοπίζει. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά.

**39.** Για την ερώτηση «*Το παιδί καταναλώνει μικρότερες ποσότητες φαγητού σε κάθε μπουκιά από το φυσιολογικό*», η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

	<b>Γονείς Παιδιών με Αυτισμό</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού</b>	<b>Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>	<b>Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης</b>
<b>ΝΑΙ</b>	33,3%	26,7%	6.7%	-
<b>ΟΧΙ</b>	66,7%	60%	93.3%	100%
<b>N/A</b>	-	13.3%	-	-

Βάσει, λοιπόν, των απαντήσεων των συμμετεχόντων προκύπτουν ελάχιστες διαφοροποιήσεις ως προς τις απαντήσεις. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γονείς παιδιών με αυτισμό δεν εντοπίζουν τη συμπεριφορά αυτή, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει. Ο κλινικός, εξίσου, δεν εντοπίζει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά στα παιδιά με αυτισμό, με ένα μικρότερο ποσοστό να την εντοπίζει και ένα ακόμη μικρότερο να μην μπορεί να εξακριβώσει την ύπαρξή της. Από την άλλη, οι γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και ο κλινικός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει η συγκεκριμένη συμπεριφορά, με ένα πολύ μικρό ποσοστό των γονέων να την εντοπίζει.

Μετά από τον έλεγχο πιθανοτήτων που πραγματοποιήθηκε, συνοψίζονται στον Πίνακα 21 οι στατιστικώς σημαντικές ερωτήσεις του *Πίνακα Δεξιότητων Αυτόνομης Σίτισης*. Με μαύρο πλαίσιο, τονίζεται που εμφανίστηκε η στατιστικώς σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των δύο ομάδων. Με μία πρώτη ματιά, αναδύεται ότι υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων στις εξής 20 ερωτήσεις:

**Πίνακας 21:** Σύνοψη Στατιστικών Σημαντικές Ερωτήσεις του Πίνακα

Στατιστικός Σημαντικές Ερωτήσεις		Απαντήσεις Γονέων		Απαντήσεις Κλινικού	
		Γονείς Παιδιών με Αυτισμό	Κλινικοί Παιδιών με Αυτισμού	Γονείς Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης	Κλινικοί Παιδιών Τυπικής Ανάπτυξης
«Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα» (E5)	Ναι	<b>53.3%</b>	6.7%	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	Όχι	<b>40%</b>	<b>73.3%</b>	-	-
	N/A	6,7%	20%	-	-
«Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα» (E6)	Ναι	<b>60%</b>	<b>20%</b>	100%	100%
	Όχι	40%	66.7%	-	-
	N/A	-	13.3%	-	-
«Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος» (E7)	Ναι	100%	<b>53.3%</b>	100%	100%
	Όχι	-	<b>40%</b>	-	-
	N/A	-	6.7%	-	-
«Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος» (E8)	Ναι	93.3%	<b>53.3%</b>	100%	100%
	Όχι	6.7%	<b>33.3%</b>	-	-
	N/A	-	<b>13.3%</b>	-	-
«Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι» (E11)	Ναι	33.3%	<b>53.3%</b>	-	-
	Όχι	66.7%	<b>13.3%</b>	100%	100%
	N/A	-	<b>33.3%</b>	-	-
«Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής» (E12)	Ναι	<b>86.7%</b>	<b>46,7%</b>	6.7%	6,7%
	Όχι	<b>6.7%</b>	<b>20%</b>	93.3%	93,3%
	N/A	<b>6.7%</b>	<b>33.3%</b>	-	-
«Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια» (E13)	Ναι	100%	<b>46.7%</b>	100%	100%
	Όχι	-	<b>40%</b>	-	-

	N/A	-	<b>13.3%</b>	-	-
«Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια» (E15)	Ναι	73.3%	<b>46.7%</b>	100%	100%
	Όχι	20%	<b>46.7%</b>	-	-
	N/A	6.7%	<b>6.7%</b>	-	-
«Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος» (E16)	Ναι	13.3%	-	6.7%	-
	Όχι	86.7%	6.7%	93.3%	-
	N/A	-	93.3%	-	100%
«Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του»(E17)	Ναι	6.7%	93,3%	93.3%	-
	Όχι	-	6,7%	6,7%	-
	N/A	93.3%	-	-	100%
«Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι» (E24)	Ναι	80%	<b>40%</b>	100%	100%
	Όχι	13.3%	<b>33.3%</b>	-	-
	N/A	6,7%	<b>26.7%</b>	-	-
«Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι» (E26)	Ναι	73.3%	<b>46.7%</b>	100%	100%
	Όχι	20%	<b>26.7%</b>	-	-
	N/A	6,7%	<b>26.7%</b>	-	-
«Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του»(E28)	Ναι	40%	40%	-	6,7%
	Όχι	60%	<b>53.3%</b>	100%	93,3%
	N/A	-	6.7%	-	-
«Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με	Ναι	26.7%	<b>46.7%</b>	-	-

κουτάλι/πιρούνι»(E30)	Όχι	73.3%	<b>46.7%</b>	100%	100%
	N/A	-	6.7%	-	-
«Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια» (E31)	Ναι	<b>53.3%</b>	<b>40%</b>	13.3%	13,3%
	Όχι	<b>46.7%</b>	<b>46.7%</b>	86.7%	86,7%
	N/A	-	13.3%	-	-
«Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής» (E32)	Ναι	<b>40%</b>	<b>40</b>	-	-
	Όχι	<b>53.3%</b>	<b>53.3%</b>	100%	100%
	N/A	6,7%	6.7%	-	-
«Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας» (E33)	Ναι	66,7%	<b>46.7%</b>	100%	100%
	Όχι	26,7%	<b>53.3%</b>	-	-
	N/A	6,7%	-	-	-
«Χρησιμοποιεί μαχαίρι» (E34)	Ναι	33,3%	-	80%	20%
	Όχι	60%	-	20%	-
	N/A	6.7%	100%	-	80%
«Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του» (E35)	Ναι	80%	13.3%	100%	100%
	Όχι	20%	<b>86.7%</b>	-	-
	N/A	-	-	-	-
«Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία»(E37)	Ναι	93.3%	<b>66.7%</b>	100%	100%
	Όχι	6.7%	6.7%	-	-
	N/A	-	26.7%	-	-

Πιο αναλυτικά, όσο αναφορά την ερώτηση, αν το παιδί επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα (E5), προκύπτει μία στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των γονέων παιδιών με αυτισμό και του κλινικού παιδιών με αυτισμό και των γονέων τυπικής ανάπτυξης με των γονέων παιδιών με αυτισμό. Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρουσιάζεται, επίσης, μεταξύ των κλινικών παιδιών με αυτισμό και των κλινικών παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Στην ερώτηση αν το παιδί επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα (E6), αναδύεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς παιδιών με αυτισμό και του κλινικού παιδιών με αυτισμό, μεταξύ των γονέων και των δύο ομάδων και των κλινικών και των δύο ομάδων. Στην αμέσως επόμενη ερώτηση, αν το παιδί αφαιρεί



αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος (E7), φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς παιδιών με αυτισμό και του κλινικού των παιδιών με αυτισμό και μεταξύ των κλινικών και των δύο ομάδων. Στην ερώτηση αν το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος (E8), αναδύεται ότι στατιστικώς σημαντική διαφορά υπάρχει στις απαντήσεις του κλινικού παιδιών με αυτισμό και του κλινικού τυπικής ανάπτυξης, αλλά και των γονέων και κλινικών αυτισμού.

