

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
&
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ (ΠΡΩΗΝ ΤΕΙ)**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΕΡΕΥΝΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»

ΚΟΤΣΙΑΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κότσιαλου Αναστασίας

Εξεταστική Επιτροπή

- Ευαγγέλου Ελένη, Επιβλέπουσα
- Τζουμάκα-Μπακούλα Χρυσάνθη
- Κουτελέκος Ιωάννης

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της / / για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Κότσιαλου Αναστασίας συνεδρίασε σήμερα .../.../.....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κας. Πανάγου Ελένης με τίτλο **«ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»** είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειρισταωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- | | | |
|--------------------------------|------------|-------|
| • Ευαγγέλου Ελένη, Επιβλέπουσα | (Υπογραφή) | _____ |
| • Τζουμάκα-Μπακούλα Χρυσάνθη | (Υπογραφή) | _____ |
| • Κουτελέκος Ιωάννης | (Υπογραφή) | _____ |

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εισαγωγή.....	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (ΔΑΔ).....	8
Ταξινόμηση.....	8
Αιτιοπαθογένεια.....	8
Επιδημιολογία.....	10
Διαγνωστικά κριτήρια και συνοδά χαρακτηριστικά.....	11
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	16
Δυσφαγία.....	17
Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.....	19
Δυσκοιλιότητα.....	20
ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΑΔ.....	21
Διαιτητικά προβλήματα.....	21
Προσαρμογή της δίαιτας σε παιδιά με αυτισμό.....	30
Εμπειρικές μελέτες για τις διαιτητικές συνήθειες παιδιών με ΔΑΔ.....	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	45
Σκοπός.....	47
Υλικό και Μέθοδος.....	47
Δειγματοληπτική Μέθοδος.....	48
Μεθοδολογία.....	48
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	49
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	51
Περιγραφικά	51
Στατιστικά Αποτελέσματα.....	60
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	92
Περίληψη.....	96
Αγγλική Περίληψη.....	98
Βιβλιογραφία.....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	118

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την επιβλέπουσα Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ευαγγέλου Ελένη, η οποία με εμπιστεύτηκε και υπήρξε πάντοτε πρόθυμη να μεταδώσει την πολύτιμη γνώση και εμπειρία της σε οποιοδήποτε ζήτημα προέκυψε. Ακόμα, ευχαριστώ όλους τους καθηγητές μου στο μεταπτυχιακό για τη γνώση που μας μεταλαμπάδευσαν και κυρίως την κυρία Τζουμάκα - Μπακούλα Χρύσα και τον κύριο Κουτελέκο Ιωάννη.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα ,τα κέντρα φροντίδας παιδιών και τους γονείς που κατέστησαν δυνατή τη συλλογή πολύτιμων δεδομένων.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους μου που με στήριξαν ηθικά και ψυχολογικά καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μου αλλά και της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

1. Εισαγωγή

Η διατροφή των παιδιών για τους νέους γονείς εμφανίζει προκλήσεις που έχουν παροδικό χαρακτήρα. Αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των προβλημάτων διατροφής στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές κυμαίνεται στα επίπεδα από 13% έως και 80% (Coffey&Crawford, 1971; Perske et al., 1977; Palmer&Horn, 1978; Jones, 1982). Αν και οι γονείς έχουν αναφέρει αυτές τις συμπεριφορές και ακόμη και οι διαγνωστικοί φορείς έχουν υποθέσει ότι τα προβλήματα διατροφής ήταν πιο σοβαρά για τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές σε σχέση με τα παιδιά που αναπτύσσονται τυπικά (American Psychiatric Association, 1994), ελάχιστες έρευνες έχουν περιγράψει αναλυτικά τα ζητήματα διατροφής που σχετίζονται με τις αναπτυξιακές διαταραχές.

Η πλειοψηφία των μελετών με αντικείμενο τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές αναφέρονται μόνον σε μεμονωμένες περιπτώσεις προβλημάτων διατροφής. Ελάχιστες μελέτες περιλαμβάνουν την εξέταση ομάδων των παιδιών αυτών και έχουν προσδιορίσει ισχυρές προτιμήσεις και ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά σίτισης μεταξύ αυτών (Nagai, 1983; Archer & Szatmari, 1991; Ahearn et al., 2001). Οι Ahearn et al. (2001) διεξήγαν μία από τις πρώτες συστηματικές προσπάθειες για τον προσδιορισμό των ποσοτήτων των τροφίμων κάθε είδους που τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές συνήθως καταναλώνουν. Σε όλες τις μελέτες που εξετάζουν τους τύπους προβλημάτων διατροφής στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές υφίσταται μια σειρά περιορισμών, όπως το μικρό μέγεθος δείγματος, η έλλειψη γνώσης της συννοσηρότητας που θα μπορούσε να επηρεάσει το φαγητό, η απουσία σύγκρισης με τη συμπεριφορά διατροφής των παιδιών χωρίς αυτισμό, και η ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με τα τρόφιμα που είναι συνήθως διαθέσιμα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των διαιτητικών συνηθειών παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, η συμπεριφορά των παιδιών, κατά τη διάρκεια των γευμάτων καθώς και πώς σχετίζονται οι επιλογές στα τρόφιμα που κάνουν τα παιδιά με την ηλικία και το Δείκτη

Μάζας Σώματος, και με την ηλικία και το Δείκτη Μάζας Σώματος των γονιών τους.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό μέρος όπου γίνεται η εννοιολογική προσέγγιση του θέματος με αναφορά στις σχετικές έννοιες, την επιδημιολογία, τους αιτιολογικούς παράγοντες καθώς και των παρεμβάσεων.

Στο ειδικό μέρος παρατίθεται ο σκοπός της μελέτης, το υλικό και η μέθοδος, η στατιστική ανάλυση, τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

Στο τέλος παρατίθεται η περίληψη στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα, η βιβλιογραφία και το παράρτημα το οποίο περιλαμβάνει το δελτίο καταγραφής των στοιχείων (ερωτηματολόγιο).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΑΧΥΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ (ΔΑΔ)

Ταξινόμηση

Οι Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (ΔΑΔ) χαρακτηρίζονται από σοβαρές ανεπάρκειες ή δυσλειτουργίες σε πολλαπλούς τομείς ανάπτυξης του παιδιού και διάχυτα νευρολογικά προβλήματα που ξεκινούν από την παιδική ηλικία και συνοδεύουν το άτομο σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Wilmshurst, 2011; Στασινός, 2013). Για τη διάγνωση και ταξινόμησή τους έχουν συγκροτηθεί διεθνώς διαγνωστικά συστήματα όπως η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (Frith, 1994).

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2000) ως Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές αναγνωρίζονται η Διαταραχή Rett, η Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή, η Διαταραχή Asperger, η Αυτιστική Διαταραχή και η Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς. Στην εν λόγω έκδοση πραγματοποιήθηκε ο διαχωρισμός της Αυτιστικής Διαταραχής από την πρώην Διαταραχή Asperger/Σύνδρομο Asperger (Wilmshurst, 2011). Η επόμενη έκδοση του ίδιου ταξινομικού συστήματος (DSM-V) εισήγαγε τον όρο Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι παραπάνω διαταραχές, οι οποίες αποτελούν πλέον μια ενιαία διαταραχή, όπου διακρίνονται τρία επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς και από περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (APA, 2013).

Αιτιοπαθογένεια

Μέχρι σήμερα, η αιτία της ΔΑΦ παραμένει άγνωστη. Ωστόσο, η αιτιολογία της ΔΑΦ συνυφάνεται άμεσα με τη συνύπαρξη βιολογικών, γενετικών και κληρονομικών παραγόντων, με ηλεκτροεγκεφαλικές ανωμαλίες και περιγεννητικές επιπλοκές που μπορεί να συνδέονται και με περιβαλλοντικές επιδράσεις (π.χ. μητέρες που προσβλήθηκαν από ερυθρά κατά την κύηση ή εκτέθηκαν σε αιθανόλη, βαλπροϊκό οξύ και θαλιδομίδη).

Η αιτιοπαθογένεια του αυτισμού είναι σύνθετη και είναι πιθανό να είναι πολυπαραγοντικής φύσεως, περιλαμβάνοντας τη γενετική προδιάθεση αλλά και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Trottier et al., 1999). Στις πιθανές γενετικές διαταραχές υπεισέρχονται το σύνδρομο εύθραυστου Χ και η σμηγματογόνος σκλήρυνση (Freitag, 2007). Το περιβαλλοντικό αιτιολογικό στοιχείο μπορεί να διαχωριστεί αποτελεσματικά σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς παράγοντες. Οι εμπλεκόμενοι προγεννητικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το συγγενές σύνδρομο ερυθράς (δευτερογενές σε λοίμωξη με ερυθρά), την έκθεση σε τερατογόνο ουσία (π.χ. θαλιδομίδη) και την έκθεση σε φυτοφάρμακα. Οι περιγεννητικοί παράγοντες σχετίζονται με μαιευτικές καταστάσεις όπως το χαμηλό βάρος γέννησης, η μη φυσιολογική διάρκεια της κύησης (πρόωρος τοκετός) και η ασφυξία κατά τη γέννηση (υποξική-ισχαιμική προσβολή) (Kolevzon, 2007). Οι μεταγεννητικοί παράγοντες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προσβολών, όπως αυτοάνοση νόσο (Ashwood & van de Water, 2004), σύνδρομο διαρροής (Johnson, 2006), ιογενή λοίμωξη, ανεπάρκεια ανάπτυξης αμυγδαλής (Schultz, 2005), οξειδωτικό στρες (Kern & Jones, 2006), ανεπάρκεια βιταμίνης D (Cannell, 2007), τοξικότητα λόγω έκθεσης σε βαρέα μέταλλα (Davidson και συν., 2004) και το αμφιλεγόμενο εμβόλιο MMR (Wakefield et al., 1998).

Οι μηχανισμοί που οδηγούν στον αυτισμό θεωρούνται, ουσιαστικά, στην καλύτερη περίπτωση κακώς κατανοητοί, αλλά σε σχετική έρευνα υπάρχει η συμφωνία ότι αφορούν κυρίως τη διακοπή της φυσιολογικής εγκεφαλικής ανάπτυξης και τις επακόλουθες επιπτώσεις της στη λειτουργική μονάδα του εγκεφάλου (αν και η ακριβής σχέση με την κλασική τριάδα των βασικών συμπτωμάτων παραμένει αβέβαιη). Πολλές νευροψυχιατρικές μελέτες αποδίδουν την παθογένεση του αυτισμού ειδικά σε «εντοπισμένες» ανωμαλίες (δηλ. σε μετανάστευση νευρικών κυττάρων ή σε προβλήματα συνδεσιμότητας των τελευταίων), οι οποίες δύνανται να επηρεάσουν δυσμενώς τη δομή και τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (Persico και Bourgeron, 2006; Casanova, 2007).

Στην αιτιοπαθογένεια των ΔΑΦ κυριαρχεί το βιολογικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο οι ΔΑΦ συνυπάρχουν με υψηλές τιμές του νευροδιαβιβαστή

σεροτονίνη, με αυξημένο όγκο εγκεφάλου, μειωμένο μεσολόβιο, μειωμένους υποδοχείς στο φλοιό του προσαγωγίου και περιορισμένη δραστηριότητα της αμυγδαλής (Wilmshurst, 2011). Στο UCLA μία ερευνητική ομάδα κατέγραψε μικρό αριθμό κυττάρων Purkinje σε παρεγκεφαλίδες ατόμων με ΔΑΦ. Εξάλλου, συναφείς μελέτες κατέδειξαν νευροχημικές ανωμαλίες και υπερδραστήριο μεταβολισμό στο μετωπιαίο φλοιό ατόμων με ΔΑΦ.

Επιδημιολογία

Η πρώτη επιδημιολογική μελέτη για τις ΔΑΦ πραγματοποιήθηκε από τον Victor Lotter το 1966 στο Middlesex. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 78,000 παιδιά 8-10 ετών από τα οποία απομονώθηκαν 35 περιπτώσεις παιδιών με αυτιστικά χαρακτηριστικά. Από την εν λόγω έρευνα προέκυψε ότι η συχνότητα εμφάνισης των ΔΑΦ σε παιδιά ηλικίας 8-10 ετών ήταν 4.5:10,000 παιδιά με αναλογία αγοριών-κοριτσιών 2.6:1 (Frith, 1994).

Σε έρευνα στη Nova Scotia συμμετείχαν 20.800 παιδιά 6-14 ετών από τα οποία απομονώθηκαν 21 περιπτώσεις παιδιών με αυτιστικά χαρακτηριστικά. Από την έρευνα αυτή προέκυψε ότι η συχνότητα εμφάνισης των ΔΑΦ στον παιδικό πληθυσμό ήταν διπλάσια, καθώς ανήλθε σε 10:10,000 παιδιά με αναλογία αγοριών-κοριτσιών 2.5:1 (Frith, 1994). Όπως τεκμηριώνεται από έρευνες των Lord, Schopler & Revicki (1982), καθώς και της Wing (1981), είναι χαρακτηριστική η αριθμητική υπεροχή των αυτιστικών αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια με αυτισμό.

Σύμφωνα με τον Fombonne (2003a) υφίσταται ένα ευρύ φάσμα διακύμανσης της συχνότητας εμφάνισης των ΔΑΦ στον παιδικό πληθυσμό (0.7: 10,000 – 72.6: 10,000). Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνες που δημοσιεύτηκαν την περίοδο 1966-1991 η συχνότητα εμφάνισης των ΔΑΦ κυμάνθηκε σε 4.4:10,000 γεννήσεις, ενώ σε έρευνες της περιόδου 1992-2001 η μέση συχνότητα προσδιορίστηκε ίση με 12.7:10,000 γεννήσεις. Ο Fombonne (2003a), με βάση τις παραπάνω έρευνες αλλά και τα ευρήματα 18 ερευνών που δημοσιεύτηκαν μέχρι το 1987, σύμφωνα με τις οποίες η συχνότητα εμφάνισης των ΔΑΦ στον παιδικό πληθυσμό εκτιμήθηκε ως μεγαλύτερη από 7:10,000 γεννήσεις, κατέγραψε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των ΔΑΦ τα τελευταία 15 χρόνια.

Επιπλέον, κατά την περίοδο 1966-1998 διεξήχθησαν 23 επιδημιολογικές μελέτες στις οποίες εξετάστηκαν 4 εκατομμύρια άτομα από τα οποία αναγνωρίστηκαν 1.533 άτομα με αυτιστικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες, η μέση συχνότητα επικράτησης των ΔΑΦ στον παιδικό πληθυσμό εκτιμήθηκε ίσος με 5.2:10,000 παιδιά, ενώ σε αντίστοιχες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν κοντά στο 1989 η μέση συχνότητα των ΔΑΦ αυξήθηκε σε 7.2:10,000 με αναλογία αγοριών-κοριτσιών 3.8:1 (Fombonne, 1999). Συνολικά, η μέση συχνότητα των ΔΑΦ τα τελευταία χρόνια εκτιμήθηκε 3 με 4 φορές υψηλότερη σε σχέση με την αντίστοιχη συχνότητα πριν από 30 έτη (Fombonne, 2003b).

Επιπροσθέτως, επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη στην Καλιφόρνια το 2009 τεκμηρίωσε την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των ΔΑΦ από 6.2 το 1990 σε 42.5 το 2001 (Βαλαμουτοπούλου & Κουτελέκος, 2010). Συμπερασματικά, ένας μέσος υπολογισμός της υφιστάμενης συχνότητας των ΔΑΦ στον παιδικό πληθυσμό υπέδειξε τιμές που ανέρχονταν κοντά στα 10 περιστατικά ανά 10,000 γεννήσεις (Fombonne, 2003a; 2003b). Παράλληλα, η μέση τιμή επικράτησης για όλες τις μορφές των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών υπολογίστηκε ίση με 18.7:10.000 γεννήσεις, γεγονός που υπογραμμίζει την αναγκαιότητα παροχής ειδικής εκπαίδευσης σε μεγάλη μερίδα του μαθητικού πληθυσμού (Fombonne, 1999).

Διαγνωστικά κριτήρια και συνοδά χαρακτηριστικά

Ο αυτισμός επισημάνθηκε για πρώτη φορά από τους Leo Kanner και Hans Asperger, οι οποίοι κατέγραψαν περιπτώσεις παιδιών με ιδιαίτερες συμπεριφορές. Και οι δύο επιστήμονες για να περιγράψουν τις ιδιαίτερες περιπτώσεις που μελέτησαν χρησιμοποίησαν τον όρο «αυτισμός», ο οποίος είχε ήδη χρησιμοποιηθεί για πρώτη φορά από τον ψυχίατρο Eugen Bleuler το 1911 (Frith, 1994).

Ο Kanner (1943) στην εργασία του «Autistic Disturbances of Affective Contact» περιγράφει 11 περιπτώσεις «περίεργων» παιδιών, ανίκανων να διατηρήσουν συναισθηματικούς δεσμούς με τους άλλους, με κοινά χαρακτηριστικά την αυτιστική μοναχικότητα, την επιθυμία για ομοιομορφία, τις διαταραχές ομιλίας και την ύπαρξη σπάνιων μεμονωμένων ικανοτήτων, όπως

εξαιρετικής ικανότητας απομνημόνευσης και μνημονικής ανάκλησης («νησίδες δεξιοτήτων»). Ο Asperger κάνει λόγο για απουσία βλεμματικής επαφής, στερεότυπες κινήσεις, μη φυσιολογική χρήση του λόγου, μεμονωμένες νησίδες ενδιαφερόντων και κατασκευή πρωτότυπων λέξεων (Frith, 1994; Grandin, 1995; Στασινός, 2013).

Πέραν των παραπάνω πρώτων διαπιστώσεων, η Αυτιστική Διαταραχή εκδηλώνεται τυπικά στη νηπιακή ηλικία (νηπιακός αυτισμός), δηλαδή στους πρώτους 30 μήνες της ζωής του βρέφους με συγκεκριμένα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και ελλείμματα. Επομένως, μια ασφαλής διάγνωση του αυτισμού μπορεί να πραγματοποιηθεί στην ηλικία των 2.5 ετών (Grandin, 1995; Στασινός, 2013). Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2000), για τη διάγνωση του αυτισμού ή του πρώην συνδρόμου Asperger πρέπει να πληρούνται τα τρία διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρονται παρακάτω.

Από το Κριτήριο A πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον 2 συμπτώματα της ομάδας A1, τουλάχιστον 1 σύμπτωμα της ομάδας A2 και τουλάχιστον 1 σύμπτωμα της ομάδας A3 προκειμένου να υπάρξει ασφαλής διάγνωση. Εξάλλου, τα συμπτώματα που περιγράφονται στο Κριτήριο A αποτελούν τα τρία βασικά χαρακτηριστικά του αυτισμού, ήτοι ποιοτικές βλάβες στην κοινωνική αλληλεπίδραση, ελλείμματα στην επικοινωνία και επαναλαμβανόμενα στερεότυπα μοτίβα συμπεριφοράς.

Κριτήριο A

A1. Ποιοτικά ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση:

- Ελλείμματα στη μη λεκτική συμπεριφορά: αποφυγή βλεμματικής επαφής, απουσία κοινωνικού χαμόγελου, έλλειψη χειρονομιών, αποφυγή αγγιγμάτων.
- Δυσχέρειες στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και συναισθηματικών δεσμών με συνομηλίκους: ανικανότητα για ομαλή συσχέτιση με άλλους, «αυτιστική μοναχικότητα».
- Ελλιπής κοινωνική αναφορά: απουσία επιθυμίας να μοιραστεί συναισθήματα, ενδιαφέροντα, δραστηριότητες με άλλα άτομα και

δυσχέρειες στην κατανόηση των κοινωνικών κανόνων και συμβάσεων, αταίριαστη κοινωνική συμπεριφορά, ακραία ευθύτητα.

- Ποιοτική παρέκκλιση στη διαπροσωπική συνδιαλλαγή και κοινωνική αμοιβαιότητα: αδυναμία διατήρησης των κοινωνικών συνδιαλλαγών.

A2. Ποιοτικά ελλείμματα στην επικοινωνία:

- Καθυστερημένη ή ελλιπής ομιλούμενη γλώσσα: ανύπαρκτη ή καθυστερημένη γλωσσική ανάπτυξη, άτυπη χρήση της γλώσσας, αδυναμία έκφρασης λόγου και κατανόησης του λόγου των άλλων.
- Στην περίπτωση που υφίσταται ομιλούμενη γλώσσα, εκλείπει η ανάληψη πρωτοβουλίας για έναρξη και συνέχιση της συζήτησης.
- Ομιλούμενος λόγος που χαρακτηρίζεται από στερεοτυπίες και επαναλήψεις (ηχολαλία, χρήση τρίτου προσώπου).
- Φτωχό συμβολικό και μιμητικό παιχνίδι: έλλειψη αυθόρμητου ή κοινωνικού μιμητικού παιχνιδιού, έλλειμμα φαντασίας, δημιουργικής δραστηριότητας και χιούμορ.

A3. Περιορισμένες, επαναληπτικές και στερεότυπες συμπεριφορές, δραστηριότητες και ενδιαφέροντα:

- Επίμονη ενασχόληση και αυξημένη εστίαση σε περιορισμένα μοτίβα ενδιαφέροντος.
- Επίμονη ενασχόληση με μέρη αντικειμένων.
- Άκαμπτη προσκόλληση σε ρουτίνες και τελετουργίες: ψυχαναγκαστική εμμονή για διατήρηση της ομοιομορφίας, μονότονες επαναλαμβανόμενες πράξεις.
- Επαναλαμβανόμενες και στερεότυπες κινήσεις: κινήσεις των χεριών και ολόκληρου του σώματος (τικ, «φτερούγισμα», χειροκρότημα, λίκνισμα, στροβίλισμα).

Κριτήριο Β

Η πρώτη εμφάνιση της διαταραχής λαμβάνει χώρα πριν την ηλικία των 3 ετών και συνοδεύεται από ποιοτικά ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση, την επικοινωνία και το συμβολικό παιχνίδι.

Κριτήριο Γ

Η διαταραχή δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα ως Διαταραχή Rett ή Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή

(APA, 1994; 2000; Frith, 1994; Grandin, 1995; Καλύβα, 2005; Συριοπούλου et al., 2010; Wilmshurst, 2011).

Τα προαναφερθέντα διαγνωστικά κριτήρια διαφοροποιούνται στην επόμενη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V), στην οποία τα ελλείμματα στην κοινωνική αλληλεπίδραση και επικοινωνία αποτελούν πλέον μια ενιαία ομάδα συμπτωμάτων και τα νέα κριτήρια για τη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ορίζονται ως εξής:

Κριτήριο Α

Ποιοτικά ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πολλαπλά πλαίσια την τρέχουσα περίοδο ή παλαιότερα:

- Ποιοτική παρέκκλιση στη διαπροσωπική και κοινωνική αμοιβαιότητα
- Ποιοτικά ελλείμματα στη χρήση μη λεκτικών επικοινωνιακών συμπεριφορών
- Ποιοτικά ελλείμματα στην ανάπτυξη και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων

Κριτήριο Β

Επαναλαμβανόμενα στερεότυπα μοτίβα συμπεριφορών, δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων την τρέχουσα περίοδο ή παλαιότερα:

- Κινητικές στερεοτυπίες και μανιερισμοί, επιθυμία για σειροθέτηση αντικειμένων, ηχολαλία, χρήση ιδιοσυγκρασιακών εκφράσεων
- Άκαμπτη προσκόλληση σε ρουτίνες και τελετουργίες και αισθητή δυσφορία σε αλλαγές
- Ιδιαίτερος περιορισμένα ενδιαφέροντα μη φυσιολογικά ως προς την ένταση ή την εστίαση

- Υπερδιέγερση ή υπερβολική αντίδραση ή υποευαισθησία σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, όπως αδιαφορία για τον πόνο ή τη θερμοκρασία, έντονη αντίδραση σε ήχους και μυρωδιές, σοβαρά ξεσπάσματα θυμού

Κριτήριο Γ

Τα συμπτώματα ενυπάρχουν στην πρώιμη αναπτυξιακή περίοδο, αλλά ενδέχεται να φτάσουν στην πλήρη εκδήλωσή τους όταν λάβουν χώρα οι κατάλληλες συνθήκες.

Κριτήριο Δ

Τα συμπτώματα συνοφάνονται με κλινικά σημαντικές βλάβες σε πολλαπλά πλαίσια.

Κριτήριο Ε

Οι παραπάνω ποιοτικές βλάβες δεν μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα από τη Διανοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή ή τη γενικευμένη αναπτυξιακή καθυστέρηση: Σχεδόν τα τρία τέταρτα των παιδιών με ΔΑΦ παρουσιάζουν συννοσηρή νοητική υστέρηση, οπότε οι δύο διαταραχές στις περισσότερες των περιπτώσεων συνυπάρχουν (Αλεξάνδρου, 2013; APA, 2013; Carpenter, 2013; Joshi, n.d.).

ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι πιο συχνές γαστρεντερικές διαταραχές που επηρεάζουν τη δυναμική των διατροφικών συνηθειών και επηρεάζουν σημαντικά την πρόσληψη τροφής στα παιδιά με διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές (ΔΑΔ) είναι η δυσφαγία και η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Del Giudice et al., 1999; Sullivan, 2008). Η δυσκοιλιότητα αποτελεί μια συχνή επιπλοκή στα παιδιά με νευρολογική δυσλειτουργία και όταν εμφανίζεται σε τακτική βάση ή και γίνεται έντονη, είναι δυνατόν να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες και την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών λόγω κοιλιακού πόνου, ναυτίας και εμετού (Sullivan, 2008). Η ορθή λειτουργία του πεπτικού συστήματος εξαρτάται από την υγιή λειτουργία και την ακεραιότητα του νευρικού συστήματος. Οι ασθενείς με δυσλειτουργίες του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διαταραχές του γαστρεντερικού και, εν γένει, διατροφικές διαταραχές.

Δυσφαγία

Η δυσφαγία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της διαταραχής ενός από τα συστήματα που εμπλέκονται στη διαδικασία κατάποσης: της στοματικής, της φαρυγγικής ή της οισοφαγικής κοιλότητας. Η δυσφαγία είναι συχνή σε παιδιά που εκδηλώνουν εγκεφαλική βλάβη στα πρώτα στάδια της ζωής τους (Reilly, 1990), για παράδειγμα σε παιδιά με ΔΑΔ, αλλά μπορεί επίσης να εμφανιστούν σε παιδιά με εγκεφαλική βλάβη που εκδηλώθηκε σε μεταγενέστερο στάδιο του βίου (Cornwell et al., 2003; Morgan, 2010), όπως λόγω τραύματος, εγκεφαλικού επεισοδίου, εγκεφαλίτιδας και εγκεφαλικού όγκου), σε παιδιά με γενετικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου Down and Rett (Morton et al., 1997; Isaacs et al., 2003; Faulks et al., 2008) ή σε παιδιά με νευρολογικό εκφυλισμό όπως μυϊκή δυστροφία (Philpot et al., 1999).

Η οροφαρυγγική δυσφαγία (OPD), η οποία παραπέμπει σε δυσλειτουργία τόσο της στοματικής όσο και της φαρυγγικής κοιλότητας, περιλαμβάνεται στους σημαντικότερους παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεση της κακής διατροφής και της μειωμένης πρόσληψης τροφής στα παιδιά με ΔΑΔ. Στην πραγματικότητα, η OPD είναι υπεύθυνη για την αναποτελεσματική διαδικασία διατροφής λόγω υπερβολικής έλλειψης θρεπτικών συστατικών. Τα παιδιά με OPD καταναλώνουν πιο αργά από άλλα μέλη του σπιτιού, και χρειάζονται έως και 2-12 φορές περισσότερο χρόνο για την κατάποση των πλυμένων τροφίμων και έως και 16 φορές περισσότερο χρόνο για να μασήσουν και να καταπιούν στερεά σε σύγκριση με υγιή παιδιά. Ως αποτέλεσμα, οι τυπικές διάρκειες του φαγητού στην οικογένεια ή το σχολείο μπορεί να είναι ανεπαρκείς για αυτά τα παιδιά, γεγονός που μπορεί να τα οδηγήσει σε υπογλυκαιμία και στην πλήρη εξάρτησή τους από έναν φροντιστή.

Γενικά, θεωρείται ότι η OPD είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε άτομα με ΔΑΔ. Ωστόσο, ο πραγματικός επιπολασμός είναι δύσκολο να καθοριστεί λόγω της έλλειψης κατάλληλων πληθυσμιακών μελετών. Οι εκτιμήσεις ποικίλλουν σημαντικά, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, από 19% σε ένα μεγάλο δείγμα παιδιών με ΔΑΔ (n = 1357, ηλικίας 5-11 ετών) (Parkes, 2010) έως 99% σε μικρότερο δείγμα παιδιών με μέτρια έως σοβαρή εγκεφαλική παράλυση (n = 166, ηλικίας 2-19 ετών) (Calis et al., 2008). Η μεταβλητότητα ως προς τον επιπολασμό μπορεί να οφείλεται σε περιορισμούς της μεθοδολογίας (εκθέσεις, χρήση μη επικυρωμένων μεθόδων και ορισμός των περιπτώσεων OPD) και συμπερίληψη ατόμων με ευρύ φάσμα ακαθόριστης κινητικής βλάβης και ατόμων διαφορετικής ηλικίας.

Μία από τις πρώτες μελέτες οι οποίες προέβησαν σε αξιολόγηση των κινητικών δεξιοτήτων της στοματικής κοιλότητας σε παιδιά με ΔΑΔ διεξήχθη από τους Reilly et al. (1996). Οι ερευνητές αξιολόγησαν τις κινητικές δεξιότητες της στοματικής κοιλότητας μέσω μιας εγγραφής βίντεο σε 49 παιδιά με ΔΑΔ ηλικίας 12-72 μηνών στην κοινότητα. Διαπιστώθηκε ότι το 90% των παιδιών εμφάνιζε κλινικά σημαντική OPD και ότι το ένα στα τρία εμφάνιζε όχι ιδιαίτερα σοβαρή OPD όταν η λήψη από το στόμα περιοριζόταν σε υγρά ή σε πλυμένα τρόφιμα. Περισσότερο από το ήμισυ των ατόμων (60%) ήταν εξ' ολοκλήρου εξαρτώμενα από τη μητέρα τους για όλες τις δραστηριότητες της σίτισης, το 57% εμφάνισε επεισόδια πνιγμού που απαιτούσαν ιατρική φροντίδα τουλάχιστον μία φορά, καθώς τα βρέφη και το 71% παρουσίασαν συχνό βήχα και πνιγμό.

Η σοβαρότητα της OPD συσχετίζεται άμεσα με τη σοβαρότητα της λειτουργικής κινητικής εξασθένησης, καθώς μέτρια έως σοβαρή OPD παρατηρείται συνήθως σε παιδιά με τετραπληγία. Το πρώιμο ιστορικό διατροφής αυτών των παιδιών έδειξε ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών, τα προβλήματα διατροφής σημειώθηκαν εντός των πρώτων 12 μηνών της ζωής, πριν από τη διάγνωση ΔΑΔ, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι η συμπεριφορά διατροφής συνιστά ευαίσθητο δείκτη της ακεραιότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος σε νεογνά (Casaer et al., 1982). Κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών, ποικίλες μελέτες επικεντρώθηκαν στην OPD και συγκεκριμένα στη σχέση της με το συνολικό επίπεδο κινητικής λειτουργίας σε παιδιά με ΔΑΔ (Fung et al., 2002; Yilmaz et al., 2004; Ortega Ade et al., 2009; Erkin et al., 2010. Santoro et al., 2012. Arvedson, 2013; Benfer et al., 2013). Τα συμπεράσματα παραπέμπουν σε άμεση συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας του OPD και του επιπέδου της μικτής κινητικής αποδυνάμωσης.

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (GER) είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε παιδιά με ΔΑΔ και εμφανίζεται σε ποσοστά που ανέρχονται σε επίπεδα έως και του 75% (Sondheimer & Morris, 1979; Ravelli & Milla, 1998). Στην αιτιοπαθογένεση της GER μπορεί να συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κήλης διαφράγματος, της παρατεταμένης θέσης σε ύπτια θέση, της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης και, δευτερευόντως, της σπαστικότητας, της σκολίωσης ή των επιληπτικών κρίσεων καθώς και της παθολογικής δυστροφίας. Στα τυπικά κλινικά συμπτώματα της GER εντάσσονται η συχνή παλινδρόμηση και ο εμετός, τα οποία μπορούν να συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στις απώλειες θρεπτικών ουσιών και ενέργειας. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια GER που συνοδεύονται από συχνή έκθεση του οισοφαγικού βλεννογόνου σε όξινο ανακυκλώμενο συστατικό μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές όπως η πεπτική οισοφαγίτιδα, ο σχηματισμός έλκους και ο σχηματισμός στενώσεων. Τα παιδιά με προβλήματα νευρολογικά είναι συχνά ανίκανα να επικοινωνούν τα συμπτώματα, όπως ο επιγαστρικός πόνος και η δυσφαγία, ενώ είναι δυνατόν να εκδηλώνουν αποφυγή ή αποστροφή τροφίμων, συνθήκες που οδηγούν

μακροπρόθεσμα σε σημαντική μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας και των προσλαμβανόμενων θρεπτικών συστατικών.

Δυσκοιλιότητα

Η χρόνια δυσκοιλιότητα (CC) συνιστά ένα κοινό πρόβλημα για τα παιδιά με ΔΑΔ. Οι εκτιμήσεις του ποσοστού των παιδιών που εμφανίζουν δυσκοιλιότητα κυμαίνονται από 26% έως 74% στα παιδιά με σοβαρή αναπηρία, ανάλογα με τον ορισμό της δυσκοιλιότητας, τη διαγνωστική μέθοδο και την διάγνωση των συμμετεχόντων (Veugelers et al., 2010). Οι παράγοντες που συντελούν στο φαινόμενο περιλαμβάνουν την μη ομαλή κινητικότητα του εντέρου, την παρατεταμένη ακινησία, τις σκελετικές ανωμαλίες, τη γενικευμένη υποτονία και τη μειωμένη πρόσληψη υγρών και φυτικών ινών. Εάν η χρόνια δυσκοιλιότητα δεν αντιμετωπιστεί επαρκώς, μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες γαστρεντερικές και διατροφικές επιπλοκές, όπως σε χρόνια ναυτία, επαναλαμβανόμενο έμετο, κοιλιακό άλγος, πρώιμο κορεσμό με απόρριψη τροφίμων συνοδευόμενο από κακή λήψη τροφής.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΑΔ

Διαιτητικά προβλήματα

Επιλεκτικότητα και ευαισθησία σε τροφές

Η υπόθεση ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα φαγητού και γεύματος από αυτά που συνήθως εμφανίζουν τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά αποδεικνύεται από προηγούμενες μελέτες περιπτώσεων και έρευνες (Kanner, 1943; DeMyer et al., 1968; Raiten & Massaro, 1986; Minshew & Payton, 1988; Archer & Szatmari, 1991; Lopreiato & Wulfsberg, 1992; Stone et al., 1995; Teplin, 1999; Ahearnetal., 2001). Προηγούμενη έρευνα που αφορούσε παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές έδειξε ότι η διατροφική συμπεριφορά τους περιορίζεται από την κατηγορία τροφίμων (Ahearnetal., 2001), την υφή αυτών (Ahearnetal., 2001, Archer&Szatmari, 1991) και ότι αυτά τα παιδιά απορρίπτουν τρόφιμα με μεγαλύτερη συχνότητα (Archer & Szatmari, 1991). Μια μελέτη παρουσίασε μία νέα πτυχή της μελέτης των προβλημάτων διατροφής παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, τη σύγκριση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά (Ahearnetal., 2001). Σε αυτή τη μελέτη, οι γονείς ανέφεραν ότι τα παιδιά τους με αναπτυξιακές διαταραχές παρουσίαζαν γενικότερα προβλήματα διατροφής, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης των τροφίμων, απαιτώντας τα τρόφιμα να σερβίρονται με συγκεκριμένο τρόπο και με ειδικά σκεύη. Τα παιδιά καταλάωναν τρόφιμα με απλές συνθέσεις και μικρής ποικιλίας εν συγκρίσει με τα παιδιά χωρίς αναπτυξιακές διαταραχές. Με βάση τα αποτελέσματα από την ανάλυση του αριθμού των τροφικών ειδών που καταναλώθηκαν σε κάθε ομάδα τροφίμων υποστηρίχθηκε ότι τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες τροφίμων όλων των ειδών σε σχέση με τα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Ωστόσο, οι οικογένειες των παιδιών με και χωρίς αναπτυξιακές διαταραχές καταναλώνουν παρόμοιο αριθμό ειδών τροφίμων εντός των τροφικών ομάδων.

Αν και η παραπάνω μελέτη συμπλήρωσε σε έναν βαθμό τις διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τα προβλήματα διατροφής και τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές, ορισμένα μεθοδολογικά προβλήματα θα μπορούσαν εν μέρει να επηρεάσουν τα αποτελέσματα, όπως επί

παραδείγματι η διαδικασία επιλογής των οικογενειών παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές. Ο αριθμός των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές στο δείγμα ήταν περίπου 32% του συνολικού δείγματος, ποσοστό υψηλότερο από την εκτιμώμενη εμφάνιση αναπτυξιακών διαταραχών στον πληθυσμό (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994) και επίσης θα μπορούσε να παραπέμπει σε μία προκατάληψη επιλογής παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές που ταυτόχρονα εμφανίζουν προβλήματα διατροφής. Ωστόσο, καθώς η παραπάνω μελέτη περιελάμβανε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων με αναπτυξιακές διαταραχές από προηγούμενες μελέτες, έχει προσδώσει πολύ μεγαλύτερη αξιοπιστία στο πεδίο έρευνας των προβλημάτων διατροφής στα παιδιά αυτά.

Επιπροσθέτως, σε άλλη μελέτη, από την αναφορά των γονέων για τα τρόφιμα που καταναλώνονται από τα παιδιά μπορεί να έχουν εξαχθεί λιγότερο ακριβή αποτελέσματα σε σχέση με την πραγματική κατανάλωση των τροφίμων. (Ahearn et al., 2001). Για παράδειγμα, οι γονείς μπορούν να μην αναφέρουν με ακρίβεια τα είδη τροφίμων που το παιδί καταναλώνει. Κατά συνέπεια, η χρήση τυποποιημένου ερωτηματολογίου προβλημάτων φαγητού (CEBI, με βάση τους Archer et al. (1991)), προσδίδει μεγαλύτερη αξιοπιστία στα αποτελέσματα της μελέτης και μπορεί να προσφέρει μια πιο αντιπροσωπευτική εικόνα για τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές σε σχέση με τα τυπικά διατροφικά πρότυπα.

Διατροφική διαταραχή PICA

Η Pica είναι μια ψυχολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από όρεξη για ουσίες που είναι σε μεγάλο βαθμό μη θρεπτικές, όπως πάγο (παγοφαγία), μαλλιά (τριχοφαγία) (Mahesh et al., 2014), γυψοσανίδα ή βαφή, μέταλλο (μεταλλοφαγία), πέτρες (λιθοφαγία) ή έδαφος (γεωφαγία), γυαλί (υαλοφαγία) ή κόπρανα (κοπροφαγία) και κιμωλία. Σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4η έκδοση), για να θεωρηθούν αυτές οι δράσεις ενδείξεις της Pica, πρέπει να εκδηλωθούν για χρονική διάρκεια μεγαλύτερη του ενός μήνα και σε ηλικία όπου η κατανάλωση

τέτοιων αντικειμένων θεωρείται αναπτυξιακά ακατάλληλη. Η παραπάνω συνήθεια μπορεί να οδηγήσει σε δηλητηρίαση και σε εξασθένηση τόσο της σωματικής όσο και της πνευματικής ανάπτυξης (Luby, 2009). Επιπλέον, μπορεί να συνεπάγεται καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που οφείλονται σε εντερική απόφραξη και χρήζουν χειρουργική επέμβαση, καθώς και ηπιότερες επιπτώσεις, όπως διατροφικές ανεπάρκειες (Blinder & Salama, 2008). Η Pica έχει συνδεθεί με άλλες διανοητικές και συναισθηματικές διαταραχές. Οι παράγοντες εμφάνισης άγχους, όπως το συναισθηματικό τραύμα, η στέρηση της μητέρας, τα οικογενειακά προβλήματα, η γονική παραμέληση, η εγκυμοσύνη και η αποδιοργανωμένη οικογενειακή δομή έχουν συνδεθεί στενά με την Pica (Singhi et al., 1981).

Η Pica παρατηρείται συχνότερα σε έγκυες γυναίκες (López et al., 2004), μικρά παιδιά και άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες, όπως αυτισμό (Rose et al., 2000). Τα παιδιά που τρώνε βαμμένο γύψο που περιέχει μόλυβδο μπορεί να υποφέρουν από εγκεφαλική βλάβη λόγω δηλητηρίασης από μόλυβδο. Εκτός από τη δηλητηρίαση, υπάρχει πολύ μεγαλύτερος κίνδυνος γαστρεντερικής απόφραξης ή διάτρησης του στομάχου. Επιπρόσθετο κίνδυνο της γεωφαγίας συνιστά η κατάποση των περιπτώσεων των ζώων και των παρασίτων που εμπεριέχονται σε αυτά.

Προβλήματα συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια γευμάτων

Περίπου το 80% των μικρών παιδιών με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΔ) περιγράφονται ως επιθετικά και περί το 95% αυτών των παιδιών αναφέρουν ότι οι γονείς τους αντιστέκονται στην προσπάθεια να δοκιμάσουν νέα τρόφιμα (Lockner et al., 2008). Τα παιδιά με ΔΑΔ ενδέχεται να εμφανίζουν συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες, όπως την απαίτηση να έχουν όλα τα τρόφιμα συγκεκριμένες υφές, χρώματα, σχήματα ή εμπορικά σήματα (Cornish, 1998). Αν και η επιλεκτική διατροφή σε έναν βαθμό είναι τυπική και εν ενέχει ιδιαίτερους αναπτυξιακούς κινδύνους για μικρά παιδιά (Crist & Napier-Phillips, 2001), αναφέρονται μικρά παιδιά με ΔΑΔ με ποσοστά επιλεκτικότητας τροφίμων μεγαλύτερα σε σχέση με εκείνα των τυπικά αναπτυσσόμενων συνομηλίκων τους (Bandini et al., 2010, Provost et al., 2010). Τα παιδιά με ΔΑΔ είναι επίσης πιο πιθανό να καταναλώνουν μια πιο

περιορισμένη ποικιλία τροφών έως και τον μισό αριθμό τροφίμων από κάθε επιμέρους διατροφική κατηγορία (Schreck et al., 2004).

Τα προβλήματα άρνησης ορισμένων κατηγοριών τροφίμων έχουν συνδεθεί με ποικίλα αρνητικά αποτελέσματα για τα παιδιά και τις οικογένειές τους (Kodak & Piazza, 2008; Bandini et al., 2010). Τα προβλήματα που αφορούν τα γεύματα ενδέχεται να επηρεάσουν το βαθμό συμμετοχής των παιδιών σε κοινωνικές εκδηλώσεις, τις αντιλήψεις των μητέρων, τη γονική προσπάθεια που απαιτείται κατά τη διάρκεια των γευμάτων και τις ανησυχίες των μητέρων για το πώς θα αντιληφθούν οι άλλοι τη συμπεριφορά των παιδιών (Wilkinson, 2009). Επιπλέον, αναφέρεται ότι τα παιδιά με ΔΑΔ καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες σημαντικών θρεπτικών ουσιών, όπως ασβεστίου, πρωτεϊνών, βιταμινών και ινών (Bandini et al., 2010; Sharp et al., 2013).

Για την ερμηνεία της υψηλής συχνότητας προβλημάτων διατροφής σε παιδιά με ΔΑΔ έχουν προταθεί διάφορες αιτίες. Μία θεώρηση προτείνει ότι οι συγκεκριμένες περιορισμένες προτιμήσεις για τα τρόφιμα είναι παρόμοιες με τα μοτίβα περιορισμού που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΑΔ σε άλλους τομείς της ζωής (Cornish, 1998). Τα άλλα χαρακτηριστικά της ΔΑΔ, όπως τα ελλείμματα στην κοινωνική συμμόρφωση, η βιολογική μισαλλοδοξία, οι αισθητηριακές διαταραχές, η επιμονή, ο φόβος της καινοτομίας και η δυσκολία στις κινητικές ικανότητες μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο ρυθμό προβλημάτων σίτισης (Cumine et al., 2000).

Ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με την άρνηση των τροφίμων σε παιδιά με ΔΑΔ είναι σημαντικός για τη διαμόρφωση την εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβατικών πρακτικών. Η μέχρι τώρα διενεργηθείσα έρευνα έχει υποστηρίξει τη συσχέτιση μεταξύ των γονεϊκών συμπεριφορών γεύματος και των προβλημάτων διατροφής των παιδιών ή της διατροφικής ποικιλίας μεταξύ τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών και παιδιών με προβλήματα διατροφής (π.χ., Faith et al., 2004; Williams et al., 2008). Μεταξύ των παιδιών με προβλήματα διατροφής, η ποικιλία παιδικής διατροφής συσχετίστηκε με λιγότερες προσπάθειες των γονέων για την αύξηση της ποσότητας της καταναλωθείσας τροφής (π.χ. προσφορά επιδόρππων για

φαγητό, επιτρέποντας τις αγαπημένες γεύσεις του παιδιού στα τρόφιμα, τοποθέτηση τροφών στο στόμα του παιδιού).

Οι πρακτικές συμπεριφορικής θεραπείας, όπως η ενίσχυση και η φυσική καθοδήγηση, έχουν υποστηριχθεί από την έρευνα ως αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της άρνησης των τροφίμων, συμπεριλαμβανομένης της αυστηρής άρνησης των τροφίμων σε παιδιά με ΔΑΔ (Kerwin, 1999, Kodak & Piazza, 2008). Για παράδειγμα, οι Koegel et al. (2012) διαπίστωσαν ότι η γονική χρήση εξατομικευμένης ενίσχυσης για δοκιμή νέων τροφών σε συνδυασμό με ιεραρχική έκθεση στα τρόφιμα που δεν προτιμώνται από τα παιδιά οδήγησε σε μεγαλύτερη αποδοχή των τροφίμων αυτών και σε αυθόρμητα αιτήματα για πρόσληψη νέων ειδών τροφίμων από μικρά παιδιά (6- 8 ετών) με αυτισμό. Επιπλέον, σε μια μελέτη εφαρμογής παρεμβατικών πρακτικών που στόχευαν στην κατανάλωση λαχανικών από παιδιά ηλικίας 2-4 ετών προσδιορίστηκε ότι η αξιοποίηση συστήματος ανταμοιβών και η επαναλαμβανόμενη έκθεση οδήγησαν σε αυξημένη πρόσληψη λαχανικών (Holley et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γονείς έλαβαν μόνο οδηγίες σχετικά με τις μεθόδους συμπεριφοράς σε μία βασική συνεδρία, πράγμα που σημαίνει ότι επιτεύχθηκαν σημαντικές βελτιώσεις με τρόπο οικονομικό και σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Η εφαρμογή των συμπεριφορικών δεξιοτήτων των γονέων βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια των συνεδριών γευσιγνωσίας, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι γονείς διαθέτουν την ικανότητα ενσωμάτωσης παρόμοιων δεξιοτήτων στις αλληλεπιδράσεις τους με τα παιδιά. Ωστόσο, αυτές οι στρατηγικές μπορεί να μην αποτελούν στοιχεία της φυσικής συμπεριφοράς των γονέων και, συνεπώς, απαιτούν την κατάρτισή τους και την λήψη συμβουλών από εκπαιδευμένους ειδικούς συμπεριφοράς ή διατροφής για να αξιοποιήσουν με τον πλέον κατάλληλο τρόπο τις εν λόγω τεχνικές.

Λιγότερα είναι γνωστά για τις συνήθειες συμπεριφορές γεύματος που εντάσσονται στη συμπεριφορά του γονέα και που μπορούν να αξιοποιηθούν για την αντιμετώπιση της επιλεκτικότητας των τροφίμων (Ledford & Gast, 2006). Επιπλέον, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την επιλεκτικότητα των τροφίμων από την πλευρά των παιδιών με ΔΑΔ κατέδειξε την ανάγκη για πρόσθετες έρευνες που εξετάζουν παράγοντες που σχετίζονται

με περιορισμένη ποικιλία διατροφής, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών των οικογενειακών γευμάτων (Cermak et al., 2010). Οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στους γονείς χρησιμοποιούνται συχνά σε θεραπείες για παιδιά με ΔΑΔ. Για παράδειγμα, έχουν αναπτυχθεί παρεμβάσεις που εστιάζουν στους γονείς για την αντιμετώπιση του γονεϊκού άγχους (π.χ. Keen et al., 2010), στις γονεϊκές ικανότητες για την αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών (π.χ., Sofronoff et al., 2004; Keen et al., 2010) και στην κοινωνική επικοινωνία των παιδιών (Aldred et al., 2004).