Επίσης, στην ερώτηση αν το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι (E11), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στους γονείς παιδιών με αυτισμό και τον κλινικό παιδιών με αυτισμό, αλλά και στις απαντήσεις των γονέων και των κλινικών και των δύο ομάδων. Στην αμέσως επόμενη ερώτηση, αν το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής (E12), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς παιδιών με αυτισμό, τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης και των κλινικών. Επίσης, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και μεταξύ των γονέων παιδιών με αυτισμό και του κλινικού παιδιών με αυτισμό. Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά και στην επόμενη ερώτηση, αν το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια (E13), ανάμεσα στον κλινικό παιδιών με αυτισμό και των γονέων παιδιών με αυτισμό, αλλά και μεταξύ κλινικού παιδιών τυπικής ανάπτυξης και κλινικού παιδιών με αυτισμό. Ομοίως και με την ερώτηση (E15), αν το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια. Ακόμη, στην ερώτηση αν το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος (E16), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς και τους κλινικούς και των δύο ομάδων. Σχετικά με την ερώτηση αν το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του (E17), αναδύεται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, αλλά και ειδικά, μεταξύ των γονέων παιδιών με αυτισμό και του κλινικού και των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης και του κλινικού. Επίσης, παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς και των δύο ομάδων, καθώς και ανάμεσα στους κλινικούς των δύο ομάδων,

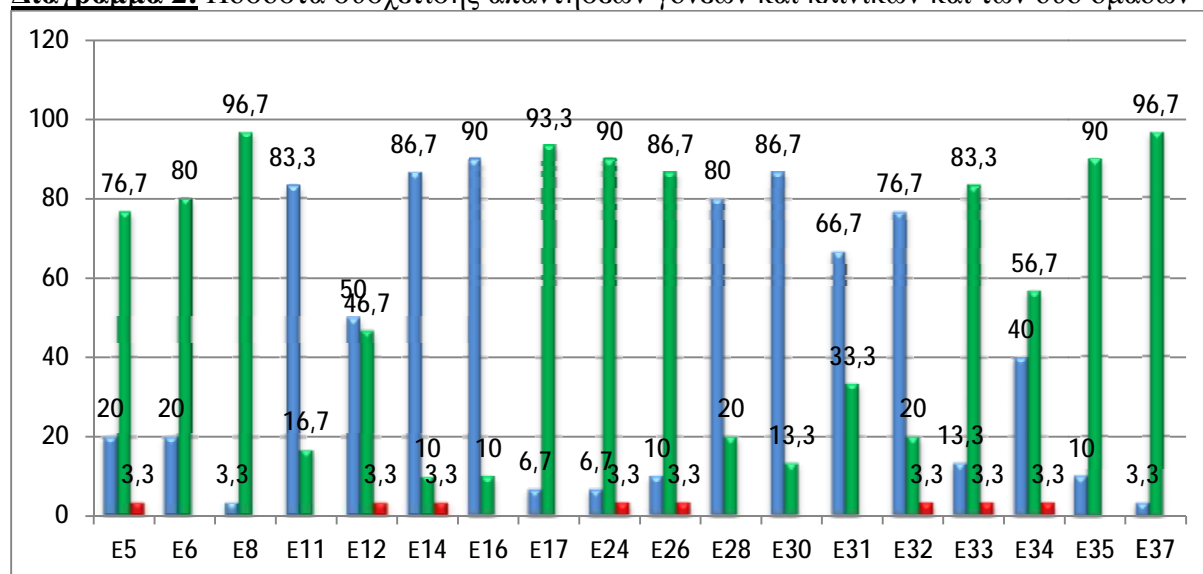
Αναφορικά με την ερώτηση αν το παιδί ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι (E24), και την ερώτηση αν το παιδί ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι (E26), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του κλινικού της πειραματικής ομάδας και των γονέων της πειραματικής ομάδας, καθώς και του κλινικού της πειραματικής ομάδας και του κλινικού της ομάδας ελέγχου. Στην ερώτηση αν το παιδί τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του (E28), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στον κλινικό της πειραματικής ομάδας και όλης της ομάδας ελέγχου, καθώς και μεταξύ των γονέων και των δύο ομάδων. Στην ερώτηση αν το παιδί τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι (E30), αναδύεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους κλινικούς και των δύο ομάδων. Όσο αναφορά την ερώτηση αν το παιδί τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια (E31), και την ερώτηση αν το παιδί τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής (E32), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της πειραματικής ομάδας (γονείς και κλινικοί) και της ομάδας ελέγχου (γονείς και κλινικοί).

Στην αμέσως επόμενη ερώτηση αν το παιδί τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας (E33), αναδύεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στον κλινικό της πειραματικής ομάδας και τον κλινικό της ομάδας ελέγχου, καθώς και στους γονείς παιδιών με αυτισμό και των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης. Επίσης, στην

ερώτηση αν το παιδί χρησιμοποιεί μαχαίρι (E34), εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στους γονείς και τους κλινικούς παιδιών με αυτισμό και ανάμεσα στους γονείς και δύο ομάδων. Στην ερώτηση αν το παιδί χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του (E35), εντοπίζεται, εξίσου, στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων και του κλινικού της πειραματικής ομάδας και του κλινικού της πειραματικής ομάδας με τον κλινικό της ομάδας ελέγχου. Τέλος, στην ερώτηση αν το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία (E37), υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του κλινικού παιδιών με αυτισμό και του κλινικού της ομάδας ελέγχου.

Στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται τα ποσοστά συσχέτισης των απαντήσεων των γονέων με τις απαντήσεις των κλινικών και των δύο ομάδων. Ο οριζόντιος άξονας παρουσιάζει τις στατιστικώς σημαντικές ερωτήσεις από τις 39 ερωτήσεις του *Πίνακα Δεξιότητων Αυτόνομης Σίτισης*, οι οποίες φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 22. Ο κάθετος άξονας παρουσιάζει τα ποσοστά συσχέτισης των στατιστικώς σημαντικά ερωτήσεων, με την πρώτη στήλη να δηλώνει το ποσοστό συσχέτισης των OXI, η δεύτερη των ΝΑΙ και η τρίτη των N/A. Από αυτές τις ερωτήσεις, οι ερωτήσεις E7 και E15 παρουσιάζουν 100% συσχέτιση. Σύμφωνα με το διάγραμμα, φαίνεται, λοιπόν, η συσχέτιση των απαντήσεων να μην συμπίπτει απόλυτα, παρά μόνο μεταξύ λίγων ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις των οποίων η συσχέτιση φαίνεται να συγκλίνει με ποσοστά 70-90% είναι οι 15 από τις 18 (E5, E8, E11, E14, E24, E25, E26, E27, E28, E30, E32, E33, E35, E37). Επίσης, οι 3 από τις 18 συγκλίνουν σε ποσοστά 40-60%. Σύγκλιση σε μικρότερα ποσοστά υπάρχουν σχεδόν στην πλειοψηφία των ερωτήσεων.

**Διάγραμμα 2:** Ποσοστά συσχέτισης απαντήσεων γονέων και κλινικών και των δύο ομάδων



**Πίνακας 22:** Ερωτήσεις Ερωτηματολογίου

ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ
E1:Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό.
E2:Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο.
E3:Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει.
E4:Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια.
E5:Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα.

E6:Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα.
E7:Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος.
E8:Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος.
E9:Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί.
E10:Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο.
E11:Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι.
E12:Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής.
E13:Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.
E14:Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει.
E15: Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.
E16: το παιδί μπορεί να πιεί από ποτήρι παιδικό (sippy cup) αλλά του το κρατάει άλλος.
E17:Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του.
E18:Το παιδί μπορεί να πιει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια.
E19:Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του.
E20:Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια.
E21:Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του.
E22:Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει .
E23:Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του.
E24:Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι.
E25:Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια.
E26:Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι το πιρούνι.
E27:Του αρέσει να τρώει μόνο του.
E28:Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του.
E29:Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές.
E30:Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι.
E31:Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια.
E32:Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής.
E33:Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας.
E34:Χρησιμοποιεί μαχαίρι;
E35:Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;
E36:Το παιδί πίνει υγρά (π.χ. νερό) χωρίς κάποια δυσκολία.
E37:Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία.
E38:Το παιδί τρώει στερεές τροφές (π.χ. μήλο) χωρίς κάποια δυσκολία.
E39:Το παιδί καταναλώνει μικρότερες ποσότητες φαγητού σε κάθε μπουκιά από το φυσιολογικό.

Οι παρακάτω αναλύσεις αφορούσαν ερώτηση προς ερώτηση του Πίνακα Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης για το αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό- γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης, κλινικών παιδιών με αυτισμό- γονέων παιδιών με αυτισμό και μεταξύ των κλινικών των δύο ομάδων. Παρακάτω, πραγματοποιείται στατιστικός έλεγχος για να δηλωθεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στο σύνολο ανά ομάδα.