Έχει ανιχνευθεί ότι οι γονεϊκές παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιά με ΔΑΔ επηρεάζουν την προσαρμοστική τους λειτουργία (π.χ., Keen et al., 2010), την ανάπτυξη γλωσσών (π.χ., Drew et al., 2002, Aldred et al. (π.χ., Aldred et al., 2004, Sofronoff et al., 2004) και τον περιορισμό προβληματικών παιδικών συμπεριφορών (π.χ., Sofronoff et al., 2004). Αυτά τα ευρήματα τεκμηριώνουν ότι οι παρεμβάσεις με επίκεντρο τον γονέα είναι κατάλληλες και αποτελεσματικές για την αλλαγή συμπεριφοράς σε παιδιά με ΔΑΔ.

Προβλήματα Διατροφικής πρόσληψης

Η περιορισμένη πρόσληψη τροφής μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια θρεπτικών ουσιών, στην περίπτωση που οι τύποι και η ποικιλία των τροφίμων παραμείνουν περιορισμένοι, με αποτέλεσμα κίνδυνο για την υγεία. Ωστόσο, παρά τη διαδεδομένη ανησυχία για την επιλεκτικότητα των τροφίμων σε παιδιά με ΔΑΔ, ελάχιστες μελέτες έχουν πραγματικά αξιολογήσει τη θρεπτική επάρκεια των παιδικών διαιτολογίων και έχουν οδηγήσει σε αντιφατικά συμπεράσματα. Δύο από τις μελέτες που ανέφεραν υψηλό βαθμό επιλεκτικότητας αξιολόγησαν την επάρκεια θρεπτικών στοιχείων της διατροφής των παιδιών. Οι Raiten & Massaro (1986) ανέλυσαν ένα ημερολόγιο διατροφής 7 ημερών για 40 παιδιά με ASD και 34 τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά. Επίσης, αξιολόγησαν τις αντιλήψεις των φροντιστών σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους και μελετήθηκε η ομοιομορφία των γευμάτων, οι διατροφικές συμπεριφορές και οι προτιμήσεις τροφίμων. Παρά το γεγονός ότι υπήρχαν μεγαλύτεροι αριθμοί παιδιών με ASD σε κάθε ομάδα, δεν εντοπίστηκαν διαφορές αναφορικά με την επάρκεια των θρεπτικών ουσιών που προσλαμβάνονται μεταξύ των δύο ομάδων.

Σε μια μελέτη μικρής κλίμακας, οι Schmitt et al. (2008) συνέκρινε την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών από 20 αγόρια με αυτισμό και 18 από άτομα ηλικίας 7-10 ετών χρησιμοποιώντας ένα ημερολόγιο τροφίμων τριών ημερών. Δεν προσδιορίστηκε διαφορά στην πρόσληψη θρεπτικών ουσιών μεταξύ των δύο ομάδων. Σε μια άλλη μελέτη μικρής κλίμακας για παιδιά ηλικίας 3 έως 5 ετών με και χωρίς ASD, οι Lockner et al. (2008) διαπίστωσαν ότι τα περισσότερα παιδιά πληρούν τη μέση εκτιμώμενη πρόσληψη (Estimated Average Requirement, EAR) για επιλεγμένα θρεπτικά συστατικά. Ωστόσο, ένα μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με ASD ακολουθούσε διατροφή που συνοδευόταν από πρόσληψη βιταμίνης A που ήταν κατώτερη από την προτεινόμενη δοσολογία.

Αντίθετα, ο Cornish (1998) ανέφερε ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών σε παιδιά με αυτισμό σε έρευνα που στηρίχθηκε σε ένα διατροφικό πρόγραμμα τριών ημερών και μια λίστα ελέγχου συχνότητας τροφίμων. Σε 9 από τα 17 παιδιά με αυτισμό (53%) παρατηρήθηκε πρόσληψη ενός ή περισσότερων θρεπτικών συστατικών χαμηλότερη από την συνιστώμενη δόση. Προσδιορίστηκε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της ποικιλίας και της διατροφικής επάρκειας καθώς η ημερήσια ποικιλία και ο αριθμός των προσλαμβανόμενων θρεπτικών ουσιών μειώθηκαν κάτω από το συνιστώμενο ποσό. Η πρόσληψη πρωτεϊνών, βιταμίνης A, θειαμίνης, βιταμίνης B12, φολικού οξέος, νατρίου, καλίου, μαγνησίου, φωσφόρου και χαλκού προσδιορίστηκε ως επαρκής για όλα τα παιδιά. Παρατηρήθηκαν δε ανεπαρκείς προσλήψεις σιδήρου, βιταμίνης D, βιταμίνης C, νιασίνης, ριβοφλαβίνης και ψευδαργύρου σε ένα ή περισσότερα παιδιά. Η πλειοψηφία των παιδιών δεν κατανάλωσαν επαρκείς ποσότητες φρούτων και λαχανικών, αλλά το 94% των παιδιών κατανάλωναν καθημερινά τρόφιμα που οι συγγραφείς θεωρούσαν ότι περιλαμβάνονται στις ομάδες τροφίμων "λιπαρών" και "ζαχαρωδών". Δύο άλλες μελέτες συνέλεξαν τα αρχεία τροφίμων τριών ημερών σε ομάδες παιδιών με ASD. Οι Ho & Eaves (2000) ανέφεραν χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου στο δείγμα τους. Ωστόσο, από τα δεδομένα της έρευνάς τους μπορούν να αντληθούν περιορισμένα συμπεράσματα, καθώς δεν αναφέρθηκε ο συνολικός αριθμός των παιδιών με ανεπαρκή πρόσληψη ασβεστίου.

Μέχρι τώρα δεν υφίστανται επαρκή δεδομένα αναφορικά με την πρόσληψη άλλων μικροθρεπτικών συστατικών. Σε μια πρόσφατη μελέτη για την εξέταση της διατροφικής πρόσληψης μεταξύ παιδιών με ASD και τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών, οι Herndon et al. (2009) χρησιμοποίησαν ένα αρχείο καταγραφής διατροφικών συμπεριφορών διάρκειας τριών ημερών και διαπίστωσαν ότι ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με ASD και τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά κατανάλωναν μικρότερες ποσότητες από τις συνιστώμενες διαιτητικές προσλήψεις για διάφορα θρεπτικά συστατικά, όπως ασβέστιο, σίδηρο, βιταμίνες D και E και φυτικές ίνες. Τα παιδιά με ASD επίσης βρέθηκε να έχουν υψηλότερη πρόσληψη βιταμινών B-6 και E και χαμηλότερη πρόσληψη ασβεστίου από τα παιδιά που αναπτύσσονται τυπικά. Όταν η ανάλυση απέκλειε τα παιδιά σε δίαιτες χωρίς γλουτένη ή καζεΐνη (AKFC), αυτές οι διαφορές δεν ήταν πλέον σημαντικές, εκτός από την υψηλότερη πρόσληψη βιταμίνης B-6 στα παιδιά με ASD.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα μελετών σχετικά με την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών από παιδιά με ASD έχουν παραγάγει αντιφατικά αποτελέσματα με διαφορετικές μελέτες που δείχνουν ότι η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών των παιδιών με αυτισμό είναι περίπου ή ίδια με τα παιδιά χωρίς ASD. Αρκετές μελέτες έχουν συγκρίνει την πρόσληψη παιδιών με ASD σε διαιτητικά πρότυπα αλλά δεν συμπεριέλαβαν ομάδα ελέγχου, οπότε δεν ήταν δυνατόν να εξεταστούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της διατροφικής συμπεριφοράς των ASD. Ακόμη πιο σημαντικό είναι ότι οι περισσότερες μελέτες δεν συνέκριναν τα παιδιά με ASD που παρουσίαζαν διατροφική επιλεκτικότητα με παιδιά με ASD που δεν εμφάνιζαν την επιλεκτικότητα αυτή, οπότε δεν ήταν δυνατόν να καθοριστεί εάν η επιλεκτικότητα των τροφίμων έθεσε τα παιδιά σε κίνδυνο.

Διάφοροι παράγοντες, όπως η διαφοροποίηση του ορισμού των ASD και των διατροφικών περιορισμών που τίθενται από τους γονείς, ενδέχεται να επηρεάσουν τα τρέχοντα ευρήματα, έτσι ώστε να μην είναι σαφές εάν οι διαφορές μεταξύ των παιδιών με ASD οφείλονται σε γονικούς διατροφικούς περιορισμούς ή σε επιλεκτικότητα των τροφίμων. Ο προσδιορισμός του διατροφικού κινδύνου αυτού του πληθυσμού είναι απαραίτητος για την ανάπτυξη στρατηγικών για την εξασφάλιση της υιοθέτησης υγιών διατροφικών

συνηθειών. Ομοίως, η εύρεση επιπλέον δεδομένων για μεμονωμένα παιδιά είναι κρίσιμης σημασίας, δεδομένης της μεγάλης μεταβλητότητας που εμφανίζει ο εν λόγω πληθυσμός.

Αντιλήψεις γονέων σχετικά με τα διαιτητικά προβλήματα

Οι γονείς των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού συχνά αναφέρουν δυσκολίες στη σίτιση των παιδιών τους. Οι περισσότεροι κλινικοί συμφωνούν με το ότι οι γονείς αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα διατροφής στα παιδιά τους (American Psychiatric Association, 1994; Cornish, 1998; Whitelyetal., 2000). Οι γονείς και οι κλινικοί γιατροί ανέφεραν ορισμένα παραδείγματα των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι γονείς, όπως για παράδειγμα ότι τα παιδιά τους καταναλώνουν μόνο αλμυρά τρόφιμα ή παρουσιάζουν μια ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα καταναλώνουν από μπιμπερό ή από ένα κύπελλο. Τα συγκεκριμένα προβλήματα διατροφής των παιδιών έχουν αναφερθεί και στη σχετική βιβλιογραφία.

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού αναφέρουν επιλεκτική κατανάλωση με βάση την παρουσίαση των τροφίμων ή συγκεκριμένων ειδών τροφίμων (Archer & Szatmari, 1991; Lopreiato & Wulfsberg, 1992; Prontincki, 1995; Stoneetal., 1995; Teplin, 1999; Williamsetal., 2000; Ahearn et al., 2001).

Πιο πρόσφατες έρευνες επιβεβαίωσαν ότι υφίστανται συχνά προβλήματα διατροφής στα παιδιά που ανήκουν στις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού. Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές είναι η περιορισμένη πρόσληψη τροφής και η επιλεκτικότητα με βάση το είδος ή την υφή των τροφίμων (Matson&Fodstad, 2009; Matsonetal., 2012). Οι γονείς αναφέρουν ότι τα παιδιά τους εμφανίζουν ποικίλες δυσκολίες, όπως ήδη εξετάστηκε, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης λήψης συγκεκριμένων τροφίμων, της εμμονής τους στην ομοιομορφία των τροφίμων κατά την κατανάλωση και την αύξηση της προσλαμβανόμενης ποσότητας μόνο συγκεκριμένου είδους τροφίμων (Levin & Carr, 2001; Schreck et al., 2004; Gal et al., 2011).

Προσαρμογή της δίαιτας σε παιδιά με αυτισμό

Είναι πολύ σημαντικό να σχεδιάζεται προσαρμογή της δίαιτας κατά τη θεραπευτική παρέμβαση του αυτισμού αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να καταναλωθούν οι τροφές. Μια κατάλληλη διαιτητική παρέμβαση επιτρέπει τη γρήγορη ανακούφιση από τα συμπτώματα της πάθησης και θα πρέπει να είναι συμπληρωματική της φαρμακοθεραπείας και της συμπεριφοριστικής θεραπείας. Η μείωση της προσλαμβανόμενης ποσότητας ορισμένων ειδών τροφίμων συνδέεται με τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης πολυάριθμων διαταραχών των γαστρεντερικών συμπτωμάτων σε ασθενείς, όπως φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, δυσανεξία σε τρόφιμα και αλλεργίες, λοιμώξεις, μαζί με βιολογικές και ιογενείς λοιμώξεις.

Οι δίαιτες εξάλειψης βασίζονται στη μείωση ή την πλήρη εξάλειψη της ποσότητας των τροφών που δεν καταναλώνουν τα παιδιά από τη δίαιτα που επηρεάζουν δυσμενώς τους ασθενείς με ΔΑΔ, τις περισσότερες φορές προκαλούν τροφικές δυσανεξίες ή αλλεργίες. Αυτός ο αποκλεισμός πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την αφαίρεση οποιωνδήποτε ουσιών που συμβάλλουν στην επιδείνωση του αυτισμού. Λόγω των πιθανών κινδύνων υποσιτισμού, οι συγκεκριμένες δίαιτες εξάλειψης πρέπει να εποπτεύονται από γιατρό ή / και διατροφολόγο.

Σε μια μελέτη των Trajkovski et al. (2008), ορισμένοι αυτιστικοί ασθενείς έδειξαν υπερβολικές ποσότητες IgG, IgE και IgA κατηγοριών αντισωμάτων σε απόκριση αλλεργιογόνων ουσιών που περιέχονται στα τρόφιμα. Έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να εμφανιστεί ανοσοκαταστολή (π.χ. παρουσία IgE) σε παιδιά με ASD, των οποίων οι συνέπειες είναι η κλασική αλλεργική αντίδραση. Ωστόσο, μετά την υιοθέτηση μιας δίαιτας εξάλειψης, η συχνότητα των δυσμενών κλινικών συμπτωμάτων που παρατηρήθηκαν στα άτομα της μελέτης μειώθηκε.

Μια τυπική στρατηγική αποτελεί η εξάλειψη των θρεπτικών συστατικών τα οποία μπορεί να συνιστούν πραγματικό κίνδυνο αλλεργίας ή δυσανεξίας σε τρόφιμα. Πολύ συχνά, μια δίαιτα GF-CF (δίαιτα χωρίς γλουτένη και καζεΐνη) αποτελεί το σημείο εκκίνησης για τη διατροφική θεραπεία των αυτιστικών ασθενών. Μια δίαιτα GF-CF συνίσταται στην πλήρη απομάκρυνση των

προϊόντων που αποτελούν την κύρια πηγή γλουτένης καθώς και εκείνων με ιχνοστοιχεία. Η δίαιτα θα πρέπει επίσης να στοχεύσει στην εξάλειψη της καζεΐνης, που συνιστά το κύριο συστατικό πρωτεΐνης του αγελαδινού γάλακτος και όλων των γαλακτοκομικών προϊόντων. Η πλήρης αφαίρεση του διαιτητικού γάλακτος/ των γαλακτοκομικών προϊόντων οδηγεί ωστόσο σε ανεπάρκεια ασβεστίου, η οποία αποτελεί την κύρια πηγή των δομικών στοιχείων των οστών και των δοντιών στη διατροφή του παιδιού. Ωστόσο, υφίστανται διάφορες εναλλακτικές λύσεις, όπως τα προϊόντα που παρασκευάζονται από κατσικίσιο ή πρόβειο γάλα που έχουν παρόμοιες συνθέσεις με το αγελαδινό γάλα, αν και θα μπορούσαν επίσης να αποτελέσουν πηγή νέων αλλεργιογόνων. Για το λόγο αυτό οι ειδικοί διατροφολόγοι συστήνουν συνήθως γάλα σόγιας ή ρυζιού, νιφάδες ζύμης με προσθήκη μελάσας μπορούν να υποκαταστήσουν το τυρί (Gottschall, 2004).

Μια τυχαίοποιημένη δοκιμή από τη Δανία με την ονομασία «ScanBrit» (Whiteley και συν, 2010) διερεύνησε την επίδραση της δίαιτας GF-CF στην κοινωνική συμπεριφορά σε παιδιά με ASD μέσω διατροφικής ανάλυσης μετά από 12 μήνες. Η συμπεριφορά των παιδιών αξιολογήθηκε σύμφωνα με την κλίμακα ADOS (Χρονοδιάγραμμα Παρατήρησης Διαγνωστικού Ελέγχου Αυτισμού), GARS (Gilliam Autism Rating Scale) και VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales). Υποστηρίχθηκε ότι η κατάλληλη διαιτητική παρέμβαση μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των ασθενών.

Μια μελέτη των Elder et al (2006) επικεντρώθηκε επίσης στον αντίκτυπο στην υγεία που επιφέρει μια δίαιτα GF-CF σε παιδιά με ΔΑΔ (n = 15 ηλικίας 2 έως 16 ετών). Ωστόσο, τα αποτελέσματα για τα συμπτώματα της νόσου ήταν στατιστικά ασαφή, αν και οι γονείς ανέφεραν βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών μετά από 3 μήνες δίαιτας. Σε μελέτη των Knivsberg et al. (2002), στα παιδιά με αυτισμό, η διατροφική εξάλειψη της γλουτένης και της καζεΐνης μέσω της δίαιτας GF-CF συνεπαγόταν πολύ καλύτερες βελτιώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου.

Ο αντίκτυπος της αφαίρεσης της γλουτένης και της καζεΐνης στα αυτιστικά παιδιά διερευνήθηκε επίσης από τον Cornish (2002), στη μελέτη του οποίου

χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο καταγραφής της δίαιτας των παιδιών από τους γονείς. Τα παιδιά στη διατροφή GF-CF εμφάνισαν ανεπάρκεια ψευδαργύρου, ασβεστίου, σιδήρου, βιταμίνης A, βιταμίνης B12 και ριβοφλαβίνης σε σύγκριση με εκείνες που δεν περιλαμβάνονται στη διατροφή αυτή. Η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών ήταν ωστόσο υψηλότερη στην πρώτη, ενώ η κατανάλωση ψωμιού και πατάτας ήταν χαμηλότερη στα παιδιά που βρίσκονταν στη δίαιτα GF-CF.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά των παιδιών, οι Seung et al. (2007) δεν ανέφεραν σημαντικές διαφορές παιδιών που ακολούθησαν δίαιτα GF-CF για 6 εβδομάδες, αλλά υπογραμμίστηκε ότι η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της διατροφής απαιτεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η δίαιτα GF-CF μπορεί να είναι σκόπιμη να ακολουθηθεί από ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ASD, αλλά παρά την υψηλή καταλληλότητά της, οι ασθενείς ενδέχεται να χρειαστούν περαιτέρω βελτιώσεις και τροποποιήσεις διατροφής προσαρμοσμένες στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς. Μία από τις κύριες αιτίες των συναισθηματικών προβλημάτων στα παιδιά μπορεί να είναι η λανθασμένη διατροφή, που σχετίζεται κυρίως με την κατανάλωση προϊόντων διατροφής τα οποία περιέχουν βαφές, τεχνητές γεύσεις και συντηρητικά. Τα τρόφιμα που περιέχουν χημικές ουσίες και τα οποία προστίθενται κατά τη διάρκεια των διαδικασιών παραγωγής ενδέχεται επίσης να προκαλέσουν αλλεργίες ή δυσανεξία και να έχουν καρκινογόνο ή μεταλλαξιγόνο δράση (McCann, 2007).

Η διατροφή Feingold, (μια διατροφή που στοχεύει στον περιορισμό ορισμένων συστατικών που περιέχονται στα τρόφιμα), χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία συμπτωμάτων αυτισμού. Η βασική της σύσταση είναι να αφαιρέσει τα πρόσθετα βαφής και τα συντηρητικά από τα τρόφιμα του καθημερινού γεύματος και βασίζεται στην εξάλειψη όλων των προϊόντων που περιέχουν επιβλαβείς ουσίες, πρόσθετα τροφίμων και ενισχυτικά γεύσης. Για παράδειγμα, επιδιώκεται η εξάλειψη του σαλικυλικού άλατος, που μπορεί να βρεθεί στην ασπιρίνη και σε οδοντόκρεμες, λοσιόν, στοματικά διαλύματα, σιρόπια βήχα, τσίχλες καθώς και σε φυσικά τρόφιμα όπως μήλα, σταφύλια, αγγούρια, πορτοκάλια και μπανάνες (Feingold, 1975).

Η λεγόμενη «κετονική διατροφή» αφορά δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία παιδιών με ανθεκτική επιληψία (Neal et al., 2008). Η κλασική κετονική δίαιτα παρέχει περίπου το 90% της ενέργειας από το λίπος, ενώ το υπόλοιπο είναι από πρωτεΐνες και υδατάνθρακες. Η δίαιτα πρέπει να υιοθετείται για 2-3 χρόνια μετά από μια αρχική περίοδο νηστείας, όταν η συγκέντρωση της κετόνης στα ούρα φθάνει σε ορισμένα απαιτούμενα επίπεδα. Κατά τη διάρκεια της δίαιτας, το σώμα βρίσκεται σε κατάσταση κέτωσης, όπου συμβαίνει μεταβολική μετατόπιση από τη χρήση γλυκόζης, ενώ την κύρια πηγή ενέργειας αποτελούν ενώσεις κετόνης που σχηματίζονται από λιπαρά οξέα στο αίμα (Plogsted, 2012).

Μία μελέτη των Evangelίου et al. (2003) έδειξε ότι η κετονική διατροφή μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα των ΔΑΔ όπου η επίδραση αυτής της δίαιτας μετά από 6 μήνες καθορίστηκε σε 30 αυτιστικά παιδιά ηλικίας 4-10 ετών. Σημαντική βελτίωση στις κοινωνικές και επικοινωνιακές ικανότητες παρατηρήθηκε στη συνέχεια σε 18 περιπτώσεις. Σημαντικές επιδράσεις της δίαιτας παρατηρήθηκαν σε 2 ασθενείς. Αντίθετα, σοβαρά συμπτώματα αυτισμού παρατηρήθηκαν σε παιδιά που δεν ακολούθησαν κετονική διατροφή. Σημειώνεται ότι δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές όπως χαμηλό βάρος γέννησης ή έλλειψη σεληνίου. Προτάθηκε ότι η κετονική διατροφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία για τη θεραπεία συμπτωμάτων αυτισμού (Evangelίου et al., 2003).

Μελέτη των Canitano et al. (2005) εξέτασε τον επιπολασμό της επιληψίας σε παιδιά με αυτισμό, εκ των οποίων το 1/3 στην ηλικία των 2-3 ετών μπορεί να εμφανίσει επιληπτικά συμπτώματα και διαπιστώθηκε ότι μια κετονική διατροφή μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στους μηχανισμούς των νευρολογικών ασθενειών. Παρ' όλ' αυτά, πρέπει να τονιστεί ότι η εφαρμογή της θεραπείας με κετονική διατροφή απαιτεί εκτεταμένη εμπειρία τόσο από τον γιατρό όσο και από τον διαιτολόγο. Κατά τη διάρκεια της διαιτητικής θεραπείας, πρέπει να ελέγχεται η συγκέντρωση των κετονικών σωμάτων στον ορό του αίματος των ασθενών, ειδάλλως υπάρχει υψηλός κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων μεταβολικών διαταραχών.

Η «ειδική δίαιτα υδατανθράκων» (specific carbohydrate diet, SCD) περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Gottschall (2004), ως μία διατροφική μέθοδος για τη θεραπεία του αυτισμού. Σκοπός της είναι να ανακουφίσει τα συμπτώματα της δυσαπορρόφησης και να εμποδίσει την ανάπτυξη παθογόνου εντερικής μικροχλωρίδας. Τα θρεπτικά συστατικά περιλαμβάνουν κυρίως μονοσακχαρίτες, των οποίων οι πηγές είναι φρούτα, μερικά λαχανικά και μέλι, ενώ η κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων περιορίζεται. Οι πολυσακχαρίτες χρειάζονται πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αφομοιωθούν από τους μονοσακχαρίτες και έτσι είναι ασυνήθιστα (ασυμμετρικά) κατανεμημένοι στο γαστρεντερικό σωλήνα, οδηγώντας δυνητικά σε δυσκολίες απορρόφησης όπου το υπολειμματικό τρόφιμο γίνεται έδαφος αναπαραγωγής παθογόνου εντερικής χλωρίδας. Η υπερανάπτυξη των ζυμών και τα βακτηρίδια μπορούν να προκαλέσουν εντερική δυσβολία (εντερικό καταρράκτη), με το σχηματισμό βακτηριακών και μυκητιακών προϊόντων, καθώς και την υπερβολική παραγωγή εντερικής βλέννας (Finegold et al., 2002).

Ο κύριος στόχος αυτής της δίαιτας είναι η αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και η πρόληψη της ανάπτυξης εντερικών παθογόνων μικροοργανισμών. Συνιστώμενα συστατικά είναι το κρέας, τα αυγά, τα φυσικά τυριά, το σπιτικό γιαούρτι, λαχανικά (λάχανο, κουνουπίδι, κρεμμύδια, σπανάκι, πιπεριές), φρέσκα φρούτα, ξηροί καρποί (αμύγδαλα, καρύδια βραζιλίας, καρύδια).