**Πίνακας 23:** Συνολικές απαντήσεις γονέων παιδιών με αυτισμό και γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

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

23.Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του.	14	1	-	15	-	-
24.Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι.	12	2	1	15	-	-
25.Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια.	13	2	-	15	-	-
26.Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι.	11	3	1	15	-	-
27.Του αρέσει να τρώει μόνο του.	13	2	-	15	-	-
28.Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του.	6	9	-	-	15	-
29.Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές.	1	14	-	-	15	-
30.Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι.	4	11	-	-	15	-
31.Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια.	8	7	-	2	13	-
32.Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής.	6	8	1	-	15	-
33. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας.	10	4	1	15	-	-
34.Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	5	9	1	12	3	-
35.Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	12	3	-	15	-	-
36.Το παιδί πίνει υγρά (π.χ. νερό) χωρίς κάποια δυσκολία.	14	1	-	15	-	-
37.Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία.	14	1	-	15	-	-
38.Το παιδί τρώει στερεές τροφές (π.χ. μήλο) χωρίς κάποια δυσκολία.	14	1	-	15	-	-
39.Το παιδί καταναλώνει μικρότερες ποσότητες φαγητού σε κάθε μπουκιά από το φυσιολογικό.	5	10	-	1	14	-

Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

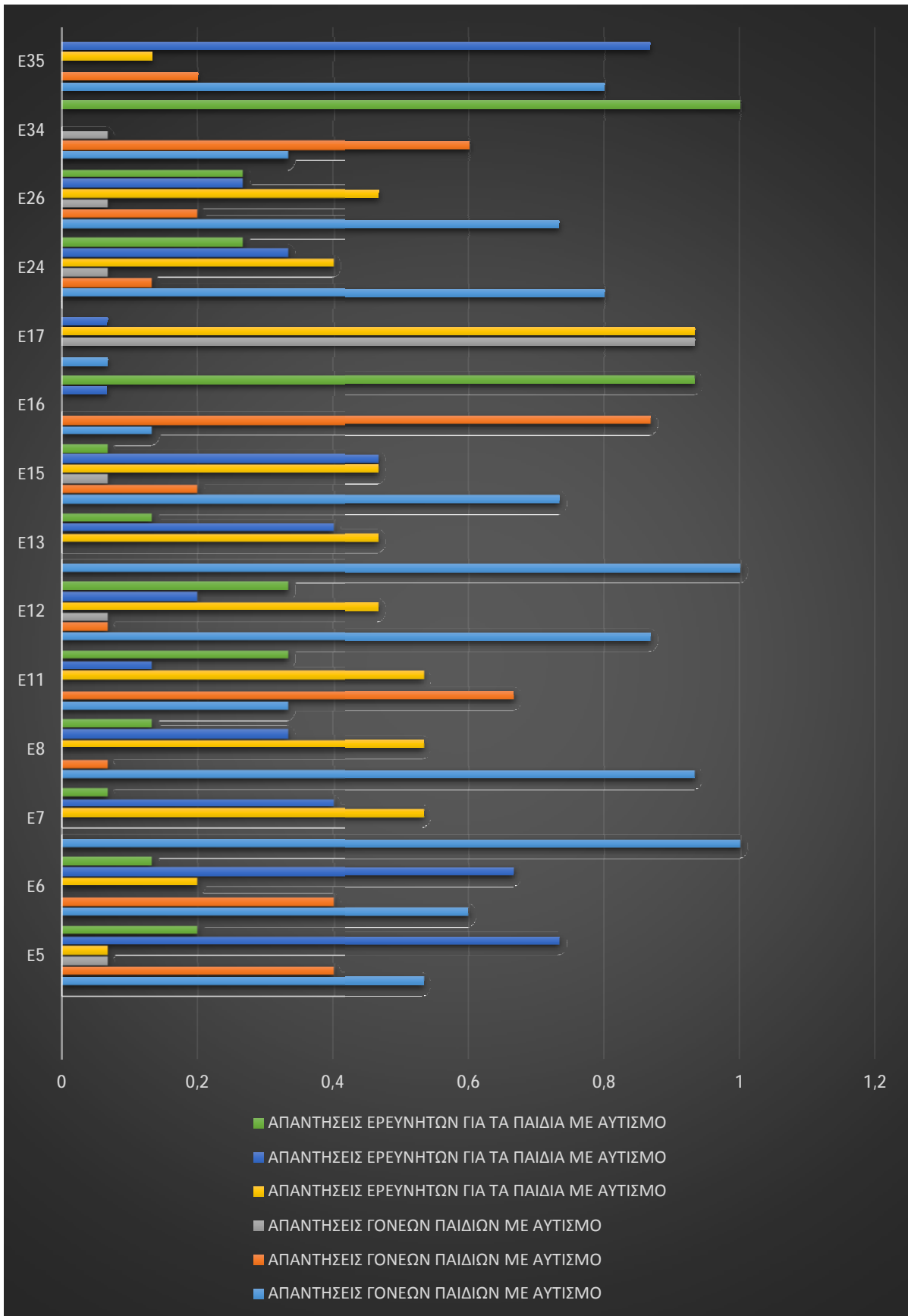
- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0.002 μικρότερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις δεν είναι ίσες). Συνεπώς, προσέχουμε τη γραμμή με τιμή  $t = 1,385$ , βαθμούς ελευθερίας  $df$  (28) και τη στατιστική σημαντικότητα Sig. (2-tailed) που είναι ίση με 0.187.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0.187 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση  $\mu_1 = \mu_2$  σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

**Πίνακας 24:** Έλεγχος t-test για γονείς παιδιών με αυτισμό και γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

		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
sunolo	Equal variances assumed	11,575	,002	1,385	28	,177	1,40684	1,01559	-,67350	3,48717
	Equal variances not assumed			1,385	14,666	,187	1,40684	1,01559	-,76214	3,57582



**Πίνακας 25:** Συνολικές απαντήσεις κλινικών παιδιών με αυτισμό και κλινικών παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

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



ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει.						
23.Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του.	10	3	2	15	-	-
24.Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι.	7	4	4	15	-	-
25.Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με τα χέρια.	10	2	3	15	-	-
26.Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι.	7	4	4	15	-	-
27.Του αρέσει να τρώει μόνο του.	12	2	1	15	-	-
28.Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του.	6	8	1	1	14	-
29.Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές.	1	13	1	-	15	-
30.Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι.	7	7	1	-	15	-
31.Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια.	6	7	2	2	13	-
32.Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής.	6	8	1	-	15	-
33. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας.	7	8	-	15	-	-
34.Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	-	-	15	3	-	12
35.Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	2	13	-	15	-	-
36.Το παιδί πίνει υγρά (π.χ. νερό) χωρίς κάποια δυσκολία.	14	-	1	15	-	-
37.Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία.	10	1	4	15	-	-
38.Το παιδί τρώει στερεές τροφές (π.χ. μήλο) χωρίς κάποια δυσκολία.	12	1	2	15	-	-
39.Το παιδί καταναλώνει μικρότερες ποσότητες φαγητού σε κάθε μπουκιά από το φυσιολογικό.	4	9	2	-	15	-

Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

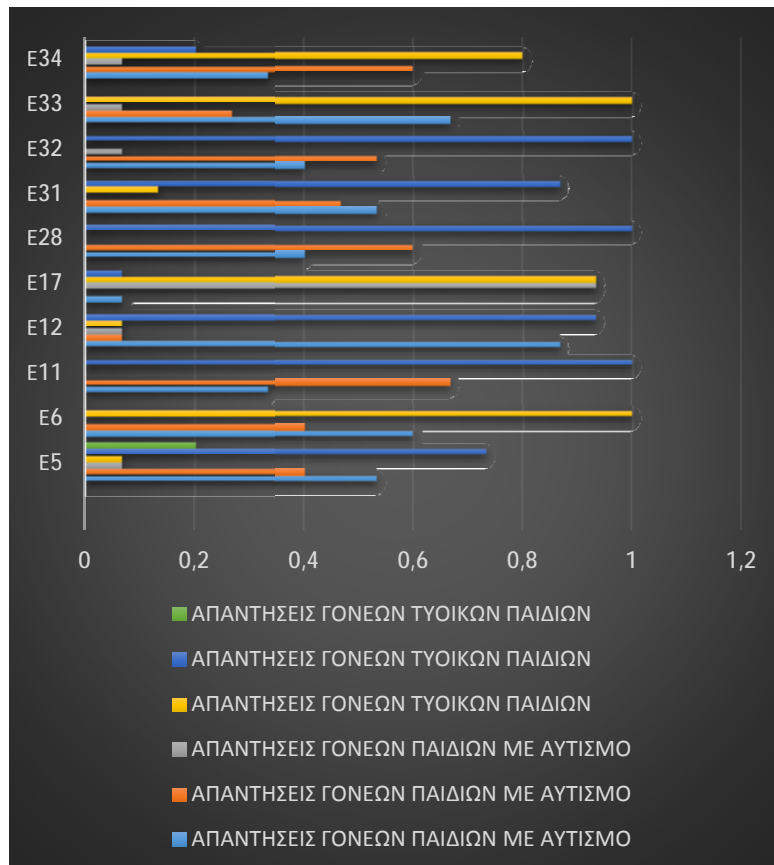
- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0.001 μικρότερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις δεν είναι ίσες). Συνεπώς, προσέχουμε τη γραμμή με τιμή  $t = 1,616$ , βαθμούς ελευθερίας  $df (28)$  και τη στατιστική σημαντικότητα Sig. (2-tailed) που είναι ίση με 0.127.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0.127 > 0,05$  άρα δεχόμαστε την μηδενική υπόθεση  $\mu_1 = \mu_2$  σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των κλινικών παιδιών με αυτισμό και των κλινικών παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

**Πίνακας 26:** Έλεγχος t-test για κλινικούς παιδιών με αυτισμό και κλινικούς παιδιών τυπικής ανάπτυξης.

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
sunolo	Equal variances assumed	13,635	,001	1,616	28	,117	2,81368	1,74110	-,75280	6,38015	
	Equal variances not assumed			1,616	14,617	,127	2,81368	1,74110	-,90587	6,53322	



**Πίνακας 27** Συνολικές απαντήσεις κλινικών παιδιών με αυτισμό και γονέων παιδιών με αυτισμό.

ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	Απαντήσεις Κλινικών Αυτισμού			Απαντήσεις Γονέων Αυτισμού		
	Ναι	Όχι	N/A	Ναι	Όχι	N/A
1. Το παιδί αρπάζει με τα χέρια του φαγητό.	12	3	-	12	3	-
2. Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές δυσκολεύεται να βρει το στόχο.	13	-	2	1	14	-
3. Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα, αλλά κάποιες φορές τροφή διαφεύγει.	11	3	1	3	12	-
4. Τοποθετεί με τα χέρια του φαγητό στο στόμα συχνά και με ακρίβεια.	10	4	1	14	1	-
5. Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα.	-	11	4	1	11	3
6. Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα.	3	10	2	9	6	-
7. Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος.	8	6	1	15	-	-
8. Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος.	8	5	2	14	1	-
9. Χρειάζεται βοήθεια για να σιτιστεί.	4	10	1	1	13	1
10. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να βρει το στόχο.	-	12	3	1	14	-
11. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι.	8	2	5	5	10	-
12. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής.	7	3	5	13	1	1
13. Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.	7	6	2	15	-	-
14. Το παιδί χρησιμοποιεί πιρούνι αλλά ποσότητα τροφής πέφτει.	2	9	4	3	11	1
15. Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.	-	1	14	11	3	1
16. Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup), αλλά το κρατάει άλλος.	-	1	14	2	13	-
17. Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του.	13	1	1	14	1	-
18. Το παιδί μπορεί να πει από κανονικό ποτήρι με βοήθεια.	2	13	-	5	10	-
19. Το παιδί πίνει από κανονικό ποτήρι μόνο του.	11	4	-	13	2	-
20. Το παιδί πίνει με καλαμάκι με βοήθεια.	3	12	-	-	15	-
21. Το παιδί πίνει με καλαμάκι μόνο του.	12	3	-	15	-	-
22. Παίζει με το κουτάλι και το πιρούνι, αλλά ακόμα δεν τα χρησιμοποιεί για να φάει.	3	12	-	1	14	-
23. Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με τα χέρια του.	10	3	2	14	1	-
24. Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού	7	4	4	12	2	1

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.	10	2	3	13	2	-
26.Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι.	7	4	4	11	3	1
27.Του αρέσει να τρώει μόνο του.	12	2	1	13	2	-
28.Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του.	6	8	1	6	9	-
29.Τρώει μόνο του, αλλά μόνο μαλακές τροφές.	1	13	1	1	14	-
30.Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι.	7	7	1	4	11	-
31.Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια.	6	7	2	8	7	-
32.Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής.	6	8	1	6	8	1
33. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας.	7	8	-	10	4	1
34.Χρησιμοποιεί μαχαίρι;	-	-	15	5	9	1
35.Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;	2	13	-	12	3	-
36.Το παιδί πίνει υγρά (π.χ. νερό) χωρίς κάποια δυσκολία.	14	-	1	14	1	-
37.Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία.	10	1	4	14	1	-
38.Το παιδί τρώει στερεές τροφές (π.χ. μήλο) χωρίς κάποια δυσκολία.	12	1	2	14	1	-
39.Το παιδί καταναλώνει μικρότερες ποσότητες φαγητού σε κάθε μπουκιά από το φυσιολογικό.	4	9	2	5	10	-

Οι δύο υποθέσεις είναι οι εξής:

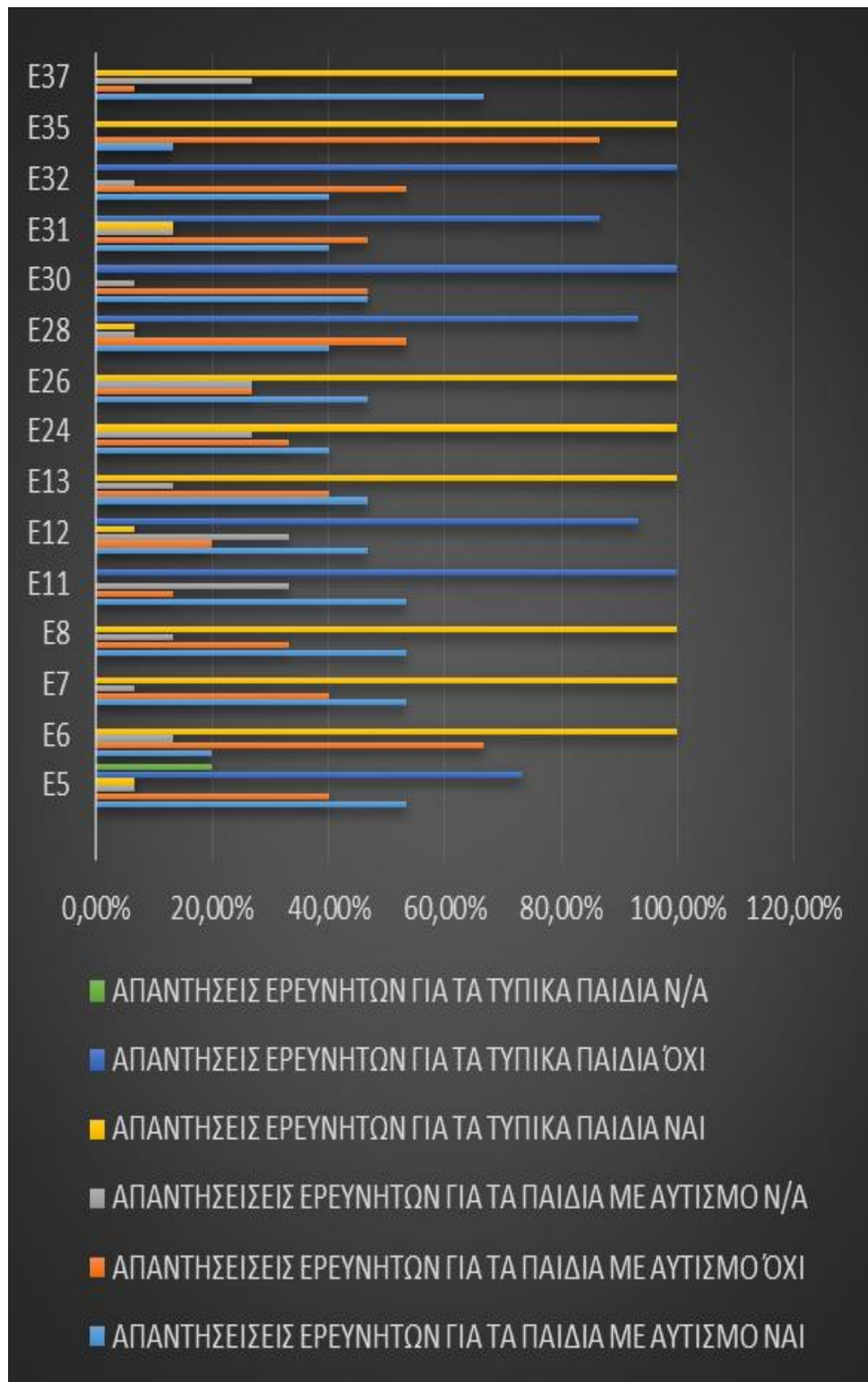
- Μηδενική υπόθεση (H0): οι μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους.
- Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (εδώ η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0.140 μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεχόμαστε ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς, προσέχουμε τη γραμμή με τιμή  $t = 2,415$ , βαθμούς ελευθερίας  $df (28)$  και τη στατιστική σημαντικότητα Sig. (2-tailed) που είναι ίση με 0.022.

Παρατηρούμε πως η σημαντικότητα είναι  $0.022 < 0,05$ , άρα δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση σύμφωνα με την οποία υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις των γονέων παιδιών με αυτισμό και των κλινικών παιδιών με αυτισμό.