Επιπλέον, ορισμένες ουσίες, όπως οι οξαλικές ενώσεις, μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στην νευρολογική ανάπτυξη του παιδιού και να προκαλέσουν ανωμαλίες στο νευρικό σύστημα (Levy et al., 2007). Αν και ο αυτισμός είναι μια γενετική ασθένεια, μερικές μεταβολικές διαταραχές μπορεί να συμβάλλουν στην εντατικοποίηση των κλινικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών συγκεντρώσεων οξαλικών στον ορό του αίματος. Σε ασθενείς με ASD, οι Konstantinowicz et al. (2011) ανίχνευσαν τριπλάσιες συγκεντρώσεις οξαλικού πλάσματος σε σύγκριση με τις συνιστώμενες τιμές (5,6 mmol/l έναντι 1,84 mmol/l) και 2,5 φορές υψηλότερα επίπεδα οξαλικού στα ούρα. Υψηλότερες συγκεντρώσεις οξαλικών σε ορό αίματος και ούρα μπορεί έτσι να αντιστοιχούν σε έναν από τους λόγους της παθογένειας της ASD και μια δίαιτα

όπου αποφεύγεται η κατανάλωση τροφίμων που περιέχονται οξαλικά άλατα μπορεί να συντελέσει στον περιορισμό της. Τα τρόφιμα που είναι ιδιαίτερα πλούσια σε οξαλικά άλατα είναι σπανάκι, παντζάρια, κακάο, μαύρο τσάι, σύκα, ξύσμα λεμονιού, πράσινα μήλα, μαύρα σταφύλια, ακτινίδια, μανταρίνια, φράουλες, μούρα, βρώμη, σιτάρι, κεχρί, φιστίκια, κάσιους, φουντούκια, αμύγδαλα κ.α. (Marcason, 2006).

Η αποδεκτή ημερήσια πρόσληψη (ADI) οξαλικού διαιθυλεστερά σε ενήλικα είναι 250 mg / ημέρα. Η ημερήσια πρόσληψη οξαλικού άλατος σε μια τυπική δυτική διατροφή μπορεί ωστόσο να φθάσει τα 1000 mg άλατος/ημέρα. Συνεπώς, οι ασθενείς με αυτισμό θα πρέπει να περιορίζουν την πρόσληψη τροφών πλούσιων σε οξαλικά έως 40-50 mg άλατος/ημέρα (Robertson, 2004). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν υποστηρικτικά συμπληρώματα ανάλογα με την περίπτωση, όπως αργινίνη, ταυρίνη, βιταμίνες A και E, γλυκοζαμίνη, γλουταθειόνη, θειαμίνη, μαγνήσιο, CoA, κιτρικό, μαγνήσιο, ασβέστιο και ψευδάργυρο.

Η θεωρία του Pauling (1968) αναφέρει ότι οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να προκύψουν από διάφορες διαταραχές στο σώμα, όπως από βιοχημικές αντιδράσεις, γενετικούς παράγοντες, δίαιτα και ανεπάρκειες βιταμινών ή/και μετάλλων. Τα συμπληρώματα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του αυτισμού πρέπει ωστόσο να μην προκαλούν ούτε να επιδεινώνουν τα συμπτώματα του αυτισμού. Τα συμπληρώματα πρέπει επίσης να χορηγούνται μετά από ενδείξεις κακής πέψης και εντερικής δυσβολίας. Πράγματι, τα συμπληρώματα όπως τα λιπαρά οξέα ωμέγα-3, τα προβιοτικά, η βιταμίνη B6 με μαγνήσιο, οι βιταμίνες: C, A, D, B12, φυλλικό οξύ, σίδηρο και βιολογικά στοιχεία έχουν αποδειχθεί ότι περιορίζουν την ένταση των συμπτωμάτων του αυτισμού.

Επίσης, η ανεπαρκής πρόσληψη ωμέγα-3 λιπαρών οξέων μπορεί να συνεπάγεται τη μη φυσιολογική ανάπτυξη του νευρικού συστήματος στην παιδική ηλικία, με αποτέλεσμα την απώλεια της συγκέντρωσης, υπερδραστικότητα, δυσλεξία, δυσπραγία και αυτιστική διαταραχή (Tsalamanio, 2006). Μία πιλοτική μελέτη των Amminger et al. (2007) διενεργήθηκε για να εκτιμηθεί εάν η λήψη ωμέγα-3 λιπαρών οξέων βελτιώνει

τη συμπεριφορά ή μπορεί να μετριάσει κάποια από τα άλλα συμπτώματα του αυτισμού. Στην έρευνα συμμετείχαν 22 αυτιστικά παιδιά, ηλικίας 5-17 ετών, τα οποία ερευνήθηκαν για 6 εβδομάδες κατά τη διάρκεια των οποίων ένα συμπλήρωμα που περιείχε EPA και DHA και βιταμίνη E λήφθηκε σε δόσεις 1,5 g/ημέρα. η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε το συμπλήρωμα, ωστόσο η βιταμίνη E καταναλώθηκε. Διαπιστώθηκε ότι τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα βελτίωσαν σημαντικά την ομιλία και την άρθρωση στα παιδιά που έλαβαν αυτό το εν λόγω συμπλήρωμα, ενώ σημειώθηκε μεγαλύτερη ανοχή στις σχέσεις με άλλους ανθρώπους συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου.

Αντίθετα, μια μελέτη με χρήση συμπληρωμάτων ωμέγα-3 λιπαρών οξέων σε ενήλικες ασθενείς με ASD από τους Politi et al. (2008) δεν κατέδειξε σημαντική βελτίωση της σοβαρότητας και της συχνότητας της νόσου, τόσο στους ασθενείς κατά τη διάρκεια της χορήγησης συμπληρωμάτων όσο και κατά την ολοκλήρωση των 6 εβδομάδων της θεραπείας. Σημειώνεται ότι το συμπλήρωμα περιείχε τόσο 0.93 g EPA και DHA όσο και 5 mg βιταμίνης E προκειμένου να αποφευχθεί η υπερβολική οξείδωση των λιπιδίων. Τελικά, δεν παρατηρήθηκε καμία αλλαγή στις ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων με σοβαρό αυτισμό μετά την παροχή των διατροφικών συμπληρωμάτων.

Η επίδραση της λήψης ενός συμπληρώματος EPA ελέγχθηκε επίσης σε μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε σε αγόρι με ASD από τους Johnson & Hollander (2003), για να διαπιστωθεί εάν τα σοβαρά συμπτώματα της ASD θα μπορούσαν να περιοριστούν. Ο ασθενής υπέφερε από σοβαρά ψυχιατρικά συμπτώματα, όπως κρίσεις, επιθετικότητα, κατάθλιψη, άγχος κλπ. Επί 4 εβδομάδες, η δόση EPA αυξήθηκε σταδιακά και στη συνέχεια για 8 εβδομάδες στον ασθενή χορηγήθηκαν 540 mg EPA/ημέρα. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι ερευνητές και οι γονείς παρατήρησαν συμπεριφορικές βελτιώσεις που περιλάμβαναν την εξάλειψη του υπερβολικού φόβου και του ενθουσιασμού. Ωστόσο, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι χρειάζονται περιεκτικότερες κλινικές μελέτες για την εκτίμηση της αξίας των συμπληρωμάτων ωμέγα-3 λιπαρών οξέων για τη θεραπεία των συμπτωμάτων του αυτισμού.

Οι μικροοργανισμοί με συγκεκριμένες προβιοτικές ιδιότητες είναι ικανοί να αυξήσουν την αξιοποίηση του οργανισμού από τα συστατικά τροφίμων και τη σύνθεση των βιταμινών μαζί με την αναστολή της ανάπτυξης ορισμένων παθογόνων οργανισμών και με διάφορα ανοσορρυθμιστικά αποτελέσματα (Weichselbaum, 2010). Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με την άποψη των ειδικών, σχεδόν το 1/5 των ιατρών χορηγούν συμπληρώματα προβιοτικών ως μια μορφή θεραπείας. Λόγω της συχνής εμφάνισης γαστρεντερικής δυσλειτουργίας σε ασθενείς με ASD, δηλαδή δυσκοιλιότητα, οξεία διάρροια, φλεγμονώδη εντερική νόσο, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS), η χρήση προβιοτικών μπορεί να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα. Επομένως τα προβιοτικά μπορούν να έχουν ωφέλιμη επίδραση στην αποκατάσταση και διατήρηση της ισορροπίας των εντερικών μικροχλωρίδων και στην αποκατάσταση και αποκατάσταση της προστατευτικής λειτουργίας των εντερικών επιθηλιακών κυττάρων του εντερικού βλεννογόνου (Croen et al., 2002).

Η βιταμίνη Β6 εμπλέκεται στη σύνθεση νευροδιαβιβαστών όπως η σεροτονίνη, το αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), η ντοπαμίνη (DA), η νορεπινεφρίνη (NE) και η επινεφρίνη (E) και οι ασθενείς με ASD μπορεί να εμφανίζουν ανεπαρκή βιοχημική σύνθεση αυτών των νευροδιαβιβαστών. Οι ανεπάρκειες σε ιχνοστοιχεία και βιταμίνες μπορούν επίσης να συσχετιστούν με ανεπαρκή εντερική λειτουργία και βλάβη του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι Martineau et al. (1985) μελέτησαν παιδιά με ASD που προσλάμβαναν βιταμίνη Β6 και συμπληρώματα μαγνησίου και παρατήρησαν σημαντικά βελτιωμένη συμπεριφορά σε σύγκριση με εκείνα που δεν έλαβαν συμπληρώματα.

Αντίθετα, στη μελέτη των Wong & Smith (2006), δεν ανιχνεύθηκε καμία επίδραση στα παιδιά ASD που ακολούθησαν θεραπεία CAM (συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική θεραπεία), με κατάλληλη δίαιτα πλούσια σε βιταμίνη Β6 και με παροχή συμπληρωμάτων μαγνησίου. Η επίδραση της συμπλήρωσης βιταμίνης Β6 στις αλλαγές στη συμπεριφορά των αυτιστικών παιδιών μελετήθηκε επίσης από τους Rimland et al. (1978) που περιλαμβάνονται στους πρώτους που επικεντρώθηκαν στην κλινική χρήση συμπληρώματος βιταμίνης Β6 για την αντιμετώπιση του αυτισμού.

Παρά το γεγονός ότι τόσο οι ερευνητές όσο και οι γονείς προσδιόρισαν τη βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών, οι πολυάριθμες μεθοδολογικές αμφισημίες της ανάλυσης εμπόδισαν την εξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων. Οι Adams et al. (2006) αξιολόγησαν τα επίπεδα της βιταμίνης B6 στο πλάσμα σε παιδιά με ASD και διαπίστωσαν ότι αυτά εμφάνιζαν 75% υψηλότερα επίπεδα από ό,τι η ομάδα ελέγχου. Στη μελέτη ανιχνεύθηκε επίσης χαμηλή δραστηριότητα της πυριδοξαλκινάσης και πυριδοξαλ-5-φωσφορικής (PLP) στα παιδιά της ASD. Είναι γνωστό ότι ο μικρός βαθμός μετατροπής της πυριδοξάλης σε PLP (η οποία συνιστά έναν ενεργό συμπαραγοντα και ένα υπόστρωμα για τη σύνθεση πολλών βασικών νευροδιαβιβαστών) μπορεί να προκαλέσει νευροδιαβιβαστικές διαταραχές στον αυτισμό. Οι Adams & Holloway (2004) διερεύνησαν την επίδραση των καθιερωμένων δόσεων βιταμίνης B6 στα συμπτώματα της ASD και παρατηρήθηκε ότι τα αυτιστικά παιδιά εμφάνιζαν σημαντικά αυξημένα επίπεδα αυτής της βιταμίνης στο αίμα (75% υψηλότερα) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι υψηλές συγκεντρώσεις της βιταμίνης B6 συνδέονται με τη χαμηλή ενεργότητα των ενζύμων κινάσης και οξειδάσης που μετασχηματίζουν διάφορες μορφές βιταμίνης B6 στην ενεργή μορφή πυριδοξαλ-5-φωσφορικού. Η ερευνητική ομάδα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υφίσταται μια λειτουργική ανάγκη για χορήγηση υψηλών δόσεων βιταμίνης B6 κατά τη θεραπεία συμπτωμάτων ASD.

Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για πολλές βιοχημικές διεργασίες που εμπλέκονται στη σύνθεση των νευροδιαβιβαστών, ενώ έχει επίσης αντιοξειδωτικές ιδιότητες για την προστασία του σώματος από τις ελεύθερες ρίζες. Η απορρόφηση της βιταμίνης C από τα τρόφιμα πραγματοποιείται στο λεπτό έντερο, με υψηλή απόδοση (70-80%), αλλά σε ολόένα και υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης (π.χ. 1 g/ημέρα), η απορρόφηση μειώνεται σημαντικά (Bates, 1997). Οι Adams & Holloway (2004) μελέτησαν την επίδραση των συμπληρωμάτων πολυβιταμινών μέτριας δόσης, που περιέχουν βιταμίνη C, στα αυτιστικά συμπτώματα. Τα χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης C στον ορό παρατηρήθηκαν σε παιδιά που έλαβαν εικονικό φάρμακο από ό,τι σε παιδιά που έλαβαν το συμπλήρωμα. Διαπιστώθηκε ότι οι υψηλές δόσεις βιταμίνης C μπορεί να επηρεάσουν τις διαταραχές του ύπνου και τη συχνότητα των

γαστρεντερικών συμπτωμάτων σε άτομα με ASD. Ωστόσο, η συγκεκριμένη μελέτη παραμένει αμφιλεγόμενη καθώς οι άλλες βιταμίνες μπορεί επίσης να έχουν επιδράσει στα αποτελέσματα.

Μία άλλη μελέτη, που διενεργήθηκε από τον Sankar (1979) έδειξε φυσιολογικά επίπεδα ορού βιταμίνης C σε παιδιά με ASD. Οι ειδικοί θεωρούν ότι τα συμπληρώματα είναι κατάλληλα για αυτιστικά παιδιά με χαμηλά επίπεδα βιταμίνης C στον ορό καθώς και για εκείνα με φυσιολογικά επίπεδα, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η συμπλήρωση βιταμίνης C μπορεί να έχει θετική επίδραση στην παθολογική συμπεριφορά των ατόμων με ASD. Θεωρείται ότι το ασκορβικό οξύ αποτρέπει τη δυσλειτουργία του γλουταμινεργικού συστήματος σηματοδότησης του εγκεφάλου (το οποίο έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την ASD), περιορίζοντας έτσι την εμφάνιση εγκεφαλικής φλεγμονής (Blaylock & Strunicka, 2009).

Σε ό,τι αφορά την πρόσληψη της βιταμίνης A, οι Uyanik et al. (2006) ανέφεραν ότι ένα παιδί ηλικίας 8 ετών με ASD έδειξε ανεπάρκεια βιταμίνης A, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ξηροφθαλμίας και επιληπτικών κρίσεων. Μετά από συνέντευξη στο παιδί, ειδικοί διαπίστωσαν ότι το παιδί κατανάλωνε μόνο τηγανητές πατάτες και έπινε νερό. Η βιταμίνη A στον ορό μειώθηκε σημαντικά με συγκέντρωση 10 μg/l σε σύγκριση με την τιμή αναφοράς των 50 μg/l. Στη συνέχεια, η θεραπεία με πολυβιταμίνες, είχε ως αποτέλεσμα βελτιώσεις στη συμπεριφορά. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι λιγότερο σοβαρά συμπτώματα ανεπάρκειας βιταμίνης A ενδέχεται να εμφανιστούν συχνότερα σε ασθενείς με ASD.

Επιπλέον, μια μελέτη περίπτωσης του Megson (2000) έδειξε ότι η συμπλήρωση βιταμίνης A μπορεί να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία συμπτωμάτων αυτισμού, όπου διαπιστώθηκε ότι υπήρχε απουσία συγκεκριμένου γονιδίου σε ασθενείς με ASD, που κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη απαραίτητη στη σύνθεση βιταμίνης A. Σε αυτή την περίπτωση παρατηρήθηκε βελτίωση των γλωσσικών δεξιοτήτων και στη διατήρηση επαφής με τα μάτια σε δύο παιδιά με ASD. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες και πιο ολοκληρωμένες κλινικές μελέτες για την επιβεβαίωση αυτών των ευρημάτων. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οποιαδήποτε συμπλήρωση βιταμίνης A θα

πρέπει να πραγματοποιείται υπό την επίβλεψη του ιατρικού προσωπικού και ενός διατροφολόγου, καθώς υπάρχει μόνον μια μικρή διαφορά μεταξύ θεραπευτικών και τοξικών δόσεων ρετινόλης.

Σε μελέτη των Kalueff και Tuohimaa (2007), εξετάστηκαν οι νοοτροπικές και πλειοτροπικές ιδιότητες της βιταμίνης D, όπου επισημάνθηκαν τα πλεονεκτήματα της συμπλήρωσης βιταμίνης D σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας του εγκεφάλου που σχετίζεται με ανεπάρκεια βιταμίνης D κατά τη διάρκεια εφαρμογής του κλινικού διατροφικού προγράμματος. Η βιταμίνη B12 και το φολικό οξύ Η έλλειψη βιταμίνης B12 προκαλεί μεγαλοβλαστική αναιμία και διαταραχές του νευρικού συστήματος. Αλληλεπιδρά με το φολικό οξύ, του οποίου η ανεπάρκεια είναι χαρακτηριστική για άτομα με εντερική δυσλειτουργία και επιληψία.

Οι Pineles et al. (2010) διέγνωσαν αναστρέψιμη οπτική νευροπάθεια που προέκυψε από ανεπάρκεια του πεπτικού συστήματος λόγω έλλειψης βιταμίνης B12 σε 3 ασθενείς με αυτισμό μετά από εξέταση που έδειξε ατροφία του οπτικού νεύρου και μετά από συνέντευξη των ατόμων που αποκάλυψαν σοβαρές διατροφικές διαταραχές, ιδίως αναφορικά με την κατανάλωση ζωικών προϊόντων. Η θεραπεία ήταν η χορήγηση συμπληρωματικής βιταμίνης B12, χορηγούμενης ενδομυϊκά, με αποτέλεσμα τη βελτίωση των συμπτωμάτων και στους τρεις ασθενείς. Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με ASD ότι έχουν ανεπάρκεια φολικού οξέος στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (CSF). Αυτό το έλλειμμα μπορεί να εξηγηθεί από τη δράση κυκλοφορούντων αυτοαντισωμάτων ορού σε ασθενείς με ASD κατά των υποδοχέων φολικού (FR) (Ramaekers et al., 2005).

Ο στόχος μιας μελέτης από τους Ramaekers et al (2007) ήταν να προσδιοριστεί εάν τα παιδιά με ASD που εμφανίζουν νευρολογικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από CFD. Η διαταραχή της μεταφοράς φολικού οξέος στο κεντρικό νευρικό σύστημα παρατηρήθηκε σε 2 ασθενείς με ASD που θα μπορούσαν να οφείλονται σε θέσεις πρόσδεσης αντισωμάτων που παρεμποδίζουν το FR. Οι συγκεντρώσεις του φολικού οξέος στον ορό ήταν συγκρίσιμες με εκείνες της ομάδας ελέγχου, παρόλα αυτά παρά τα κανονικά επίπεδα φολικού οξέος στον ορό, οι συγκεντρώσεις φολικού οξέος στο CSF

ήταν χαμηλές σε 23/25 ασθενείς. Μετά την από του στόματος χορήγηση του φυλλικού συμπληρώματος, η βελτίωση της υγείας των ασθενών παρατηρήθηκε μετά από 12 μήνες. Ως εκ τούτου, η έγκαιρη ανίχνευση των αυτοαντισωμάτων FR θα μπορούσε να είναι ένας βασικός παράγοντας στην πρόληψη της ASD και στην επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων για όσους εξακολουθούν να πάσχουν από ASD. Επιπλέον, μια κατάλληλη διατροφή που περιέχει τρόφιμα πλούσια σε φολικό οξύ μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική λύση, όπως επίσης μία ενίσχυση αυτής μέσω φαρμακοθεραπείας και λήψης συμπληρωμάτων διατροφής.

Η έλλειψη σιδήρου σε ασθενείς με ASD μπορεί να προκαλέσει διαταραχές του ύπνου και του νευρικού συστήματος. Μια μελέτη από τους Dosman et al (2006) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ χαμηλών επιπέδων φερριτίνης ορού και διαταραχών ύπνου σε παιδιά με ASD (n = 33). Σε αυτή την περίπτωση παρατηρήθηκε ανεπαρκής διατροφική πρόσληψη σιδήρου στο 69% των προσχολικών και 35% των παιδιών σχολικής ηλικίας. Οι γονείς και οι φροντιστές διαμαρτύρονται για τα παιδιά με ASD που παρουσιάζουν γαστρεντερικά συμπτώματα, υποδεικνύοντας ότι το σύνδρομο δυσασπορρόφησης μπορεί να είναι η αιτία της ανεπάρκειας σιδήρου. Όλα τα παιδιά έλαβαν από του στόματος συμπληρώματα σιδήρου για 8 εβδομάδες. Ωστόσο, πριν από αυτή τη θεραπεία, το 77% υπέφερε από διαταραχές ύπνου. Κατά τη διάρκεια αυτής της θεραπείας σημειώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις που μπορεί να υποδεικνύουν μια σχέση μεταξύ ανεπάρκειας σιδήρου και διαταραχών ύπνου στα παιδιά ASD. Μετά τη συμπλήρωση σιδήρου, η φερριτίνη του ορού αυξήθηκε σημαντικά από 16 mg/l σε 29 mg/l, ενώ δεν ανιχνεύθηκε σαφής σχέση μεταξύ του διαιτητικού σιδήρου και της φερριτίνης ορού.

Μελέτες από τους Latif et al (2002) προέβησαν σε ανάλυση των επιπέδων τα φερριτίνης στον ορό σε παιδιά με ASD με σύνδρομο Asperger. Σε έξι από τα παιδιά ανιχνεύθηκε αναιμία λόγω ανεπάρκειας σιδήρου, ενώ 12 εμφάνιζαν χαμηλά επίπεδα φερριτίνης ορού. Η μειωμένη γνωστική λειτουργία, η επιβράδυνση της ανάπτυξης, η μειωμένη συγκέντρωση και οι αλλαγές στη διάθεση στα αυτιστικά παιδιά μπορεί να σχετίζονται με ανεπάρκεια σιδήρου ή

αναιμία. Η δε χαμηλή φερριτίνη ορού μπορεί να είναι ένας παράγοντας στην ανάπτυξη διαταραχών ASD σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.

Επιπλέον, στα αυτιστικά άτομα παρατηρήθηκαν μειωμένα επίπεδα ψευδαργύρου στα ερυθρά αιμοσφαίρια κατά 40%, εμφανίζοντας συνεπώς κίνδυνο οξειδωτικού στρες. Αντίθετα, μια περίσσεια ψευδαργύρου μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος. Μολαταύτα, η συμπλήρωση ψευδαργύρου χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο και σε σταθερή βάση σε θεραπευτικές πρακτικές έναντι του αυτισμού. Εν τούτοις, η συμπλήρωση ψευδαργύρου μειώνει τη συγκέντρωση του χαλκού στο σώμα, φαινόμενο που παρατηρείται πολύ συχνά σε ασθενείς με ASD (McGinnis, 2004).

Ο χαλκός μπορεί να εμφανίζει προοξειδωτικές ιδιότητες και συνεπώς η συμπλήρωση των ενώσεων χαλκού δεν είναι απαραίτητη σε ασθενείς με ASD. Σημειώνεται ότι ακόμη και μικρές ποσότητες δόσεων χαλκού μπορούν να επιφέρουν την επιδείνωση των συμπτωμάτων συμπεριφοράς. Οι ασθενείς με ASD έχουν παρατηρηθεί ότι έχουν υψηλότερη αναλογία χαλκού: ψευδαργύρου ορού 1.63, σε σύγκριση με μια ομάδα φυσιολογικά αναπτυσσόμενων ατόμων (1.15) (Walsh, 2004). Η συμπλήρωση ψευδαργύρου μπορεί επίσης να συνεπάγεται τη μείωση των συγκεντρώσεων μαγγανίου στον ορό. Συνιστάται συνεπώς να χορηγείται μαγγάνιο με ψευδάργυρο σε αναλογία 1:6, ήτοι 5 mg ψευδαργύρου και 30 mg μαγγανίου. Η χρήση συμπληρώματος μαγγανίου ως θεραπευτικού μέσου μπορεί ωστόσο να οδηγήσει σε υπερδοσολογία και οι ειδικοί θα πρέπει να παρακολουθούν περιοδικά τις συγκεντρώσεις σιδήρου στον ορό (McGinnis, 2004).