**Πίνακας 28:** Έλεγχος t-test για γονείς παιδιών με αυτισμό και κλινικούς παιδιών με αυτισμό.

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
sum Equal variances assumed	2,301	,140	- 2,415	28	,022	-4,74872	1,96609	-8,77608	-,72136
Equal variances not assumed			- 2,415	23,354	,024	-4,74872	1,96609	-8,81248	-,68496



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο Κεφάλαιο 3, αναφέρθηκαν με σχολαστικό τρόπο τα αποτελέσματα της έρευνας και αναλύθηκαν επαρκώς κάποια στατιστικά στοιχεία. Δυστυχώς, στα πλαίσια μίας πτυχιακής εργασίας δεν θα μπορούσαν να αναλυθούν με κάθε δυνατό τρόπο όλες μεταβλητές που πιθανώς να επηρεάζουν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης στα παιδιά που ανήκουν στο φάσμα του αυτισμού λόγω του μεγάλου όγκου τους. Παρ'όλα αυτά οι μελέτες που έγιναν και τα αποτελέσματα που βρέθηκαν φαίνεται να έχουν κάποια σημασία και χρίζουν περεταίρω συζήτησης.

Προκειμένου να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα «**Επηρεάζεται η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης στα παιδιά με αυτισμό από τις μεταβλητές;**», χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί αναλυτικός στατιστικός έλεγχος για όλες τις μεταβλητές που εξετάστηκαν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της σύγκρισης των μεταβλητών που αφορούν την ηλικία έναρξης αυτόνομης σίτισης στις δύο ομάδες παιδιών, παρατηρήθηκε ότι ο μέσος όρος στις πέντε (5) αναπτυξιακές δεξιότητες αυτόνομης σίτισης των παιδιών με αυτισμό ήταν μεγαλύτερος από το μέσο όρο ηλικίας της Ομάδας Ελέγχου. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη μία από τις πέντε δεξιότητες, συγκεκριμένα στην ηλικία έναρξης σίτισης με κουτάλι ενώ το ταΐζει άλλος, η διαφορά μεταξύ των μέσων όρων είναι μικρή συγκριτικά με τα αποτελέσματα των υπόλοιπων ηλικιών. Επομένως, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1, τα παιδιά με αυτισμό αναπτύσσουν τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης σε μεγαλύτερη ηλικία συγκριτικά με τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη.

Όσον αφορά τον στατιστικό έλεγχο των μεταβλητών φάνηκε να υπάρχει ισχυρή εξάρτηση της βασικής μεταβλητής (Αυτισμός – Τυπικής ανάπτυξης), με επτά μεταβλητές. Αυτές είναι οι εξής:

- 1) Παρακολούθηση θεραπευτικών συνεδριών
- 2) Διαταραχές Ομιλίας
- 3) Στοματοκινητικός Μηχανισμός
- 4) Διαιτητικοί περιορισμοί
- 5) Γλωσσική Ανάπτυξη
- 6) Συμπεριφορικά Προβλήματα
- 7) Προβλήματα υγείας κατά την ανάπτυξη

Ενώ οι μεταβλητές του θηλασμού, των προβλημάτων κήσης/τοκετού, του οικογενειακού ιστορικού και των γαστρεντερικών διαταραχών παρουσιάζονται ως ανεξάρτητες. Ωστόσο, οι δυσκολίες σίτισης/κατάποσης και η τρέχουσα μέθοδος σίτισης φανερώνονται στο κριτήριο του Fisher ως σταθερά και δεν μπορεί να υπολογιστεί εάν είναι εξαρτημένη ή ανεξάρτητη.

Όσον αφορά το ερευνητικό ερώτημα «**Παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές στις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης σε δύο διαφορετικές συνθήκες α) πληροφορίες από γονείς και β) πειραματική διαδικασία;**», χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί στατιστικός έλεγχος στις 39 ερωτήσεις του Πίνακα Δεξιοτήτων Αυτόνομης Σίτισης που απαντήθηκε και από τους γονείς και από τους κλινικούς.

Στην ανάλυση των 39 ερωτήσεων του *Πίνακα Δεξιότητων Αυτόνομης Σίτισης* φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά στις είκοσι, οι οποίες φαίνονται στον Πίνακα 20. Στις 20 αυτές ερωτήσεις πραγματοποιήθηκαν οι εξής συγκρίσεις:

- 1) Σύγκριση απαντήσεων των γονέων παιδιών με αυτισμό στον *Πίνακα Δεξιότητων Αυτόνομης Σίτισης* και των απαντήσεων των ερευνητών στον ίδιο πίνακα κατά τη διάρκεια του πειράματος, όπου φάνηκε να μη συμπίπτουν στις 14 από τις 39.
- 2) Σύγκριση απαντήσεων των γονέων παιδιών με αυτισμό στον *Πίνακα Δεξιότητων Αυτόνομης Σίτισης* και των απαντήσεων των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης στον ίδιο πίνακα, όπου φάνηκε να μη συμπίπτουν στις 10 από τις 39.
- 3) Σύγκριση απαντήσεων των κλινικών παιδιών με αυτισμό στον *Πίνακα Δεξιότητων Αυτόνομης Σίτισης* και των απαντήσεων των κλινικών παιδιών τυπικής ανάπτυξης στον ίδιο πίνακα κατά τη διάρκεια του πειράματος, όπου φάνηκε να μη συμπίπτουν στις 18 από τις 39.

Οι στατιστικώς σημαντικές ερωτήσεις για κάθε σύγκριση που πραγματοποιήθηκε παρουσιάζονται στον Πίνακα 29.

**Πίνακας 29:** Στατιστικώς σημαντικές ερωτήσεις ανά σύγκριση.

<b>1. Σύγκριση απαντήσεων των γονέων παιδιών με αυτισμό και των ερευνητών.</b>
1. Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα.
2. Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα.
3. Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος.
4. Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος.
5. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι.
6. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής.
7. Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.
8. Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.
9. Το παιδί μπορεί να πιεί από ποτήρι παιδικό (sippy cup) αλλά του το κρατάει άλλος.
10. Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του.
11. Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι.
12. Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι.
13. Χρησιμοποιεί μαχαίρι;
14. Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;
<b>2. Σύγκριση απαντήσεων των γονέων παιδιών με αυτισμό και των γονέων παιδιών τυπικής ανάπτυξης.</b>
1. Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα.
2. Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα.
3. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι.
4. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής.
5. Το παιδί μπορεί να πιει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του.
6. Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του.



7. Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια.
8. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής.
9. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας.
10. Χρησιμοποιεί μαχαίρι;
<b>3. Σύγκριση απαντήσεων των κλινικών παιδιών με αυτισμό και των κλινικών παιδιών τυπικής ανάπτυξης.</b>
1. Επιχειρεί να βοηθήσει τη μητέρα/πατέρα στο τάισμα.
2. Επιχειρεί να ταΐσει τη μητέρα/πατέρα.
3. Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το κουτάλι όταν το ταΐζει άλλος.
4. Το παιδί αφαιρεί αποτελεσματικά το φαγητό από το πιρούνι όταν το ταΐζει άλλος.
5. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει αλλά δυσκολεύεται να συλλέξει την τροφή και να τη συγκρατήσει πάνω στο κουτάλι.
6. Το παιδί χρησιμοποιεί το κουτάλι για να φάει χωρίς να χύνεται μεγάλη ποσότητα τροφής.
7. Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με το κουτάλι χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.
8. Το παιδί μπορεί να φάει μόνο του με πιρούνι με ασφάλεια και χωρίς να χρειάζεται βοήθεια.
9. Το παιδί μπορεί να πει από παιδικό ποτήρι (sippy-cup) μόνο του.
10. Ελέγχει ικανοποιητικά την ποσότητα φαγητού που τοποθετεί στο στόμα του με το κουτάλι ή το πιρούνι.
11. Ελέγχει ικανοποιητικά τη συχνότητα με την οποία τοποθετεί φαγητό στο στόμα με το κουτάλι ή το πιρούνι.
12. Τρώει μόνο του ένα μέρος του γεύματός του.
13. Τρώει μόνο του, αλλά μόνο με τα χέρια και όχι με κουτάλι/πιρούνι.
14. Τρώει μόνο του, αλλά με την προϋπόθεση ότι το φαγητό του το έχει κόψει κάποιος άλλος σε μικρά κομμάτια.
15. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών, αλλά έχει ανάγκη επίβλεψης/ λεκτικής προτροπής.
16. Τρώει μόνο του όλα τα είδη τροφών χωρίς ανάγκη επίβλεψης ή βοήθειας.
17. Χρησιμοποιεί χαρτοπετσέτα/πετσέτα για να καθαρίσει το στόμα του;
18. Το παιδί τρώει κρεμώδεις τροφές (π.χ. κρέμα, γιαούρτι) χωρίς κάποια δυσκολία.