Οι Faber et al. (2009) ανίχνευσαν επιπολασμό της ανεπάρκειας ψευδαργύρου, χαμηλό λόγο ψευδαργύρου/χαλκού και υψηλές συγκεντρώσεις χαλκού (σε τοξικά επίπεδα) στον ορό των παιδιών με ASD. Ο μέσος λόγος ψευδαργύρου: χαλκού 0.608 βρέθηκε πολύ κάτω από την τιμή 0.7, η οποία αντιστοιχεί στη χαμηλότερη συνιστώμενη συγκέντρωση για τα υγιή παιδιά. Αυτή η αναλογία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης τοξικών βαρέων μετάλλων, όπως η συγκέντρωση του υδραργύρου σε παιδιά με ASD. Οι Walsh et al. (2001; 2006) συγκέντρωσαν στοιχεία σχετικά με την έλλειψη και την περίσσεια

ψευδαργύρου και χαλκού σε περισσότερα από 3,500 παιδιά με ASD και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι απαραίτητες δόσεις αντιστοιχούν περίπου στα 2-3 mg ψευδαργύρου/kg για να επιτευχθούν κανονικά επίπεδα ψευδαργύρου σε ασθενείς με ASD.

Εμπειρικές μελέτες για τις διαιτητικές συνήθειες παιδιών με ΔΑΔ

Οι Field et al. (2003) διερεύνησαν τις διατροφικές διαταραχές που εκδηλώνονται ως άρνηση κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων, η οποία ορίζεται ως απόρριψη κατανάλωσης τροφής. Η συγκεκριμένη συμπεριφορά ενδέχεται να οδηγήσει σε μειωμένη πρόσληψη θερμίδων στην καθημερινή τους ζωή και, κατ' επέκτασιν, σε σημαντική αύξηση του βάρους ή σε υποσιτισμό. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Piazza et al. (2000) που έδειξαν ότι τα παιδιά με αυτισμό εμφανίζουν συγκεκριμένες προτιμήσεις για συγκεκριμένα τρόφιμα. Οι Munk & Repp (1994) έδειξαν ότι τα διατροφικά προβλήματα μπορούν να οδηγήσουν σε ανεπαρκή θρεπτική πρόσληψη. Τα διατροφικά προβλήματα μπορούν να συσχετιστούν με υπερβολική επιλεκτικότητα σε συγκεκριμένα τρόφιμα, την κατανάλωση ενός περιορισμένου αριθμού τροφίμων ή την κατανάλωση ανεπαρκούς ποικιλίας τροφίμων.

Ακόμα οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται περίπου στο 30% των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές (Babbittetal., 1994; Munk & Repp, 1994; Eicher, 1997). Ορισμένες έρευνες σε παιδιά με αυτισμό δείχνουν ότι αυτά αντιμετωπίζουν συχνά γαστρεντερικές δυσκολίες που συσχετίζονται με τη δαιώνιση των προβλημάτων σίτισης, όπως για παράδειγμα η δυσκοιλιότητα, ο εμετός και οι αλλεργίες στα τρόφιμα (Mason-Brothersetal., 1993; Valicenti-Croenetal., 2006; McDermott et al., 2006). Άλλες έρευνες αμφισβήτησαν αυτόν τον ισχυρισμό, χωρίς να διαπιστώνουν διαφορές στον επιπολασμό των συμπτωμάτων των γαστρεντερικών διαταραχών μεταξύ των παιδιών με αυτισμό και των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών (Blacketal., 2002; Ericksonetal., 2005). Επίσης, διεξήχθησαν έρευνες που μελετούσαν συγκεκριμένους συσχετισμούς μεταξύ των ενζύμων και των ανεπαρκών αμινοξέων και των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς των αυτιστικών

παιδιών (Shattock et al., 1990; Shattock & Lowdon, 1991; Horvath et al., 1998; Whitely et al., 1999).

Τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να μην είναι σε θέση να ανταποκριθούν με επάρκεια στα ζητήματα διατροφής τους, όπως για παράδειγμα να εκδηλώσουν την πείνα τους, να διατρέφονται με πληρότητα, να μιλήσουν για τρόφιμα που τους αρέσουν ή όχι και ενδέχεται να αναπτύξουν δυσφορία απέναντι στο φαγητό ή μπορεί να μην επηρεάζονται καθόλου από τη στάση των φροντιστών τους απέναντι στην υγιεινή διατροφή (Pronticki, 1995). Τα άκαμπτα και επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς είναι χαρακτηριστικά στη διαταραχή του αυτισμού και από αυτή δεν θα μπορούσε να εξαιρεθεί η διατροφή των παιδιών (Cornish, 1998; Whitely et al., 2000; Williamsetal., 2000). Δυσκολίες των παιδιών που σχετίζονται με τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις είναι επίσης χαρακτηριστικές και οδηγούν βαθμιαία στην έλλειψη της κατάλληλης για την ηλικία τους κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να δυσκολευτεί να μάθει να χρησιμοποιεί τα σκεύη του φαγητού ή να ακολουθεί συγκεκριμένο πρόγραμμα καθαριότητας. Κατά συνέπεια, μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολο για ένα παιδί να ακολουθήσει μια κατάλληλη για την ηλικία του διατροφή.

Το στρες στους φροντιστές που προκύπτει από τις δυσκολίες της διατροφής των παιδιών τους καθιστά το θέμα της επιλεκτικότητας των τροφίμων ως ένα ζήτημα που προκαλεί άγχος και στα παιδιά. Όσο μεγαλύτερο είναι το στρες των γονιών τους τόσο υψηλότερο είναι και το άγχος που βιώνουν (Kodak & Piazza, 2008; Moh & Magiati, 2012).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διατροφή των παιδιών για τους νέους γονείς εμφανίζει προκλήσεις που έχουν παροδικό χαρακτήρα. Ωστόσο, αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των προβλημάτων διατροφής στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές κυμαίνεται στα επίπεδα από 13% έως και 80% (Coffey&Crawford, 1971; Perske et al., 1977; Palmer&Horn, 1978; Jones, 1982).

Η πλειοψηφία των μελετών με αντικείμενο τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές αναφέρονται μόνον σε μεμονωμένες περιπτώσεις προβλημάτων διατροφής. Ελάχιστες μελέτες περιλαμβάνουν την εξέταση ομάδων των παιδιών αυτών και έχει προσδιορίσει ισχυρές προτιμήσεις και ιδιοσυγκρασιακή συμπεριφορά σίτισης μεταξύ αυτών (Nagai, 1983; Archer & Szatmari, 1991; Ahearn et al., 2001). Οι Ahearn et al. (2001) διεξήγαν μία από τις πρώτες συστηματικές προσπάθειες για τον προσδιορισμό των ποσοτήτων των τροφίμων κάθε είδους που τα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές συνήθως καταναλώνουν. Σε όλες τις μελέτες που εξετάζουν τους τύπους προβλημάτων διατροφής στα παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές υφίσταται μια σειρά περιορισμών, όπως το μικρό μέγεθος δείγματος, η έλλειψη γνώσης της συννοσηρότητας που να μπορούσε να επηρεάσει το φαγητό, η απουσία σύγκρισης με τις συμπεριφορές διατροφής των παιδιών χωρίς αυτισμό, και η ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με τα τρόφιμα που είναι συνήθως διαθέσιμα στο οικογενειακό περιβάλλον.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των διαιτητικών συνηθειών των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα μελετώνται οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, αλλά και η συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων της οικογένειας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας είναι:

- Ποιες είναι οι διαιτητικές συνήθειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές;
- Ποια είναι η συμπεριφορά των παιδιών, με αναπτυξιακές διαταραχές, κατά τη διάρκεια των γευμάτων;
- Πώς σχετίζονται οι επιλογές στα τρόφιμα που κάνουν τα παιδιά, με αναπτυξιακές διαταραχές, με την ηλικία και το Δείκτη Μάζας Σώματός, και με την ηλικία και το Δείκτη Μάζας Σώματος των γονιών τους;

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πληθυσμός στόχος

Γονείς παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού και κατοικούν στο νομό Αττικής.

Πληθυσμός πρόσβασης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν γονείς παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, τα οποία φροντίζονται σε κέντρα φροντίδας παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος που εδρεύουν στην Αθήνα.

Κριτήρια ένταξης στη μελέτη

- Ηλικία άνω των 18 ετών.
- Άνδρες και γυναίκες με παιδί που βρίσκεται στο φάσμα του αυτισμού.
- Άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας.
- Συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα.

Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η «δειγματοληψία ευκολίας» καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα είναι άμεσα προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν. Λόγω αυτών των περιορισμών, η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος

Τύπος έρευνας

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχτηκε, ως καταλληλότερο είδος μελέτης, η περιγραφική έρευνα παρατήρησης.

Μεθοδολογία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τρία ξεχωριστά τμήματα και συμπληρώθηκε από τους γονείς παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, τα οποία φροντίζονται σε κέντρα φροντίδας παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος που εδρεύουν στην Αθήνα :

- Το πρώτο τμήμα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό των παιδιών και δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά τόσο των παιδιών όσο και των γονέων.
- Το δεύτερο μέρος, του ερωτηματολογίου, αποτελείται από το, μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα, ερωτηματολόγιο «Απολογισμός της Συμπεριφοράς των Παιδιών» (The children's eating behavior inventory, CEBI) που αναπτύχθηκε από τους Archer et al. (1991) και έχει δείκτη αξιοπιστίας ίση με 0.87. Η κλίμακα αξιολογεί τη

συμπεριφορά των παιδιών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, τις συμπεριφορές που ακολουθούν οι γονείς τους και γενικότερα τις διαταραχές των προβλημάτων διατροφής των παιδιών. Χρησιμοποιείται μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (όπου 1= ποτέ και 5= πάντα) για να μετρηθούν 19 διαφορετικές συμπεριφορές διατροφής. Για κάθε στοιχείο, ο βαθμολογητής αναφέρει επίσης αν η συμπεριφορά αυτή αποτελεί πρόβλημα για την οικογένεια ή όχι. Τα στοιχεία αναφέρονται σε συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα εμετό. Ο δείκτης αξιοπιστίας της κλίμακας ισούται με 0.87. Η συγκεκριμένη κλίμακα επιλέχθηκε γιατί αποτελεί το μοναδικό εργαλείο μέτρησης της κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων και του χρόνου του κάθε γεύματος και έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στα παιδιά με αυτισμό.

- Το τρίτο, και τελευταίο, μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από την κλίμακα αξιολόγησης των προτιμήσεων για τρόφιμα (Food Preference Inventory, FPI). Πρόκειται για μια λίστα ελέγχου των προτιμήσεων των παιδιών σε συγκεκριμένα τρόφιμα.

Η έρευνα έλαβε χώρα από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούνιο του 2018 και από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, η συμμετοχή ήταν εθελοντική και έπειτα από την έγγραφη συγκατάθεσή τους, μετά από σχετική ενημέρωση. Επιπλέον, στους συμμετέχοντες διευκρινίστηκε ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Τα δικαιώματα και η ανωνυμία των συμμετεχόντων διαφυλάσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Για όλες τις μεταβλητές έγινε χρήση περιγραφικών στατιστικών δεικτών. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή» και «τυπική απόκλιση», ενώ οι διακριτές σε «σχετική συχνότητα (%)». Όλα τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε πίνακες και γραφηματικές αναπαραστάσεις. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, *p*-value, ορίστηκε στο 5%.

Για τη διερεύνηση των σχέσεων, έγινε χρήση της δοκιμασίας «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), και συγκεκριμένα του

συντελεστή συσχέτισης του Spearman, στις περιπτώσεις που η μία εκ των δύο μεταβλητών είναι συνεχής και η άλλη ονομαστική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 67 γονείς, εκ των οποίων τα 19 ήταν άνδρες (28.4 %) και τα 48 γυναίκες (71.6 %). Σχετικά με το Δείκτη Μάζα Σώματος η μέση τιμή των γονέων του δείγματος υπολογίστηκε και βρέθηκε ίση με 24.5 Kg/m². Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ο υπολογισμός έγινε βάσει αναφερόμενων τιμών βάρους και ύψους και όχι μέσω μέτρησης. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των γονέων, η συντριπτική πλειοψηφία (περίπου εννέα στους δέκα) των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι ή διαζευγμένοι. Ως προς το μορφωτικό

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά		N	Mean	Standard Deviation	N %
Ηλικία		67	36.8	5.8	
ΔΜΣ γονέα		67	24.5	2.2	
Φύλο	ΑΝΔΡΑΣ	19			28.4%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	48			71.6%
Οικογενειακή κατάσταση	ΕΓΓΑΜΟΣ	34			50.7%
	ΧΗΡΟΣ	0			0.0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	25			37.3%
	ΣΥΜΒΙΩΣΗ	8			11.9%
	ΑΓΑΜΟΣ	0			0.0%
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	0			0.0%
	ΥΕ	0			0.0%
	ΛΥΚΕΙΟ/ΤΕΕ/ΙΕΚ	10			14.9%
	ΤΕΙ	36			53.7%
	ΑΕΙ	12			17.9%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	9			13.4%
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	0			0.0%
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	0			0.0%
	ΥΕ	2			3.0%
	ΛΥΚΕΙΟ/ΤΕΕ/ΙΕΚ	9			13.4%
	ΤΕΙ	33			49.3%
	ΑΕΙ	19			28.4%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	4			6.0%
Επάγγελμα πατέρα	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	0			0.0%
	ΑΝΕΡΓΟΣ	3			4.5%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	4			6.0%
	ΔΗΜ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	11			16.4%
	ΙΔ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	35			52.2%
	ΕΛ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	14			20.9%
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0			0.0%
	ΑΛΛΟ	0			0.0%
Επάγγελμα μητέρας	ΑΝΕΡΓΟΣ	10			14.9%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	25			37.3%
	ΔΗΜ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	6			9.0%
	ΙΔ.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	17			25.4%
	ΕΛ.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	9			13.4%
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0			0.0%
	ΑΛΛΟ	0			0.0%

επίπεδο, περίπου οι μισοί πατέρες (53,7%) και μητέρες (49,3%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Οι μισοί από τους πατέρες εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι,

ενώ οι τέσσερις στις δέκα γυναίκες ασχολούνται με τα οικιακά και η μία στις τέσσερις είναι ιδιωτική υπάλληλος. Στον πίνακα 1 καταγράφονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά των γονέων.

Από τα 67 παιδιά, της έρευνας, τα 30 ήταν αγόρια (44.8 %) και τα 37 κορίτσια (55.2 %). Το 35.8 % πηγαίνουν στο νηπιαγωγείο και 19.4 % στην Α' δημοτικού. Η μέση ηλικία τους είναι 6.2 έτη. Στον πίνακα 2 που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των παιδιών.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του παιδιού		N	%	Mean	Standard Deviation
Φύλο παιδιού	ΑΓΟΡΙ	30	44.8%		
	ΚΟΡΙΤΣΙ	37	55.2%		
Σχολική τάξη	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΘΗΚΕ	6	9.0%		
	Α' Δημοτικού	13	19.4%		
	Β' Δημοτικού	1	1.5%		
	Γ' Δημοτικού	5	7.5%		
	Δ' Δημοτικού	6	9.0%		
	ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	4	6.0%		
	ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ ΑΥΤΙΣΜΟΥ	2	3.0%		
	ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ	24	35.8%		
	ΠΡΟΝΗΠΙΟ	6	9.0%		
Ηλικία παιδιού		67		6.2	2.1
ΔΜΣ παιδιού		67		19.6	3.2

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων το 85% περίπου των παιδιών μασάει το φαγητό όπως αναμένεται για την ηλικία τους. Περισσότερα από τα μισά παιδιά συμμετέχουν στη διαδικασία στρωσίματος του τραπέζιου. Περισσότερα από οκτώ στα δέκα παιδιά έχουν τη συνήθεια να παρακολουθούν τηλεόραση κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Οι μισοί, και πλέον, γονείς έχουν την αίσθηση εάν τα παιδιά τους δεν έχουν φάει. Επίσης, αισθάνονται ικανοποιημένοι από την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει το παιδί τους. Τρία στα τέσσερα παιδιά χρειάζονται περισσότερο από μισή ώρα για να φάνε μαζί με το γονιό.

Ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% από τους συγγενείς παραπονιούνται σχετικά με τον τρόπο που γευματίζει το παιδί. Τρία στα τέσσερα παιδιά φαίνεται να διασκεδάζουν με το να τρώνε. Τα μισά, τουλάχιστον, παιδιά ρωτάνε για το φαγητό όταν δεν μπορεί να έχουν αυτό που επιθυμούν. Ποτέ έως και σπάνια το παιδιά κάνουν εμετό κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Στον

πίνακα 3. που ακολουθεί καταγράφεται αναλυτικά η συμπεριφορά των παιδιών, με αναπτυξιακές διαταραχές, κατά τη διάρκεια των γευμάτων.

Πίνακας 3. Απαντήσεις των γονέων σχετικά με τη διαιτητική συμπεριφορά των παιδιών

	N	%
Το παιδί μου μασάει το φαγητό όπως αναμένεται για την ηλικία του/της.	ΠΟΤΕ	6,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	9,0%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	44,8%
	ΣΥΧΝΑ	4,5%
	ΠΑΝΤΑ	35,8%
Το παιδί μου με βοηθά να στρώσω το τραπέζι.	ΠΟΤΕ	11,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	25,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	47,8%
	ΣΥΧΝΑ	14,9%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου παρακολουθεί τηλεόραση κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	6,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	11,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	58,2%
	ΣΥΧΝΑ	23,9%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Αισθάνομαι το παιδί μου αν δεν έχει φάει.	ΠΟΤΕ	10,6%
	ΣΠΑΝΙΑ	4,5%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	31,8%
	ΣΥΧΝΑ	51,5%
	ΠΑΝΤΑ	1,5%
Το παιδί μου χρειάζεται περισσότερο από μισή ώρα για να φάει μαζί μου.	ΠΟΤΕ	22,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	4,5%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	61,2%
	ΣΥΧΝΑ	11,9%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Οι συγγενείς παραπονιούνται σχετικά με τον τρόπο που γευματίζει το παιδί μου.	ΠΟΤΕ	16,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	28,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	49,3%
	ΣΥΧΝΑ	6,0%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου διασκεδάζει με το να τρώει.	ΠΟΤΕ	6,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	13,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	64,2%
	ΣΥΧΝΑ	16,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%

Το παιδί μου ρωτάει για το φαγητό όταν δεν μπορεί να έχει αυτό που θέλει.	ΠΟΤΕ	9,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	25,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	49,3%
	ΣΥΧΝΑ	16,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου αισθάνεται τον εαυτό του όπως θα έπρεπε να είναι με βάση την ηλικία του.	ΠΟΤΕ	16,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	29,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	41,8%
	ΣΥΧΝΑ	11,9%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου αστειεύεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	1,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	6,0%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	56,7%
	ΣΥΧΝΑ	29,9%
	ΠΑΝΤΑ	6,0%
Αισθάνομαι ικανοποιημένος από την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει.	ΠΟΤΕ	10,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	16,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	59,7%
	ΣΥΧΝΑ	11,9%
	ΠΑΝΤΑ	1,5%
Νομίζω ότι τα γεύματα είναι μια αγχώδης διαδικασία.	ΠΟΤΕ	20,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	23,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	38,8%
	ΣΥΧΝΑ	16,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου κάνει εμετό κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	52,2%
	ΣΠΑΝΙΑ	25,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	13,4%
	ΣΥΧΝΑ	0,0%
	ΠΑΝΤΑ	9,0%
Το παιδί μου τρώει χωρίς να με ρωτήσει μεταξύ των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	38,7%
	ΣΠΑΝΙΑ	14,5%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	22,6%
	ΣΥΧΝΑ	16,1%
	ΠΑΝΤΑ	8,1%
Το παιδί μου έρχεται στο τραπέζι ένα ή δύο λεπτά αφότου το φωνάξω να έρθει.	ΠΟΤΕ	17,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	23,2%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	37,5%
	ΣΥΧΝΑ	21,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%

Το παιδί μου πνίγεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	29,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	30,6%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	33,9%
	ΣΥΧΝΑ	6,5%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί τρώει γρήγορα.	ΠΟΤΕ	28,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	9,0%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	46,3%
	ΣΥΧΝΑ	16,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου φτιάχνει φαγητό μόνος/η του/της όταν δεν επιτρέπεται.	ΠΟΤΕ	32,8%
	ΣΠΑΝΙΑ	32,8%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	28,4%
	ΣΥΧΝΑ	6,0%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Αισθάνομαι αναστατωμένος/η όταν το παιδί μου δεν τρώει.	ΠΟΤΕ	22,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	16,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	44,8%
	ΣΥΧΝΑ	16,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Στο σπίτι το παιδί μου τρώει φαγητό που δεν επιτρέπεται.	ΠΟΤΕ	14,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	31,3%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	38,8%
	ΣΥΧΝΑ	11,9%
	ΠΑΝΤΑ	3,0%
Το παιδί μου τρώει φαγητό που έχει διαφορετική γεύση.	ΠΟΤΕ	17,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	44,8%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	34,3%
	ΣΥΧΝΑ	3,0%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Επιτρέπω στο παιδί μου να έχει σνακ μεταξύ των γευμάτων αν δεν φάει κάποιο γεύμα.	ΠΟΤΕ	0,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	23,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	56,7%
	ΣΥΧΝΑ	14,9%
	ΠΑΝΤΑ	4,5%
Το παιδί μου χρησιμοποιεί μαχαιροπίρουνα όπως αναμένεται για την ηλικία του/της.	ΠΟΤΕ	3,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	10,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	73,1%
	ΣΥΧΝΑ	13,4%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%

Στα σπίτια φίλων το παιδί μου τρώει φαγητό που δεν θα έπρεπε.	ΠΟΤΕ	4,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	23,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	38,8%
	ΣΥΧΝΑ	32,8%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου ρωτά για φαγητό μεταξύ των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	4,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	20,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	65,7%
	ΣΥΧΝΑ	3,0%
	ΠΑΝΤΑ	6,0%
Αισθάνομαι αναστατωμένος όταν σκέφτομαι τα γεύματά μας.	ΠΟΤΕ	11,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	32,8%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	31,3%
	ΣΥΧΝΑ	17,9%
	ΠΑΝΤΑ	6,0%
Το παιδί μου τρώει το φαγητό του σε μεγάλα κομμάτια.	ΠΟΤΕ	17,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	22,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	41,8%
	ΣΥΧΝΑ	11,9%
	ΠΑΝΤΑ	6,0%
Το παιδί μου κρατάει το φαγητό του/της στο στόμα του/της.	ΠΟΤΕ	4,6%
	ΣΠΑΝΙΑ	41,5%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	41,5%
	ΣΥΧΝΑ	12,3%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Στο βραδινό επιτρέπω στο παιδί μου να επιλέξει το φαγητό του/της ανάμεσα σε αυτά που θέλει από όσα είναι ήδη σερβιρισμένα στο τραπέζι.	ΠΟΤΕ	0,0%
	ΣΠΑΝΙΑ	23,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	47,8%
	ΣΥΧΝΑ	23,9%
	ΠΑΝΤΑ	4,5%
Η συμπεριφορά του παιδιού μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων κάνει το/τη σύζυγο μου να αισθάνεται αναστατωμένος/η.	ΠΟΤΕ	8,3%
	ΣΠΑΝΙΑ	33,3%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	54,2%
	ΣΥΧΝΑ	4,2%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Διαφωνώ με το/τη σύζυγο μου σχετικά με το πόσο θα πρέπει να φάει το παιδί μας.	ΠΟΤΕ	12,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	35,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	52,1%
	ΣΥΧΝΑ	0,0%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%

Το παιδί μου διακόπτει τις συζητήσεις με το/τη σύζυγο μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	4,2%
	ΣΠΑΝΙΑ	50,0%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	41,7%
	ΣΥΧΝΑ	4,2%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Αισθάνομαι αναστατωμένος με το/τη σύζυγο μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	ΠΟΤΕ	18,8%
	ΣΠΑΝΙΑ	33,3%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	33,3%
	ΣΥΧΝΑ	14,6%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου τρώει όταν είναι αναστατωμένο.	ΠΟΤΕ	52,2%
	ΣΠΑΝΙΑ	22,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	17,9%
	ΣΥΧΝΑ	7,5%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου, μου λέει πότε πεινάει.	ΠΟΤΕ	9,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	19,0%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	39,7%
	ΣΥΧΝΑ	31,7%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου λέει ότι θα παχύνει αν φάει πάρα πολύ.	ΠΟΤΕ	29,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	32,8%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	26,9%
	ΣΥΧΝΑ	1,5%
	ΠΑΝΤΑ	9,0%
Το παιδί μου βοηθά να καθαρίσω το τραπέζι.	ΠΟΤΕ	16,4%
	ΣΠΑΝΙΑ	25,4%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	46,3%
	ΣΥΧΝΑ	11,9%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%
Το παιδί μου κρύβει φαγητό.	ΠΟΤΕ	38,8%
	ΣΠΑΝΙΑ	17,9%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	31,3%
	ΣΥΧΝΑ	7,5%
	ΠΑΝΤΑ	4,5%
Το παιδί μου φέρνει παιχνίδια ή βιβλία στο τραπέζι.	ΠΟΤΕ	11,5%
	ΣΠΑΝΙΑ	8,2%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	52,5%
	ΣΥΧΝΑ	26,2%

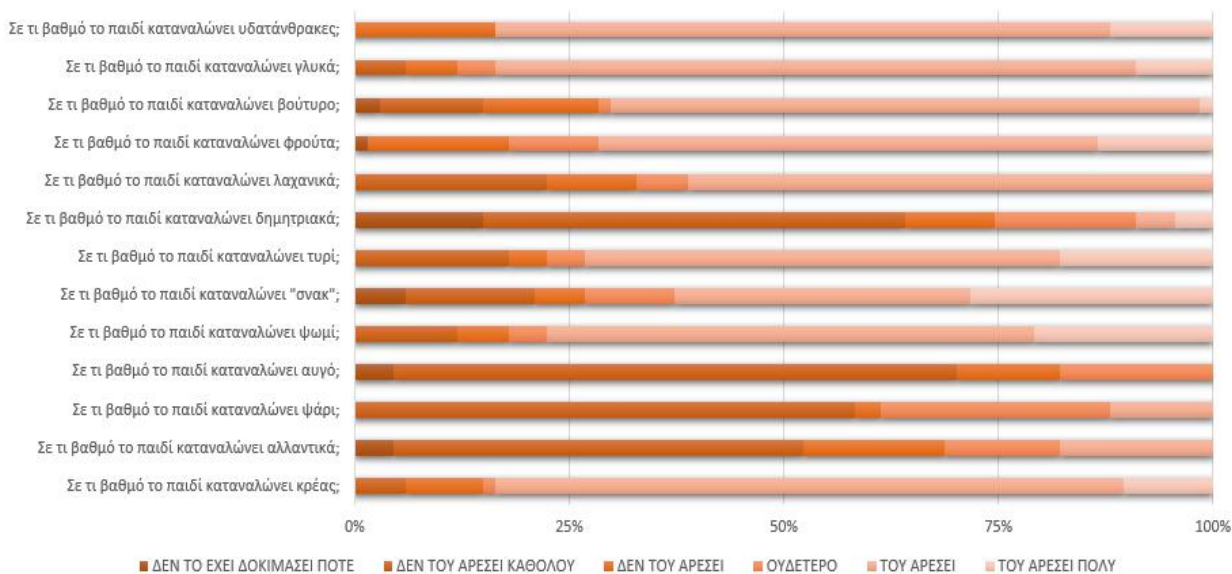
	ΠΑΝΤΑ	1,6%
Η συμπεριφορά του παιδιού μου στα γεύματα αναστατώνει τα υπόλοιπα παιδιά.	ΠΟΤΕ	17,9%
	ΣΠΑΝΙΑ	28,2%
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	51,3%
	ΣΥΧΝΑ	2,6%
	ΠΑΝΤΑ	0,0%

Σε ποσοστό σχεδόν 85%, τα παιδιά αρέσκονται στην κατανάλωση κρέατος. Επτά στα δέκα παιδιά δεν καταναλώνουν αλλαντικά. Σε σχεδόν 60% από τα παιδιά δεν αρέσει το ψάρι. Αντιθέτως, τα τρία τέταρτα των παιδιών δεν προτιμούν την κατανάλωση δημητριακών. Επίσης, το αυγό δεν ανήκει στις προτιμήσεις στα τρία από τα τέσσερα παιδιά. Αντιθέτως, τρία στα τέσσερα παιδιά καταναλώνουν με ευχαρίστηση το ψωμί και το τυρί. Σε περισσότερα από τα μισά παιδιά αρέσουν τα σνακς. Σχεδόν σε επτά στα δέκα παιδιά αρέσουν τα λαχανικά και, σε λίγο μεγαλύτερο ποσοστό, τα φρούτα. Το βούτυρο, επίσης, αρέσει σε επτά στα δέκα παιδιά. Σε ότι αφορά τα γλυκά και τους υδατάνθρακες, το ποσοστό ανέρχεται στο 80-85%. Στον πίνακα 4 και στο γράφημα 1, που ακολουθούν, καταγράφονται αναλυτικά οι διαιτητικές συνήθειες των παιδιών.

Πίνακας 4. Διαιτητικές συνήθειες των παιδιών		N %
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει κρέας;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	6.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	9.0%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	1.5%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	73.1%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	10.4%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει αλλαντικά;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	4.5%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	47.8%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	16.4%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	13.4%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	17.9%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	0.0%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψάρι;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	58.2%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	3.0%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	26.9%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	11.9%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	0.0%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει αυγό;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	4.5%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	65.7%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	11.9%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	17.9%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	0.0%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	0.0%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψωμί;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	11.9%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	6.0%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	4.5%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	56.7%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	20.9%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει "σνακ";	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	6.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	14.9%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	6.0%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	10.4%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	34.3%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	28.4%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει τυρί;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	17.9%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	4.5%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	4.5%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	55.2%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	17.9%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει δημητριακά;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	14.9%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	49.3%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	10.4%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	16.4%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	4.5%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	4.5%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει λαχανικά;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	22.4%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	10.4%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	6.0%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	61.2%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	0.0%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει φρούτα;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	1.5%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	0.0%

	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	16.4%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	10.4%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	58.2%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	13.4%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει βούτυρο;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	3.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	11.9%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	13.4%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	1.5%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	68.7%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	1.5%
	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	6.0%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει γλυκά;	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	6.0%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	4.5%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	74.6%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	9.0%
Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει υδατάνθρακες;	ΔΕΝ ΤΟ ΕΧΕΙ ΔΟΚΙΜΑΣΕΙ ΠΟΤΕ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	0.0%
	ΔΕΝ ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	16.4%
	ΟΥΔΕΤΕΡΟ	0.0%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ	71.6%
	ΤΟΥ ΑΡΕΣΕΙ ΠΟΛΥ	11.9%

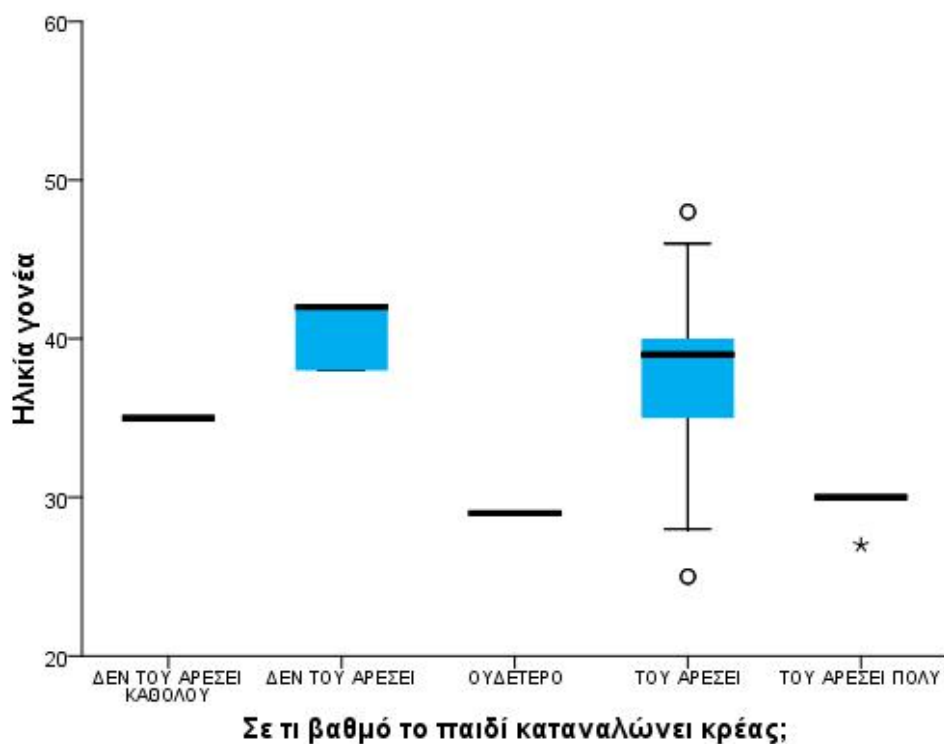
Γράφημα 1. Διαιτητικές συνήθειες των παιδιών



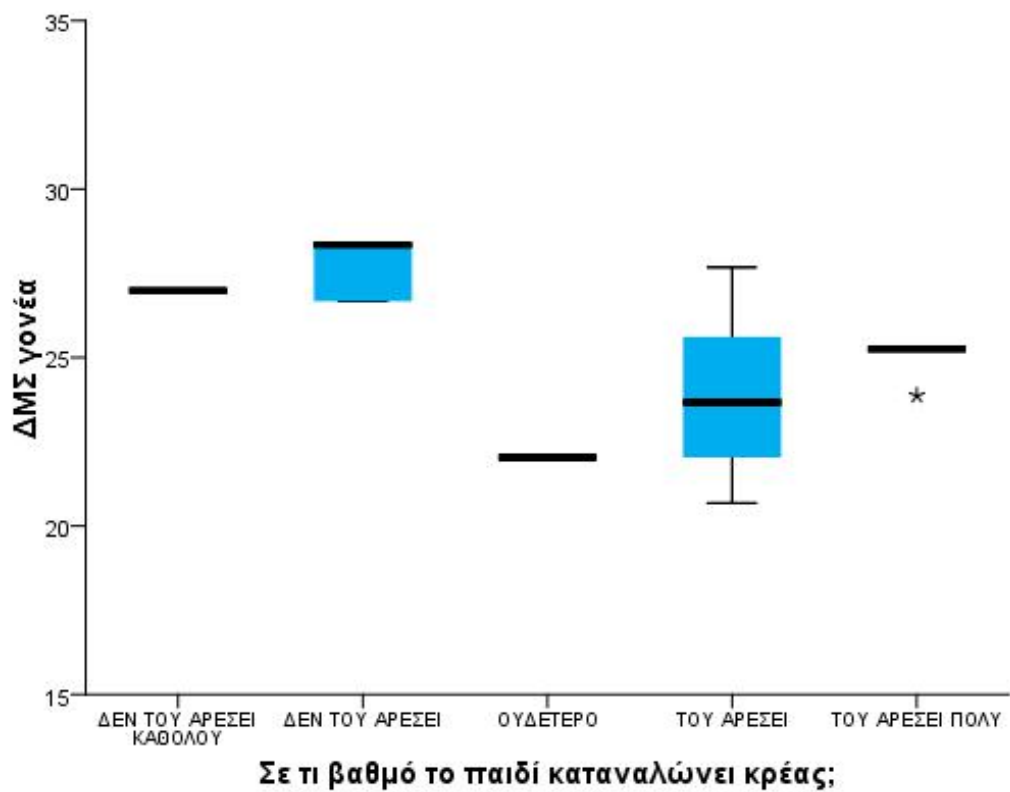
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (ρ Spearman, $p < 0.05$), είναι:

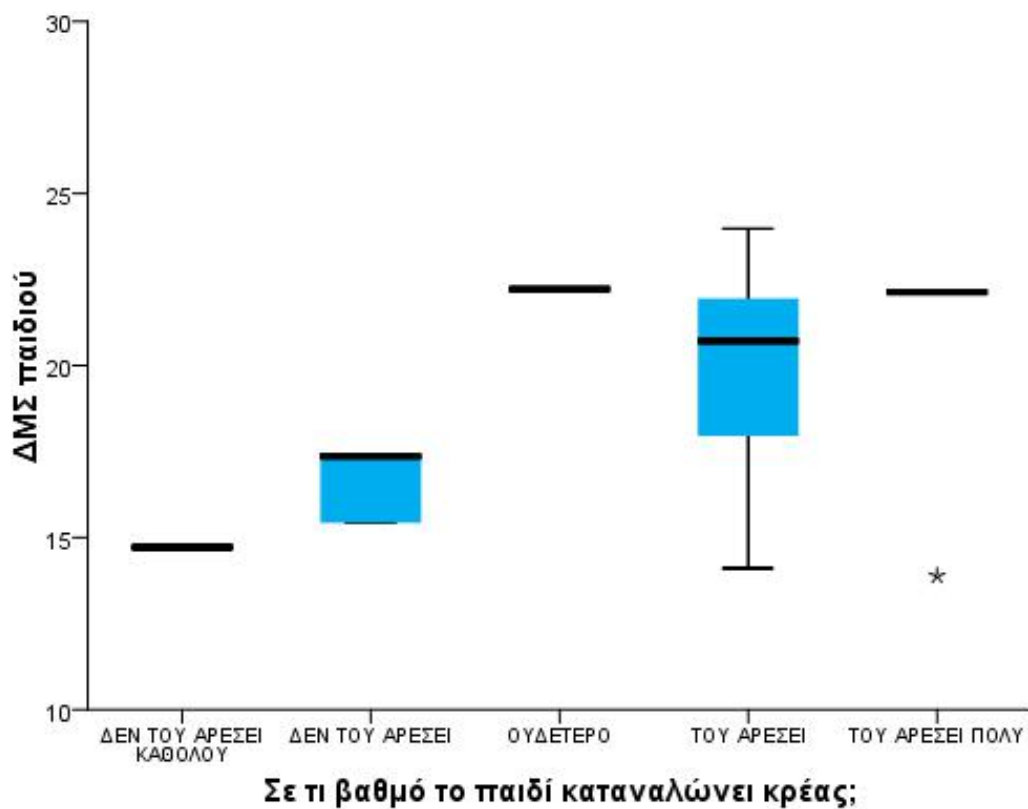
- ✓ Ηλικία γονέα και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει κρέας;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.255$, $p = 0.037$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το κρέας.



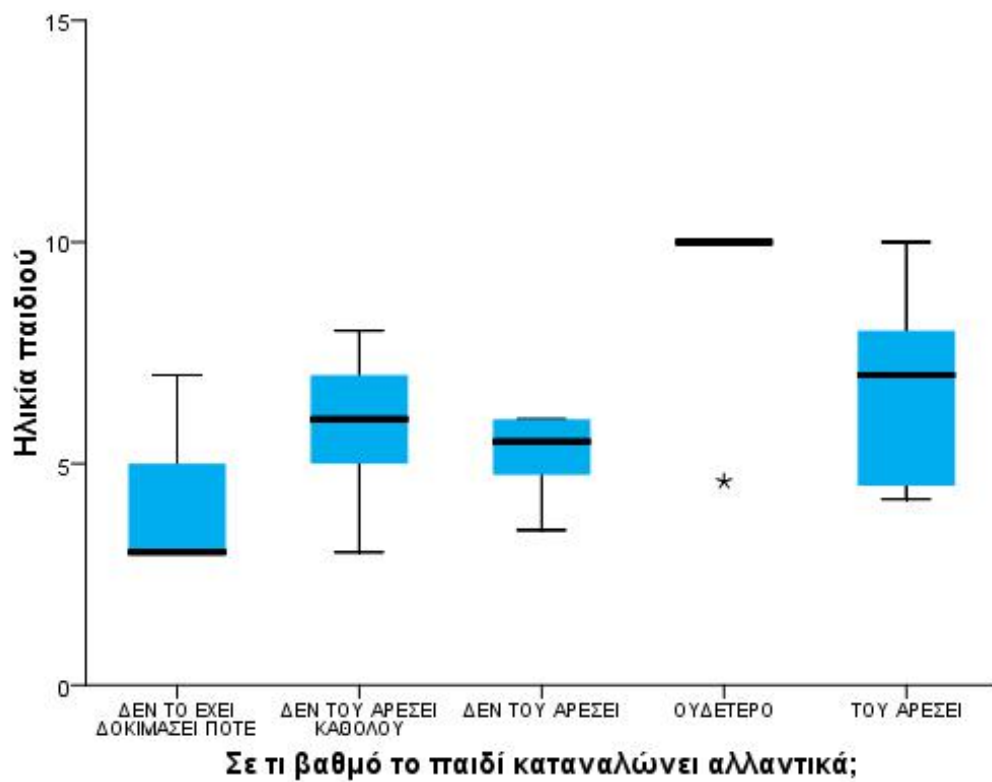
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονέα και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει κρέας;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.293$, $p = 0.016$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το κρέας.



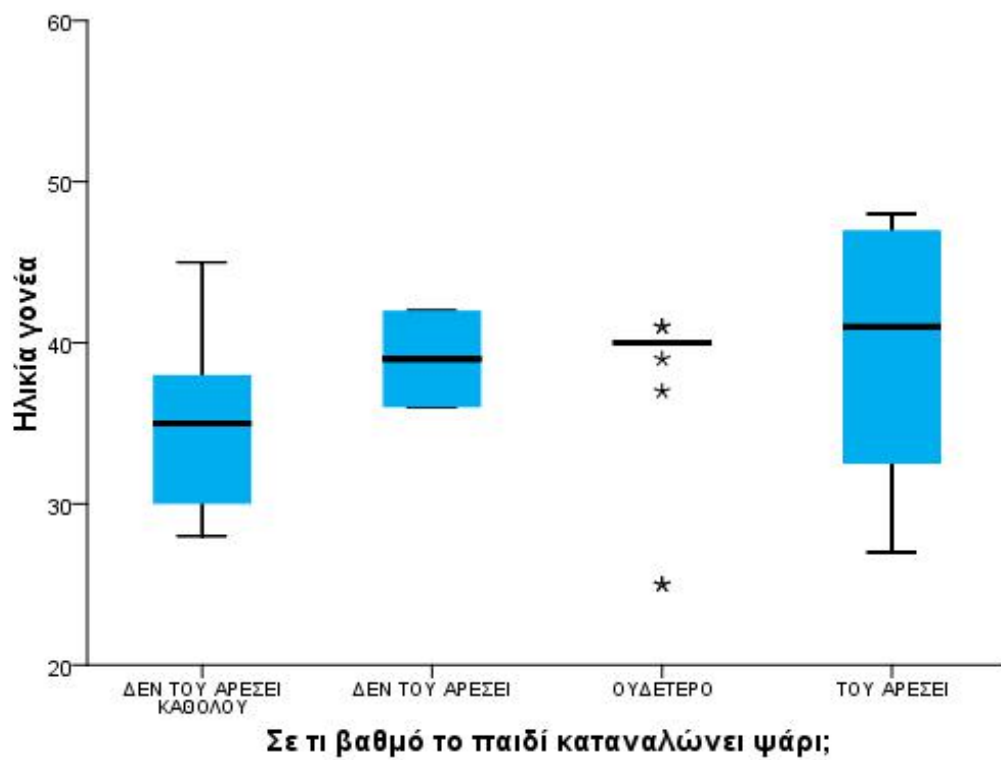
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει κρέας;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.456$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το κρέας.



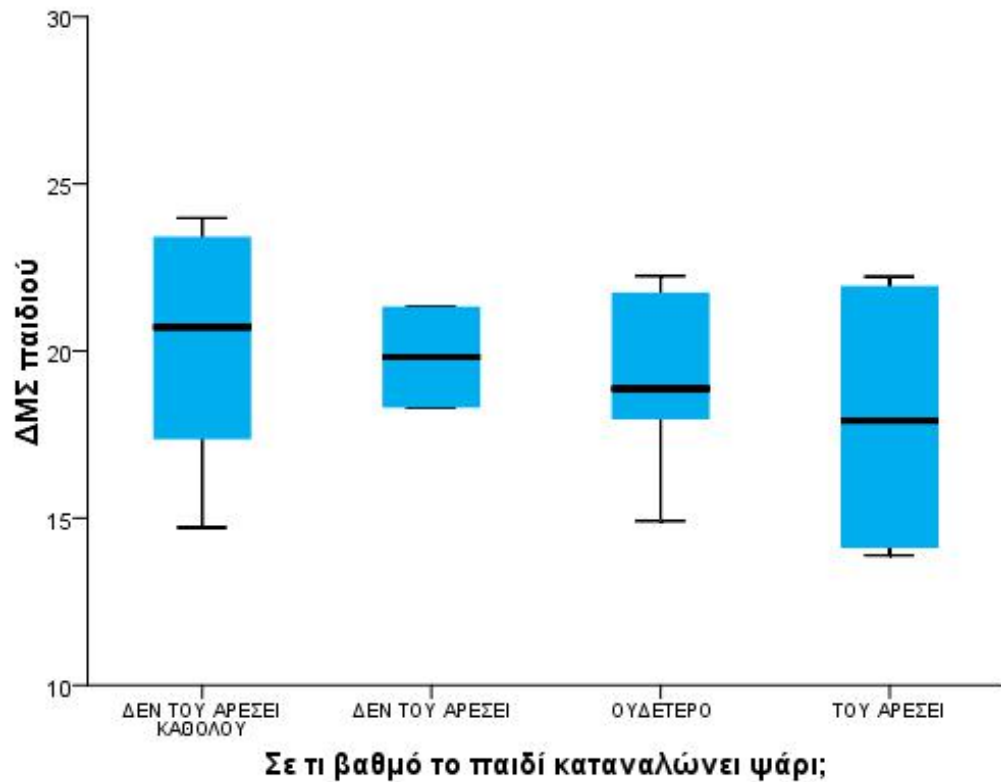
- ✓ Ηλικία παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει αλλαντικά;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.306$, $p = 0.012$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει τα αλλαντικά.



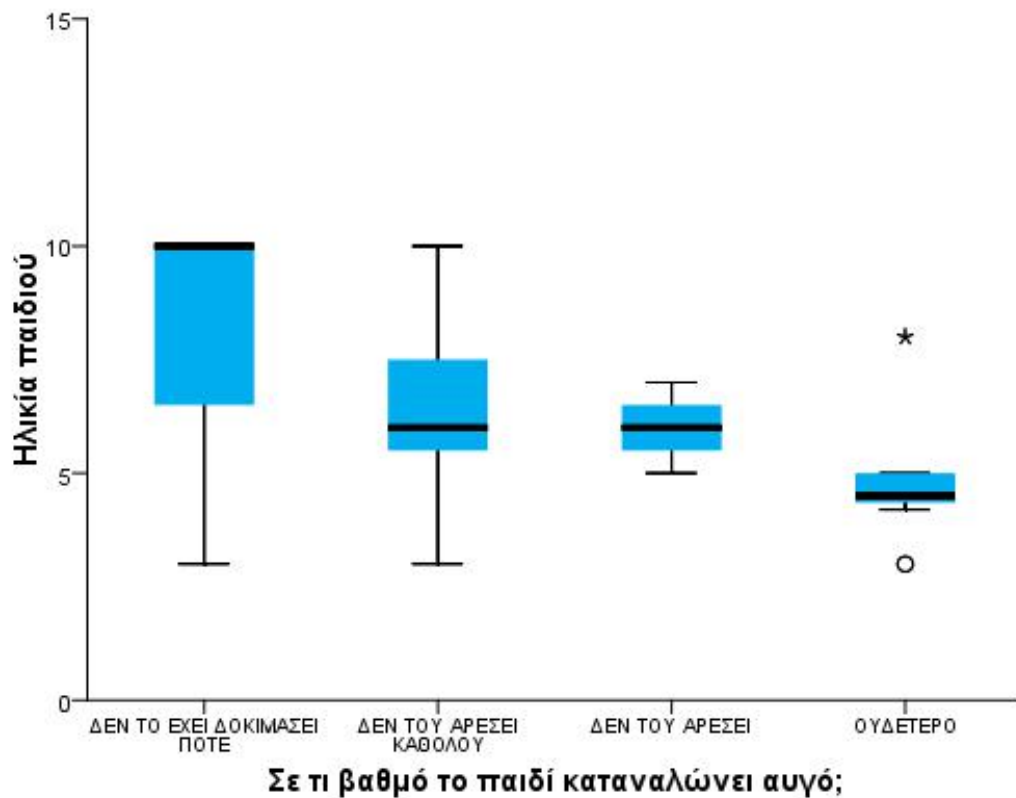
- ✓ Ηλικία γονέα και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψάρι;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.303$, $p = 0.013$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το ψάρι.