#### 4.1 Σύγκριση με Βιβλιογραφία

Προκειμένου να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα «Σε ποιά ηλικία αναπτύσσονται οι δεξιότητες αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με αυτισμό και πώς αποκλίνουν αυτές σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης;», χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Σύμφωνα με το Κεφάλαιο 1.3, όπου γίνεται αναφορά στη φυσιολογική ανάπτυξη της αυτόνομης σίτισης, τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη ξεκινούν να αναπτύσσουν τις δεξιότητες αυτόνομης σίτισης περίπου στην ηλικία των 4 μηνών, συγκεκριμένα την αυτόνομη σίτιση με τα χέρια, και ολοκληρώνεται στην ηλικία τους ενός έτους (Coley, 1978; Gressell & Pigg, 1943; Haley et al., 1992; Ruth et al., 2004). Στην παρούσα έρευνα, τα παιδιά με αυτισμό ξεκίνησαν να αναπτύσσουν τη δεξιότητα αυτή από την ηλικία των 8;5 έως και την ηλικία των 48 μηνών, ενώ τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά στους 6-10 μήνες.

Η ηλικία έναρξης αυτόνομης πόσης από παιδικό ποτήρι σύμφωνα με τους Coley (1978); Gresell & Ilg (1943); Haley et al. (1992); Ruth et al. (2004) στα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, ξεκινά στην ηλικία των 6 μηνών και ολοκληρώνεται στην ηλικία των 12 μηνών. Στην παρούσα μελέτη, τα αποτελέσματα έδειξαν να συμφωνούν με τη βιβλιογραφία καθώς τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης ξεκίνησαν να αναπτύσσουν τη δεξιότητα αυτή στην ηλικία των 8 μηνών και να την ολοκληρώνουν στην ηλικία των 12 μηνών. Τα παιδιά με αυτισμό αν και δεν είχαν μεγάλη απόκλιση στην ηλικία έναρξης της δεξιότητας (9 μηνών), η ηλικία στην οποία κατακτήθηκε πλήρως η δεξιότητα παρουσίαζε μεγάλη απόκλιση από τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (48 μήνες).

Το τάισμα του παιδιού με κουτάλι από άλλον φάνηκε να συμπίπτει με την βιβλιογραφία και με την πειραματική ομάδα αλλά και με την ομάδα ελέγχου. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ως ηλικία έναρξης τους 4-6 μήνες (Coley, 1978; Gresell & Ilg, 1943; Haley et al., 1992; Ruth et al. 2004) και στην έρευνα το τάισμα με κουτάλι από άλλον ξεκίνησε στην ηλικία των 5 μηνών στην ομάδα ελέγχου και στην ηλικία των 4 μηνών στην πειραματική ομάδα.

Όσον αφορά την αυτόνομη πόση από κανονικό ποτήρι, η ηλικία έναρξης της δεξιότητας αυτής σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι οι 12 μήνες, ενώ η ηλικία πλήρους κατάκτησης είναι οι 36 μήνες (Coley, 1978; Gresell & Ilg, 1943; Haley et al., 1992; Ruth et al., 2004). Τα παιδιά με τυπική ανάπτυξη στην έρευνα ξεκίνησαν την ικανότητα αυτή στην ηλικία των 10 μηνών και την ολοκλήρωσαν στην ηλικία των 18. Τα παιδιά με αυτισμό απέκλιναν σε μεγάλο βαθμό τόσο στην ηλικία έναρξης (21 μηνών), όσο και την ηλικία πλήρους κατάκτησης της δεξιότητας (60 μηνών).

Τέλος, η ικανότητα αυτόνομης σίτισης με κουτάλι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών των Coley, (1978); Gresell & Ilg, (1943); Haley et al. (1992); Ruth et al. (2004), ξεκινά στην ηλικία των 10 μηνών και φαίνεται να ολοκληρώνεται στην ηλικία των 24. Στην παρούσα έρευνα, τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης φαίνεται να συμφωνούν με την ηλικία έναρξης (9 μηνών) αλλά παρουσιάζουν μια απόκλιση όσον αφορά την ηλικία κατάκτησης της δεξιότητας (15 μηνών). Ομοίως, οι ηλικίες των παιδιών με αυτισμό συγκλίνουν ως προς την ηλικία έναρξης αλλά αποκλίνουν ως προς την ηλικία κατάκτησης σε μεγάλο βαθμό από τη βιβλιογραφία (60 μηνών). Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 30.

**Πίνακας 30:** Σύγκριση αποτελεσμάτων Παρούσας έρευνας με τη Βιβλιογραφία.

<b>Βιβλιογραφία</b>					
	Έναρξης Αυτόνομης Σίτισης με τα χέρια	Αυτόνομη πόση από παιδικό ποτήρι	Τάισμα από άλλον με κουτάλι	Αυτόνομη πόση από κανονικό ποτήρι	Αυτόνομη σίτιση με κουτάλι
Παιδιά Τυπικής ανάπτυξης	4-12 μήνες	6-12 μήνες	4-6 μηνών	12-36 μήνες	10-24 μήνες
<b>Παρούσα Έρευνα</b>					
Παιδιά με Αυτισμό	8,5-48 μήνες	9-48 μήνες	4-30 μήνες	21- 60 μήνες	11- 60 μήνες
Παιδιά Τυπικής ανάπτυξης	6-10 μήνες	8- 12 μήνες	5- 9 μήνες	10- 18 μήνες	9- 15 μήνες

## 4.2 Ερευνητικοί περιορισμοί

Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν τόσο στα ερωτηματολόγια των γονέων όσο και στην παρατήρηση των ερευνητών προκειμένου να μειωθούν οι πιθανότητες των ερευνητικών λαθών. Παρά τις προσπάθειες των ερευνητών, οι ερευνητικοί περιορισμοί δεν ήταν δυνατόν να εξαλειφθούν πλήρως.

Αρχικά, δεν υπάρχουν έρευνες που να αφορούν την αυτόνομη σίτιση παιδιών με αυτισμό στην Ελλάδα. Παράλληλα, οι ήδη υπάρχουσες έρευνες στο εξωτερικό είναι ελάχιστες και επικεντρώνουν τη μελέτη τους στις δυσκολίες σίτισης και όχι στην αυτόνομη σίτιση.

Όσον αφορά το δείγμα, ήταν εξαιρετικά δύσκολος ο εντοπισμός παιδιών με αυτισμό, λόγω του ότι τα ειδικά δημόσια σχολεία παρουσίαζαν ιδιαίτερα αυστηρά κριτήρια για την εκπόνηση μιας έρευνας ενός προπτυχιακού φοιτητή στο χώρο τους. Ταυτόχρονα, από τα παιδιά που βρέθηκαν, ένα πολύ μικρό ποσοστό γονέων δέχτηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα και στην πειραματική διαδικασία. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας από τους γονείς δεν δέχθηκε να βιντεοσκοπηθεί/ ηχογραφηθεί το παιδί του. Έτσι, το δείγμα της έρευνας εκτός από μικρό στο εύρος ήταν και ανομοιογενές ηλικιακά, καθώς κάλυπτε παιδιά ηλικιών από 3 έως 14;1 ετών.

Επιπλέον, πολλοί γονείς δεν αντιλαμβάνονταν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με αποτέλεσμα να δίνουν κάποιες λανθασμένες απαντήσεις. Επίσης, τους ήταν σχετικά δύσκολο να ανασύρουν από τη μνήμη τους την ηλικία έναρξης μίας δεξιότητας αυτόνομης σίτισης, γεγονός που αποτέλεσε έναν ακόμα ερευνητικό περιορισμό. Φαίνεται, λοιπόν, ότι πολλοί γονείς δεν δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην αυτονομία στην σίτιση, αλλά επικεντρώνονται κυρίως στη σίτιση αυτή καθ' αυτή.

Τέλος, ερευνητικό περιορισμό αποτέλεσε ο χώρος και ο χρόνος διεξαγωγής του πειράματος. Κάποια παιδιά μελετήθηκαν στο χώρο ειδικού σχολείου ενώ άλλα σε ιδιωτικά κέντρα θεραπειών ειδικής αγωγής. Ενδεχομένως, ο χώρος να επηρέασε τις αποκρίσεις των παιδιών και κατ' επέκτασιν τις παρατηρήσεις των ερευνητών δεδομένου ότι τα παιδιά που μελετήθηκαν στο χώρο του ειδικού σχολείου είχαν περισσότερη άνεση από εκείνα στα ιδιωτικά κέντρα θεραπειών ειδικής αγωγής.