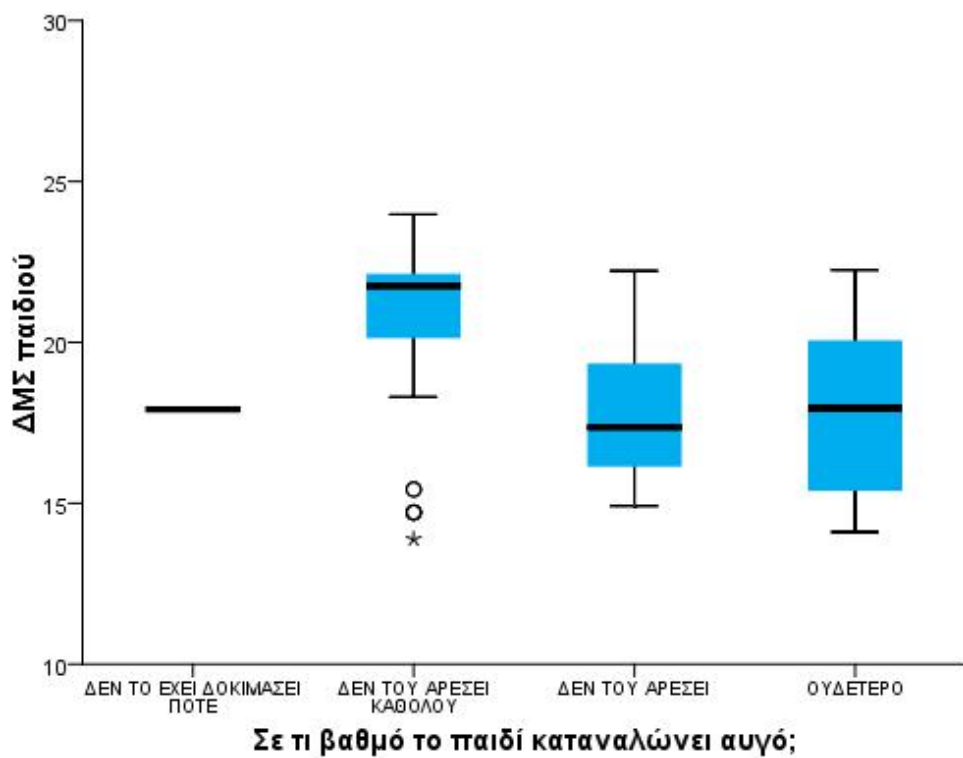
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψάρι;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.270$, $p = 0.035$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το ψάρι.



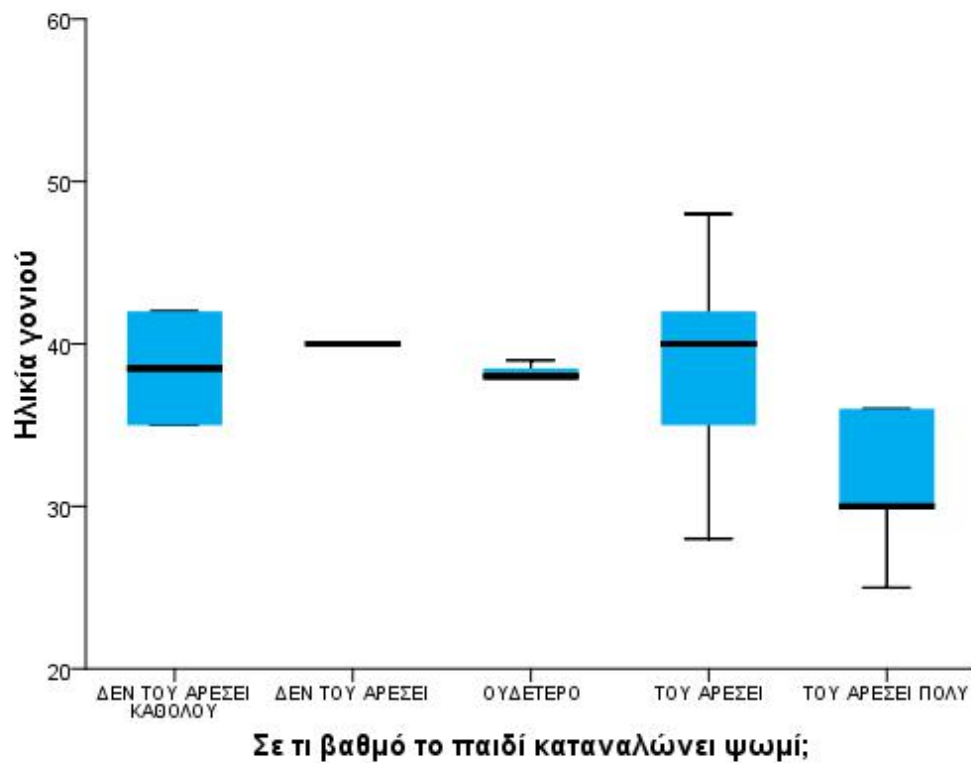
- ✓ Ηλικία παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει αυγό;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.309$, $p = 0.011$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιου, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το αυγό.



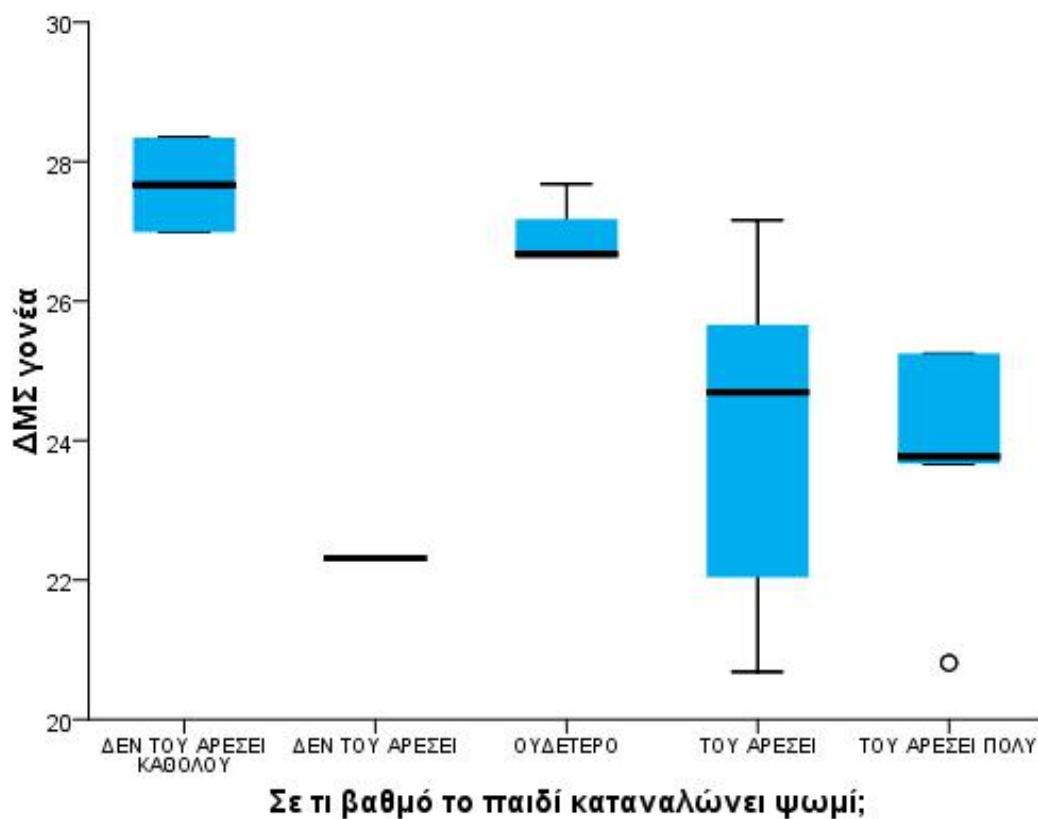
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει αυγό;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.290$, $p = 0.024$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το αυγό.



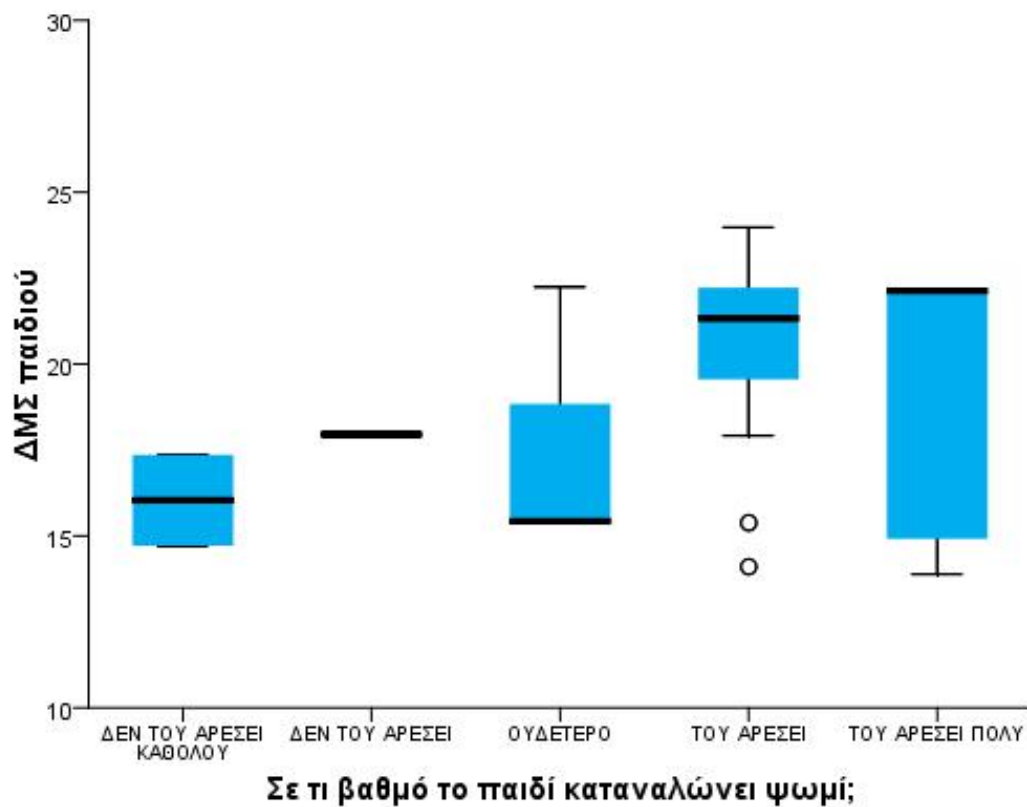
- ✓ Ηλικία γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψωμί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.393$, $p = 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το ψωμί.



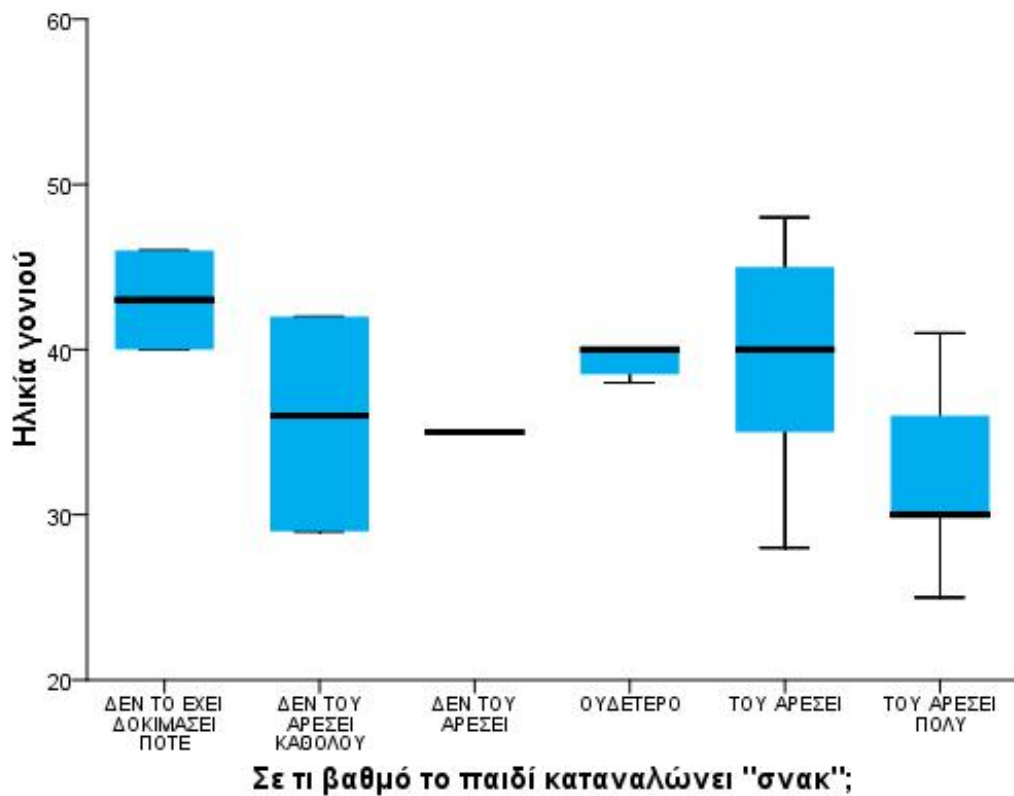
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψωμί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.333$, $p = 0.006$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το ψωμί.



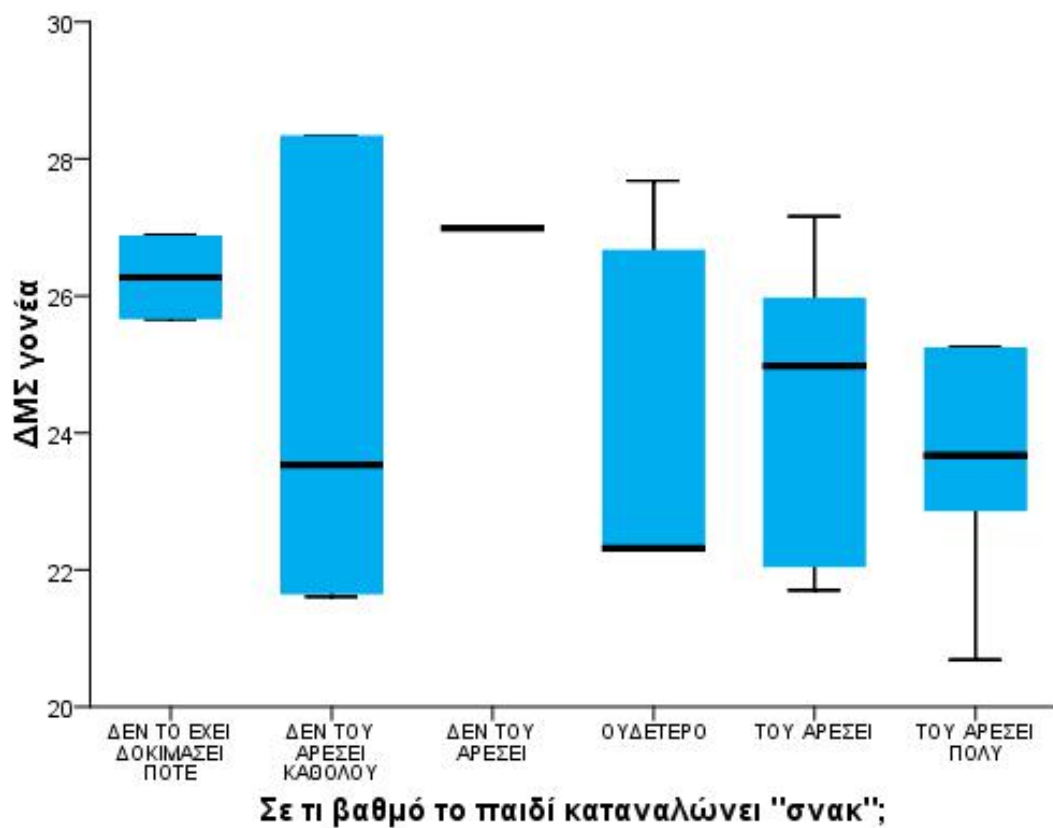
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει ψωμί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.399$, $p = 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το ψωμί.



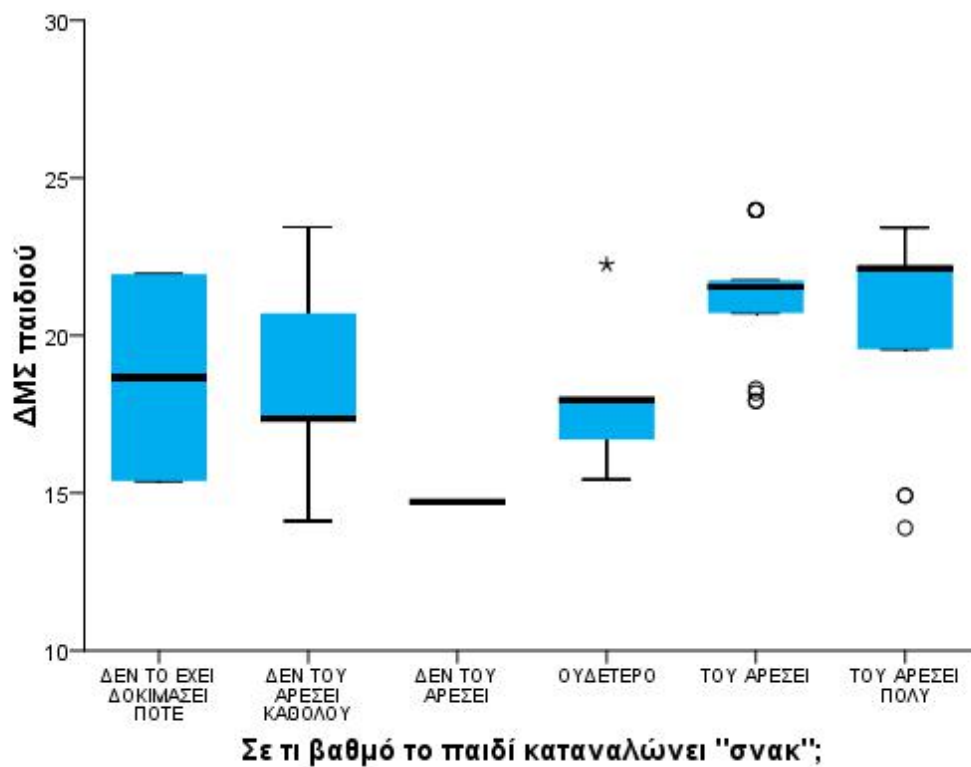
- ✓ Ηλικία γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει σνακ;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.324$, $p = 0.008$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει σνακς.



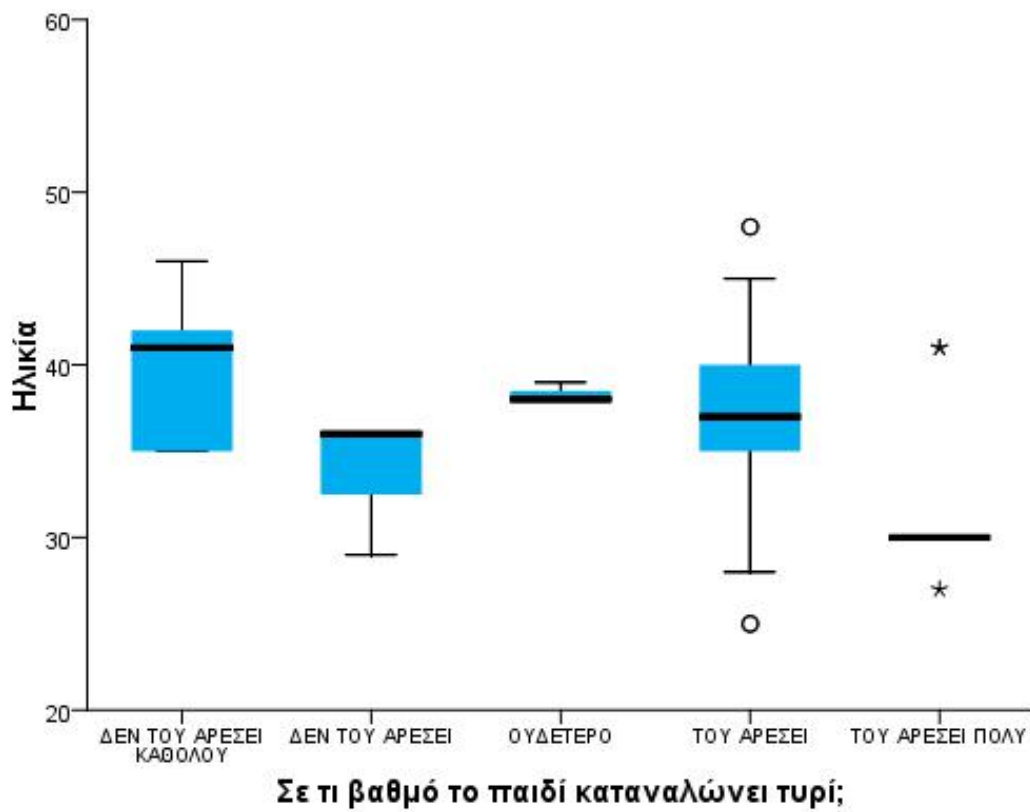
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει σνακ;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.296$, $p = 0.015$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει σνακς.



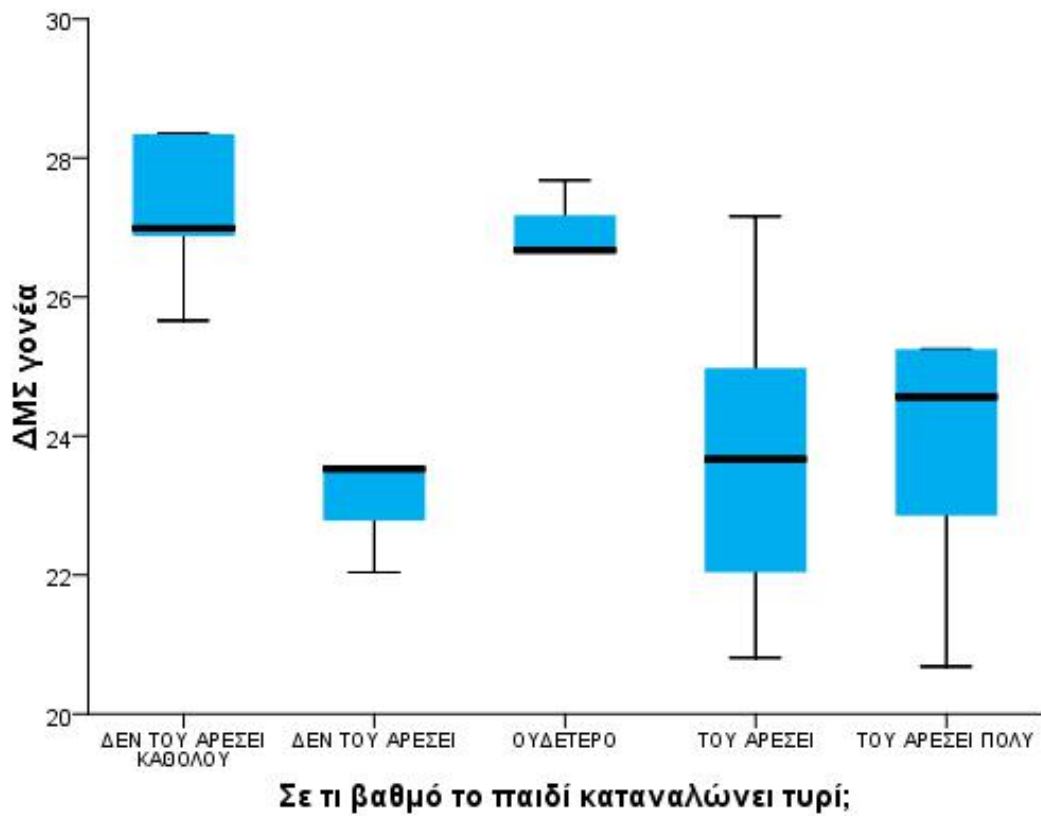
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει σνακ;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.384$, $p = 0.002$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει σνακς.