## 4.3 Συστάσεις για μελλοντικές έρευνες

Οι συστάσεις που προτείνονται για μελλοντικές έρευνες, λαμβάνοντας υπόψη την παρούσα μελέτη είναι μία πιο λεπτομερής διερεύνηση των στατιστικά σημαντικών ή μη μεταβλητών. Ακόμη, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί μια διαχρονική μελέτη, στην οποία θα γίνουν πιο ξεκάθαρα και έγκυρα τα ηλικιακά ορόσημα κατάκτησης των δεξιοτήτων αυτόνομης σίτισης στα παιδιά με αυτισμό. Και στη διερεύνηση αλλά και στη διαχρονική μελέτη, θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ένα μεγαλύτερο δείγμα παιδιών για πιο εμφανή αποτελέσματα.

## Βιβλιογραφία

- Αντωνιάδης, Σ. Χ. (2000). *Στοιχεία νεογνολογίας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Αντωνιάδου-Χίτογλου, Μ. (2004). Σύγχρονες προσεγγίσεις στην εκπαίδευση παιδιών με αυτισμό. *Εκπαιδευτικό σεμινάριο για τον αυτισμό*. Δράμα. Ανακτήθηκε 15 Ιουλίου 2016 από <http://amaked-thrak.pde.sch.gr/symdim-kav4/pdf/autismos.pdf>
- Ahearn, W. H., Castine, T., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder- not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 505-511. DOI: 10.1023/A:1012221026124
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, N. B., & Shames, G. H. (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας* (8thed.). Ελληνική επιμέλεια: Τρίμμη, Ν. & Ζιάβρα, Ν. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ.
- Arvedson, J. C., & Brodsky, L. (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding, Assessment and Management* (2nded.). Canada: Singular Publishing Group.
- ASHA.(n.d.). *Feeding and swallowing disorders (dysphagia) in children*. American Speech-Language-Hearing Association. Retrieved June 19, 2016, from <http://www.asha.org/public/speech/swallowing/feedswallowchildren.htm>
- Attlee, A., Kassen, H., Hashim, M., & Obaid, R. S. (2015). Physical Status and Feeding Behavior of Children with Autism. *Indian Journal of Pediatrics*, 82(8), 682–687. doi : 10.1007/s12098-015-1696-4
- Ausderau, K., & Juarez, M. (2013). The impact of Autism spectrum disorders and eating challenges on family mealtimes. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 5(5), 315–323.
- Βάρβογλη, Α. (2005). *Τι συμβαίνει στο παιδί; νευροεξελικτικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας* (2nded.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.
- Babbitt, T., Roberta, L., Hoch, T. A., Coe, D. A., Cataldo, M. F., Kelly K. J., Stackhouse, C. R. N. & Pearman, J. A. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15, 278- 291.
- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 213–224. DOI: 10.1023/A:1023080005650
- Berkeley, S. L., Zittel, L. L., Pitney, L. V., & Nichols, S. E. (2001). Locomotor and object control skills of children diagnosed with autism. *Adapted Physical Activity Quarterly: APAQ*, 18(4), 405–416.

Bigenzahn, W., & Denk, D. (1999). *Στοματοφαρυγγικές δυσφαγίες: αιτιολογία, κλινική εικόνα και Θεραπεία των διαταραχών κατάποσης*, Ελληνική Επιμέλεια: Αναγνώστου, Ε. & Μοσχοβάκης, Ε. (2007). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Briefel, R. R., Reidy, K., Karwe, V., & Devaney, B. (2004). Feeding infants and toddlers study: improvements needed in meeting infant feeding recommendations. *Journal of the American Dietetic Association*, 104, 31- 37.

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. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 81-94.

Γεωργαλλή, Χ. (2015) *Λογοθεραπεία και διαταραχές κατάποσης (δυσφαγία)*. Ανακτήθηκε 20 Ιουνίου 2016 από <http://www.slpathology.gr/2012/06/blog-post.html>

Γκονέλα, Ε. (2006). *Αυτισμός αίνιγμα και πραγματικότητα από τη θεωρητική προσέγγιση στην εκπαιδευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Candy, D., Davies, G., & Ross, E. (2001). *Κλινική Παιδιατρική και Υγεία Παιδιού*, Ελληνική Επιμέλεια: Κωνσταντόπουλος, Α. (2002). Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A. & Hendricks, K. (2004). Developmental milestones and self-feeding behaviors in infants and toddlers. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 104, 51-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2003.10.019>

Carruth, B. R., Skinner, J., Houck, K., Moran, J., Coletta, F., & Ott, D. (1998). The phenomenon of “picky eater”: A behavioral marker in eating patterns of toddlers. *Journal of the American College of Nutrition*, 17, 180–186.

Case-Smith J., & O’ Brien, J. C. (2010). *Occupational Therapy for Children* (6thed.). Missouri: Mosby Elsevier.

Chatoor, I., Schaefer, S., Dickson, I., & Egan, J. (1984). Non-organic failure to thrive: a developmental perspective. *Pediatric Annals*, 13, 829–835, 838, 840–842.

Coley, I.L. (1978). *Pediatric assessment of self-care activities*. St. Louis: C.V. Mosby.

Dally, J. M., & Fritsch, S. L. (1995). Case Study: maternal residual attention deficit disorder associated with failure to thrive in a two-month-old infant. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 55-57. doi.org/10.1097/00004583-199501000-00014

Debby Arts-Rodas, & Benoit, D. (1998). Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. *Paediatric Child Health*, 3, 21–27.

DeMeyer, M. K. (1979). *Parents and children with autism*. New York: Wiley.

Dahl, M., & Sundelin, C. (1986). Early feeding problems in an affluent society . I. Categories and clinical signs. *Acta Paediatric*, 75, 370–9.

- Drotar, D. (1991). The family context of nonorganic failure to thrive. *American Journal of Orthophychiatry*, 61, 23-34 DOI: 10.1037/h0079231
- Emond, A., Emmett, P., Steer, C., & Golding, J. (2010). Feeding, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 126, 337–342. doi:10.1542/peds.2009-2391
- Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatric and Child Health*, 39, 299–304. DOI: 10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 365-382. DOI: 10.1023/A:1025054610557
- Fombonne, E., & Chakrabarti, S. (2001). No Evidence for A New Variant of Measles-Mumps-Rubella-Induced Autism. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 108, 58. DOI: 10.1542/peds.108.4.e58
- Gerber, R. G., Wilks, T., & Erdie- Lalena, C. (2010). Developmental Milestones: Motor Development. *Pediatrics in Review*, 31, 267- 277.
- Gesell, A., & Ilg, F. L. (1943). *Feeding behavior of infants: A pediatric approach to the mental hygiene of early life*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Groher, E. M. & Crary, A. M. (2013). *Δυσφαγία. Κλινική Αντιμετώπιση σε Ενήλικες και Παιδιά*. Ελληνική επιμέλεια: Παπαθανασίου, Η. & Παπανικολάου, Σ. Β. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΡΗΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992) *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Development, standardization and administration manual*. Boston, MA: New England Medical Centre Inc. and PEDI Research Group.
- Harris, G. (2000). Developmental regulatory and cognitive aspects of feeding disorders. In: Southall A, Schwartz A (eds) *Feeding problems in children*. Radcliffe Medical press, Oxford, pp77– 89.
- Horvath, K., & Perman, J. A. (2002). Autism and gastrointestinal symptoms. *Current Gastroenterology Reports*, 4, 251- 258.
- Jaquess, D. L. (2009). Pediatric feeding disorders program. Retrieved May 2, 2016, from Marcus autism center. Retrieved June 19, 2016, from <http://www.marcus.org/default.aspx?id=37>
- Johnson, C. R., Handen, B. L., Mayer-Costa, M., & Sacco, K. (2008). Eating Habits and Dietary Status in Young Children with Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 437–448. doi : 10.1007/s10882-008-9111-y

Johnson, C. R., Turner, K., Stewart, P. A., Schmidt, B., Shui, A., Macklin, E., et al. (2014). Relationships between feeding problems, behavioral characteristics, and nutritional quality in children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2175–2184. DOI: 10.1007/s10803-014-2095-9

Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοπαθολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Καραντάνος, Γ. (1984). *Νηπιακός αυτισμός: Δεδομένα, σύγχρονες ταξινομήσεις και μελέτη νευροχημικών παραμέτρων*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου 2016, από <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/7670#page/2/mode/2up>

Κυπριωτάκης, Α. (1997). *Τα αυτιστικά παιδιά και η αγωγή τους*. Ηράκλειο.

Kaufmann, W. E. (2012). DSM-5: The new diagnostic criteria for autism spectrum disorders. Autism Consortium Symposium. Boston. Retrieved May 19, 2016, from <http://www.autismconsortium.org/symposium-files/WalterKaufmannAC2012Symposium.pdf>

Keen, D. V. (2008). Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 209–216. doi :10.1007/s00787-007-0655-7

Klein, U., & Nowak, A. J. (1999). Characteristics of patients with autistic disorder (AD) presenting for dental treatment: A survey and chart review. *Special Care in Dentistry*, 19, 200–207.

Kodak, T., & Piazza, C. C. (2008). Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 887–905. doi :10.1016/j.chc.2008.06.005

Koepfen, J. M. (2010). Autism: Feeding issues and picky eaters. Retrieved July 2, 2016, from Thinking person's guide to autism. Retrieved June 5, 2016, from <http://www.thinkingautismguide.com/2010/07/autism-feeding-issues-and-picky-eaters.html>

Λυμπεράκης, Σ. (1997). *Εγκέφαλος και ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.

Laud, R. B., Girolami, P. A., Boscoe, J. H., & Gulotta, C. S. (2009). Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Behavior Modification*, 33, 520–536. DOI: 10.1177/0145445509346729

Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: a review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21, 153–66.

Logeman, J. (1983). *Evaluation and treatment of swallowing disorder*. Boston: College-Hill publication.

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

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

Μαλεγιαννάκη, Α. Χ., Μεσσήνης, Λ., & Παπαθανασόπουλος, Π. (2012). *Κλινική παιδοψυχολογία*. Πάτρα: Εκδόσεις GOTSIS.

Μουστάκα, Μ., & Πολυχρονοπούλου, Γ. (2016). Ανάπτυξη της αυτόνομης σίτισης σε παιδιά με σύνδρομο Down. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας τμήμα Λογοθεραπείας.

Μπεζεβέγκη, Η. (1989). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία*, τόμος Α'. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Manjiviona, J., & Prior, M. (1995). Comparison of Asperger syndrome and high-functioning autistic children on a test of motor impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 23–39. DOI: 10.1007/BF02178165

Mari, M., Castiello, U., Marks, D., Marraffa, C., & Prior, M. (2003). The reach- to- grasp movement in children with autism spectrum disorder. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, 358, 393–403. doi: 10.1098/rstb.2002.1205

Martins, Y., Young, R. L., & Robson, D. C. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1878–1887. DOI: 10.1007/s10803-008-0583-5

Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2003). Ability profiles in children with autism: influence of age and IQ. *Autism*, 7, 65–80. DOI: 10.1177/1362361303007001006

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*, 70, 234-6.

Menella, J. A. (1995). Mother's milk: A medium for early flavor experiences. *Journal of Human Lactation*, 11, 39-45.

Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (1998). Development and bad taste. *Pediatric Allergy Asthma Immunol.* 12, 161–163.

Molloy, C. A., & Manning-Courtney, P. (2003). Prevalence of Chronic Gastrointestinal Symptoms in Children with Autism and Autistic Spectrum Disorders. *Autism*, 7, 165-171

Morris, B. K. (2008). Eating and feeding issues. Retrieved May 2, 2011, from Help with autism, Asperger's syndrome & related disorders. Retrieved June 19, 2016, from <http://www.autism-help.org/behavioreating-feeding-issues.htm>

Morris, S. E., & Klein, M. D. (2000). *Pre- feeding skills: A comprehensive resource for mealtime development*. (2ed ed.). San Antonio, TX: Therapy Skills Builders.

Murry, T., & Carrau R. L. (2014). *Η κλινική διαχείριση των διαταραχών κατάποσης- δυσφαγία σε παιδιά και ενήλικες* (1sted.). Ελληνική Επιμέλεια: Βιρβιδάκη, Ε. Στ., Μεσσήνης, Λ. & Ταφιάδης, Δ. Χρ. Πάτρα: Εκδόσεις Gotsis.



Παπαγεωργίου, Β. (pdf document). Σύλλογος Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων Αυτιστικών Ατόμων Ν. Λάρισας. Ανακτήθηκε 16 Ιουνίου 2016 από [http://www.autismthessaly.gr/doc/Q\\_A\\_autism.pdf](http://www.autismthessaly.gr/doc/Q_A_autism.pdf)

Πουλιάση, Π., Κουτσανγουστή, Α., & Καρακάση, Α. (2016). Τεχνικές αυτόνομης σίτισης σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας τμήμα Λογοθεραπείας.

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

Pliner, P., & Hobden, K. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite*, 19, 105-120. doi.org/10.1016/0195-6663(92)90014-W

Potts, H. W., & Wardle, J. (1998). The list heuristic for studying personality correlates of food choice behavior: A review and results from two samples. *Appetite*, 30, 79-92.

Raiten, R., & Massaro, T. (1986). Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 133.

Ritvo, E. M., & Freeman, B. J. (1978). National society for autistic children definition of the syndrome of autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 162–170.

Rogers, L. G., Magill-Evans, J., & Rempel, G. R. (2012). Mothers' challenges in feeding their children with autism spectrum disorder-managing more than just picky eating. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(1), 19–33.

Rudolph, C. D., Mazur, L. J., Liptak, G. S., Baker, R. D., Boyle, J. T., Colletti, R. B., Gerson, W. T., & Werlin, S. L. (2001). Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 32, 1–31.

Rutter, M. (1987). *Νηπιακός αυτισμός, σύγχρονες αντιλήψεις και αντιμετώπιση*. Μετάφραση Γ. Καραντάνος, Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Ψυχ. Υγιεινής και νευροψυχιατρικής του παιδιού.

Rydell, A. M., Dahl, M., & Sundelin, C. (1995). Characteristics of school children who are choosy eaters. *Journal of Genetic Psychology*, 156, 217-229.

Schreck, K. A., Williams, K., & Smith, A. F. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 433–8.

Seiverling, L., Williams, K., & Sturmey, P. (2010). Assessment of feeding problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22, 401-413. doi : 10.1007/s10882-010-9206-0

Sharp, W. G., Jaquess, D. L., & Lukens, C. T. (2013). Multi-method assessment of feeding problems among children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 7, 56–65.

- Skripak, J. M., & Wood, R. A. (2008). Peanut and tree nut allergy in childhood. *Pediatric Allergy and Immunology*, 19, 368-373. doi: 10.1111/j.1399-3038.2008.00723.x
- Taylor, B., Miller, E., Lingam, R., Andrews, N., Simmons, A., & Stowe, J. (2002). Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *BMJ (Clinical research ed)*, 324, 393-6. DOI: 10.1136/bmj.324.7334.393
- Tuchman, D. N., & Walters, R. S. (1994). Disorders of feeding and swallowing in infants and children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Twachtman-Reilly, J., Amaral, S. C., & Zebrowski, P. P. (2008). Addressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: Physiological and behavioral issues. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 261–272.
- Valicenti-McDermott, M., McVicar, K., Rapin, I., Wershil, B. K., Cohen, H., & Shinnar, S. (2006). Frequency of gastrointestinal symptoms in children with autistic spectrum disorders and association with family history of autoimmune disease. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 128-136.
- Vissocker, R. E., Latzer, Y., & Gal, E. (2014). Eating and feeding problems and gastrointestinal dysfunction in Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 12, 10-21. DOI: 10.1016/j.rasd.2014.12.010
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-61.
- Williams, K. E., Riegel, K., & Kerwin, M. L. (2009). Feeding disorder of infancy or early childhood: how often is it seen in feeding programs?. *Children's Health Care*, 38, 123–136.
- Williams, P. G., Dalrymple, N., & Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. *Pediatric Nursing*, 26, 259–64.
- Williams, K. E., Gibbons, B. G., & Schreck, K. A. (2005). Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17, 299–309. DOI: 10.1007/s10882-005-4387-7
- Wing, L. (1993). *Διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Ένας οδηγός για διάγνωση. Οι αναπηρίες των Αυτιστικών ατόμων*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ).
- Wing, L. (2000). *Το αυτιστικό φάσμα: Ένας οδηγός για γονείς και επαγγελματίες για διάγνωση*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Προστασίας Αυτιστικών Ατόμων (ΕΕΠΑΑ).
- Wright, C., & Birks, E. (2000). Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child: Care Health & Development*, 26, 5–16. DOI: 10.1046/j.1365-2214.2000.00135.x