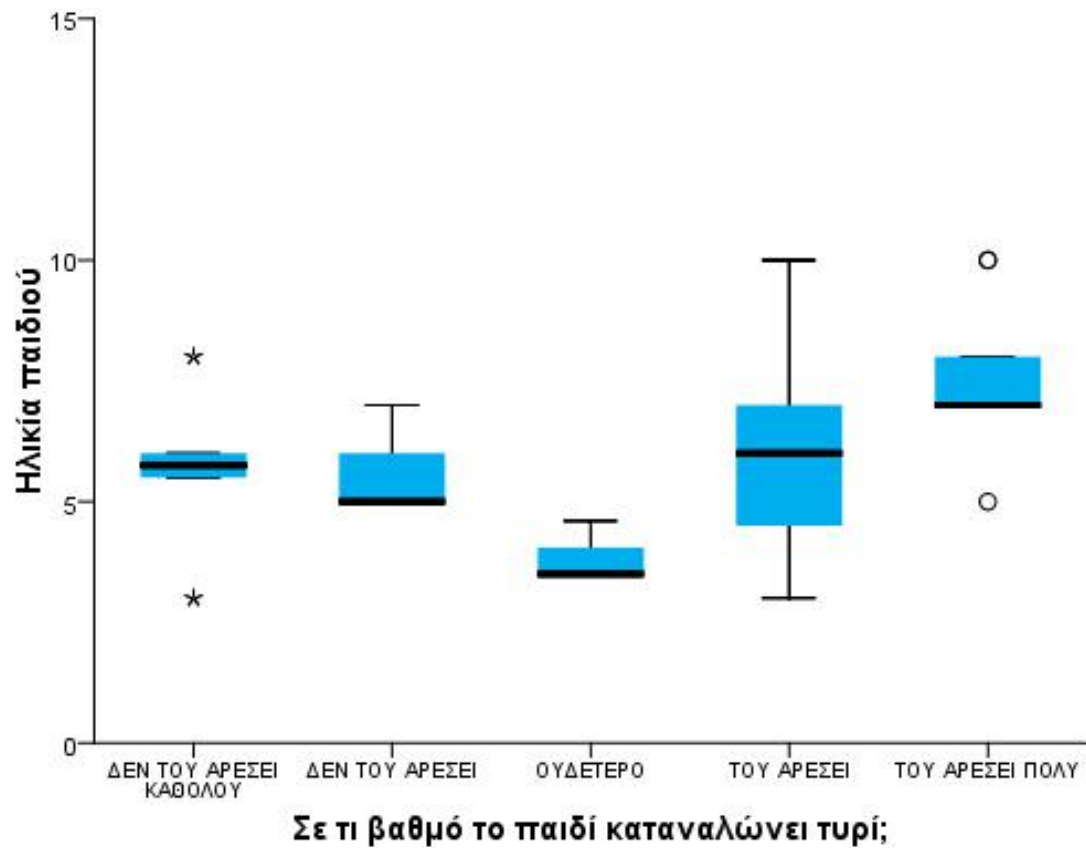
- ✓ Ηλικία γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει τυρί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.352$, $p = 0.004$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το τυρί.



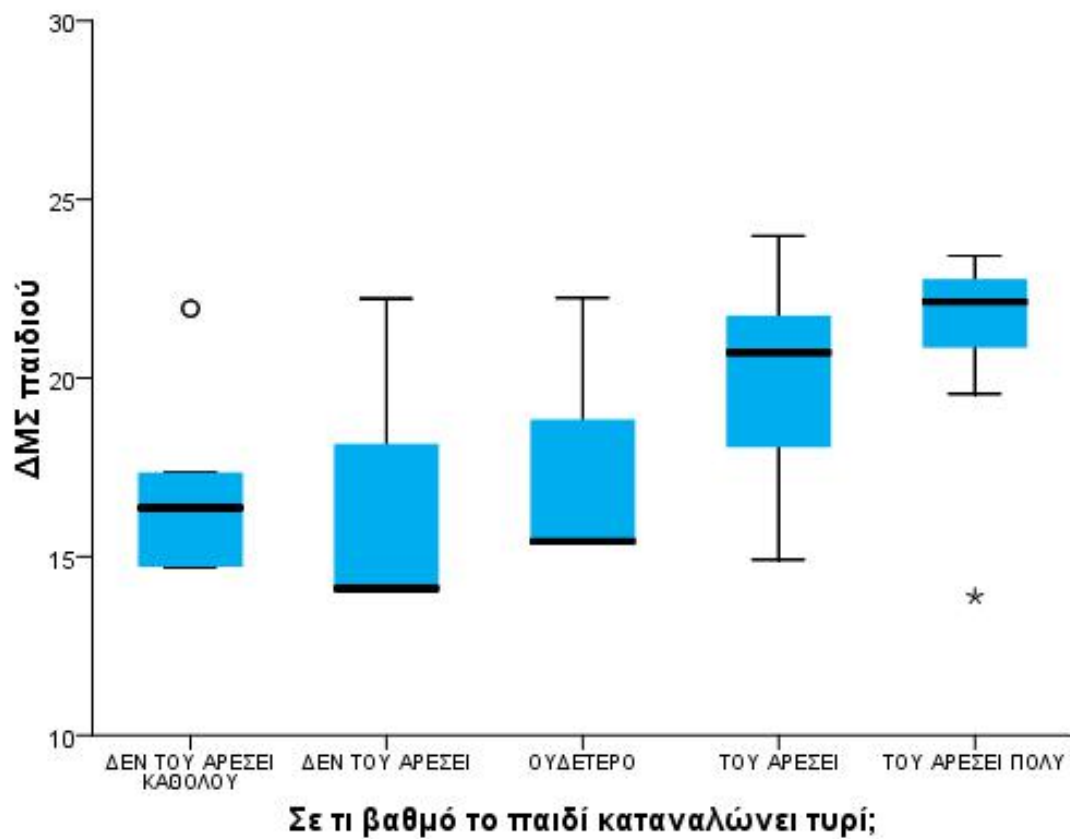
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει τυρί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.448$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το τυρί.



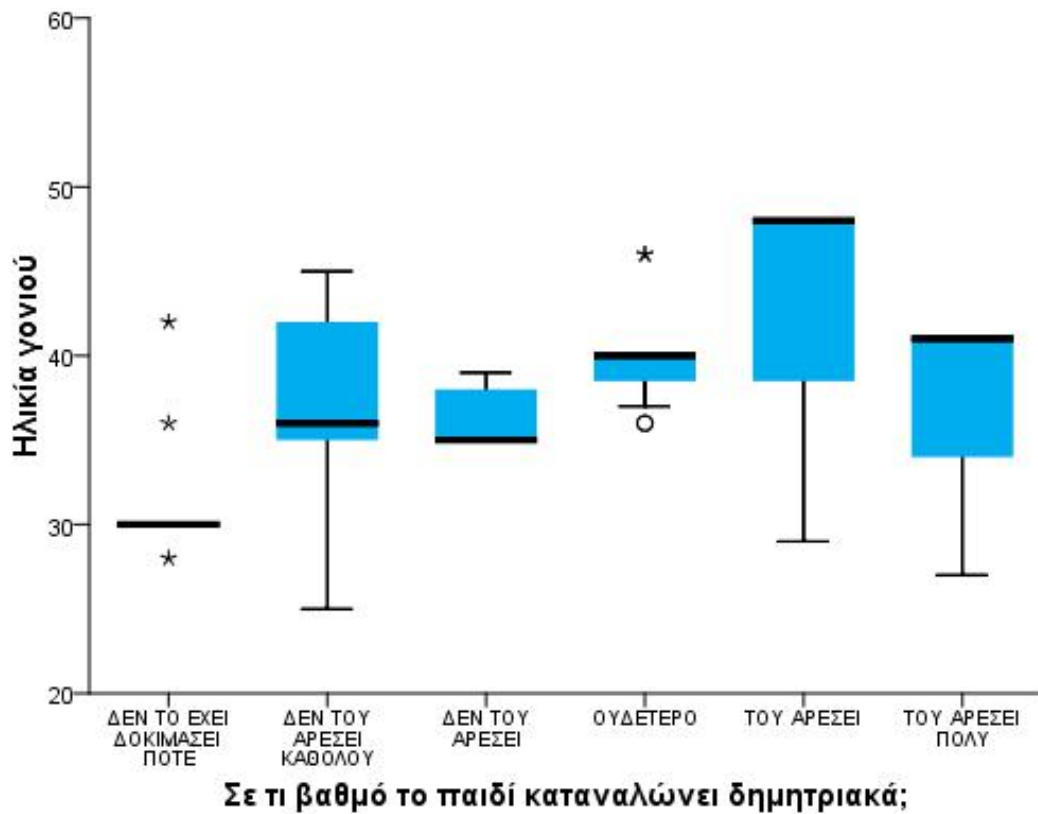
- ✓ Ηλικία παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει τυρί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.350$, $p = 0.004$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το τυρί.



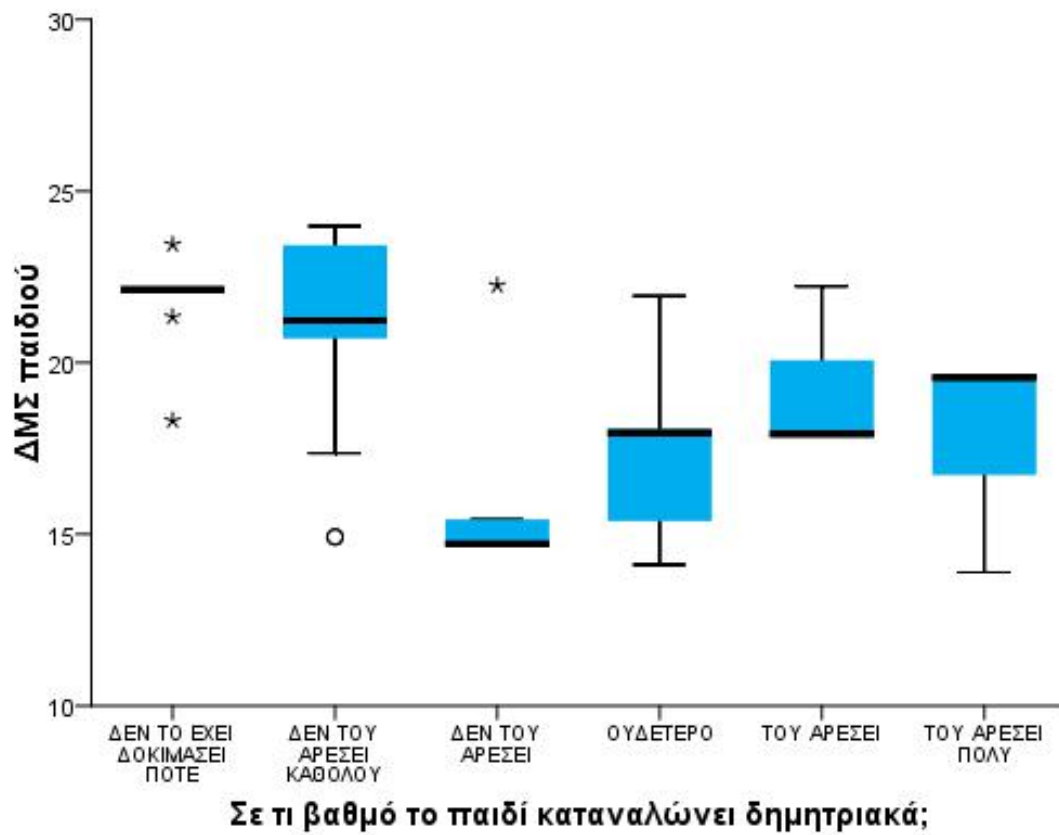
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει τυρί;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.501$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το τυρί.



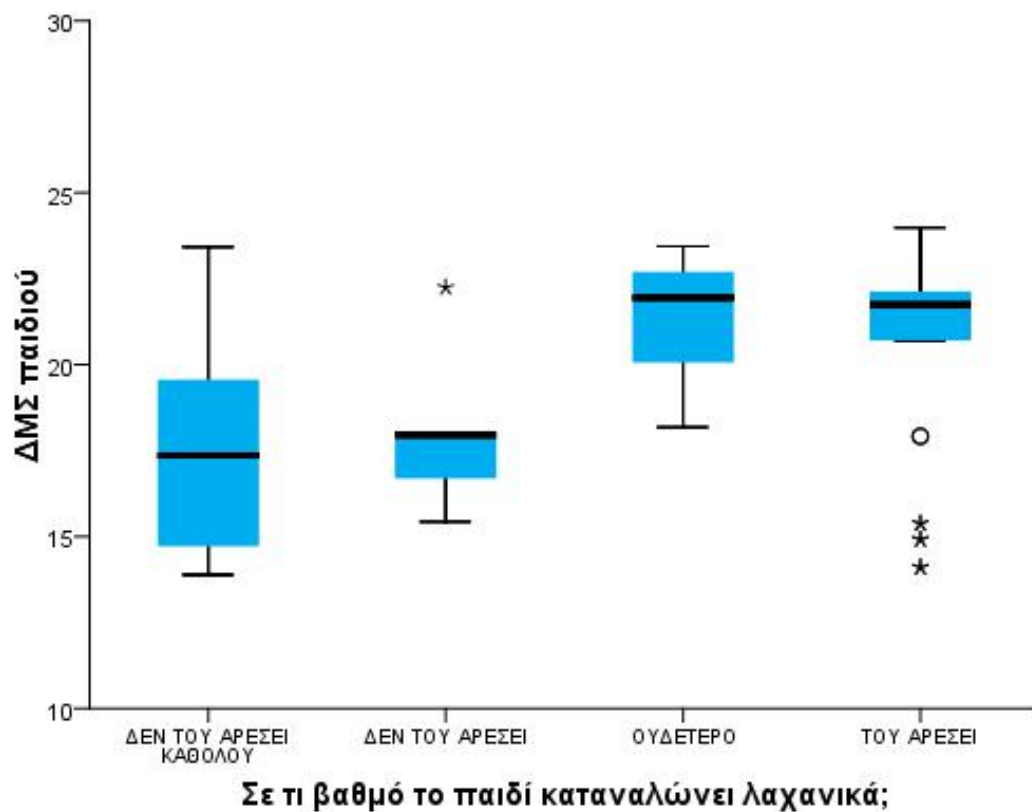
- ✓ Ηλικία γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει δημητριακά;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.346$, $p = 0.004$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει τα δημητριακά.



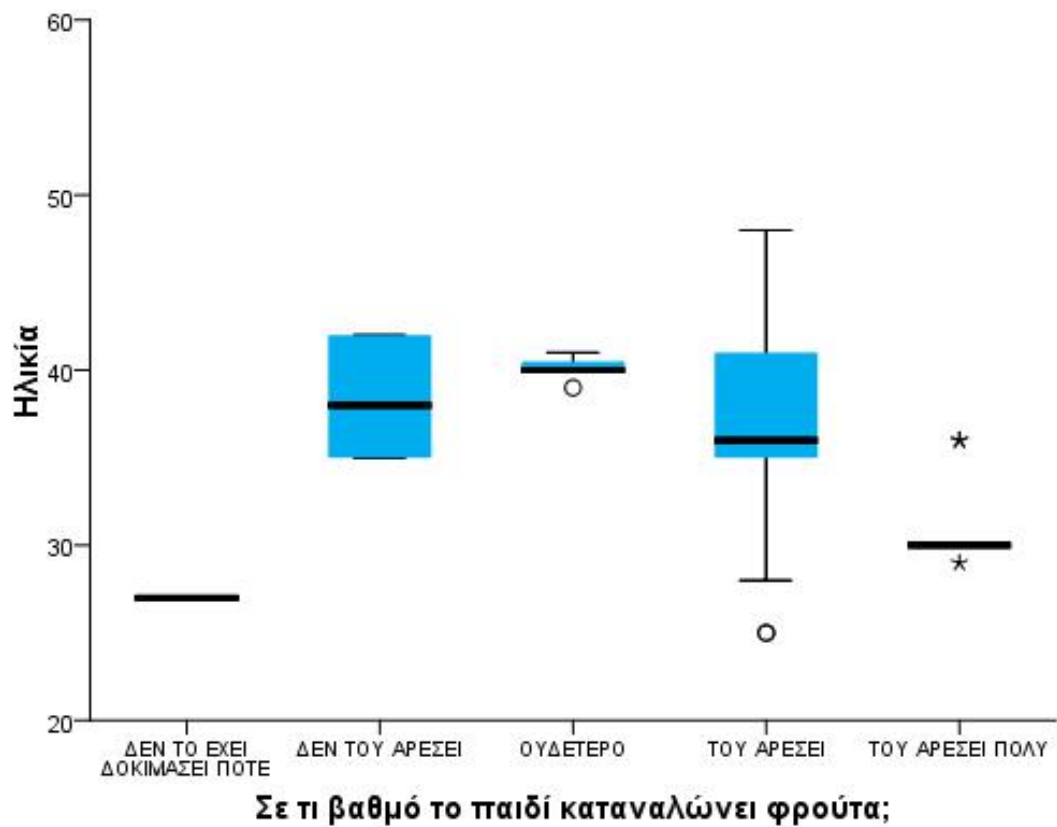
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει δημητριακά;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.508$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει τα δημητριακά.



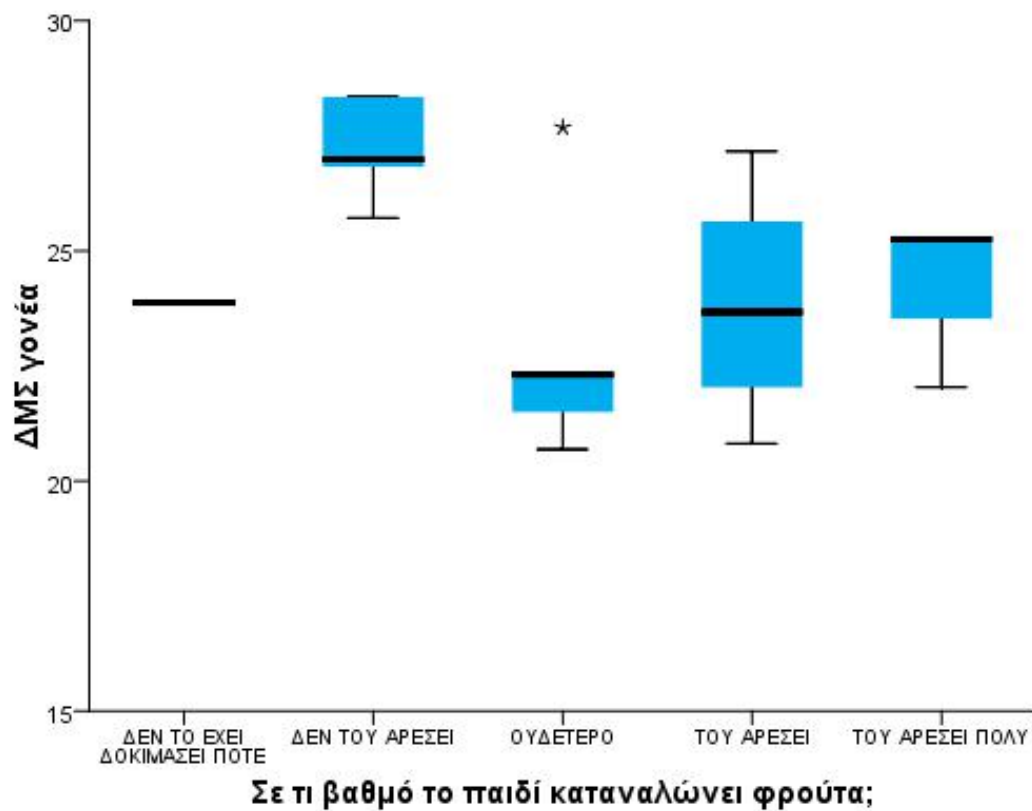
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει λαχανικά;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.330$, $p = 0.009$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει τα λαχανικά.



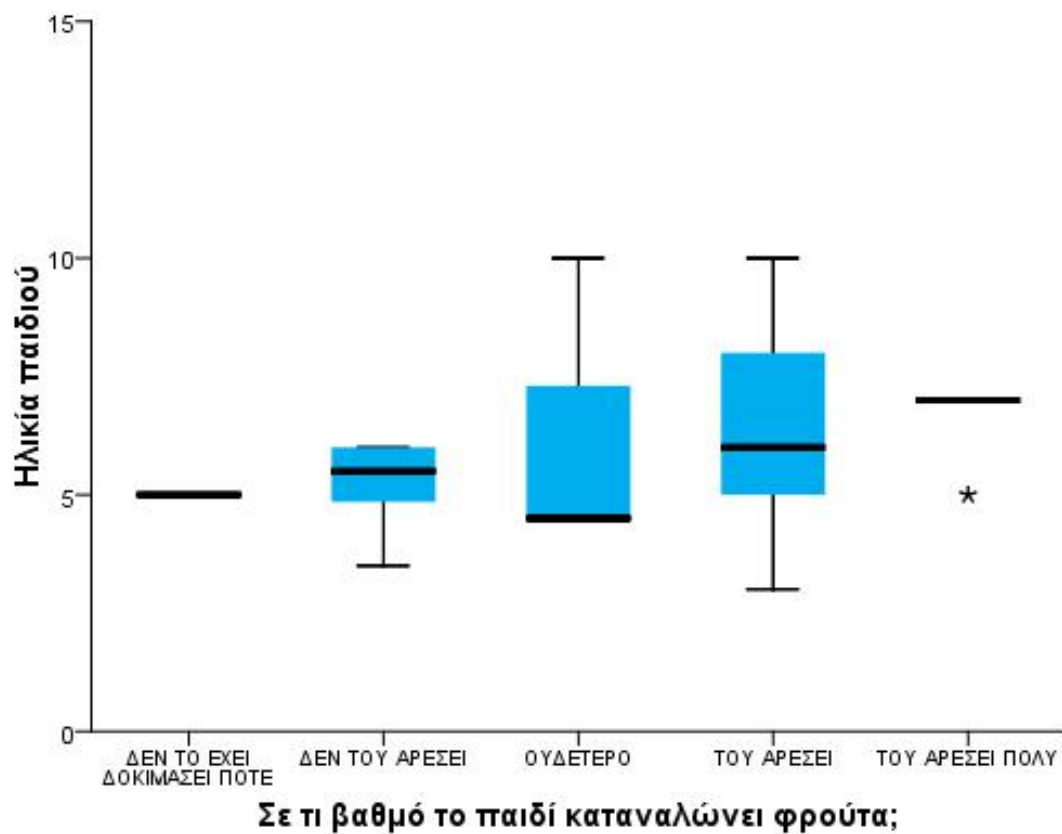
- ✓ Ηλικία γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει φρούτα;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.287$, $p = 0.018$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει τα φρούτα.



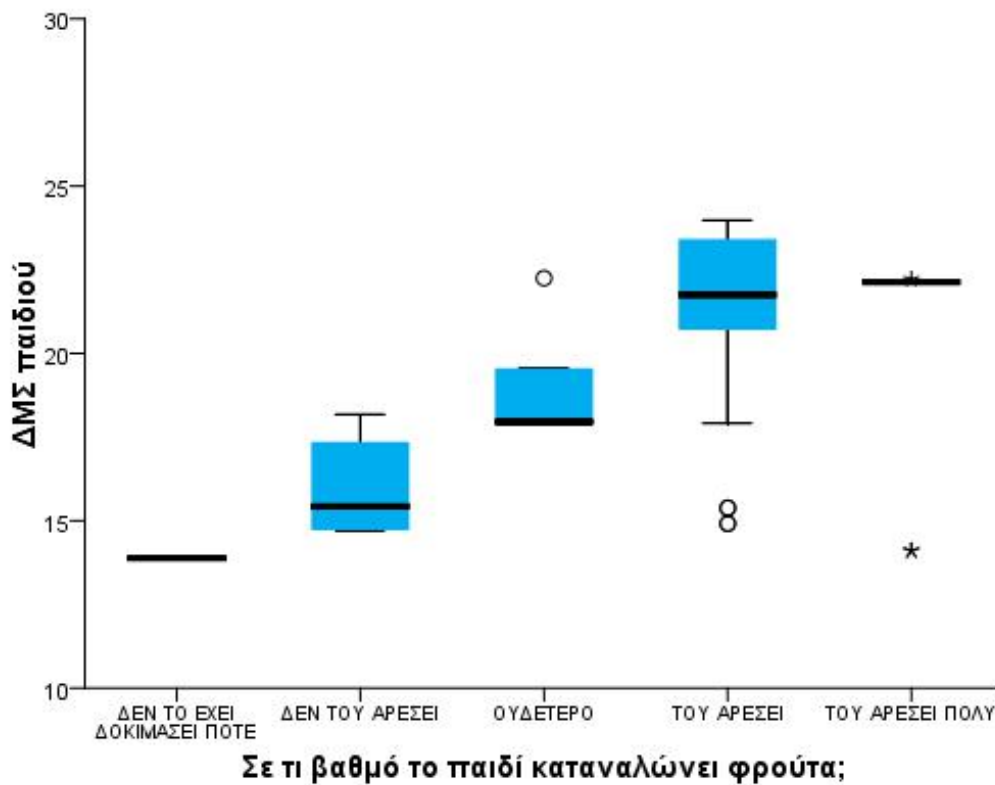
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει φρούτα;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.258$, $p = 0.035$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει τα φρούτα.



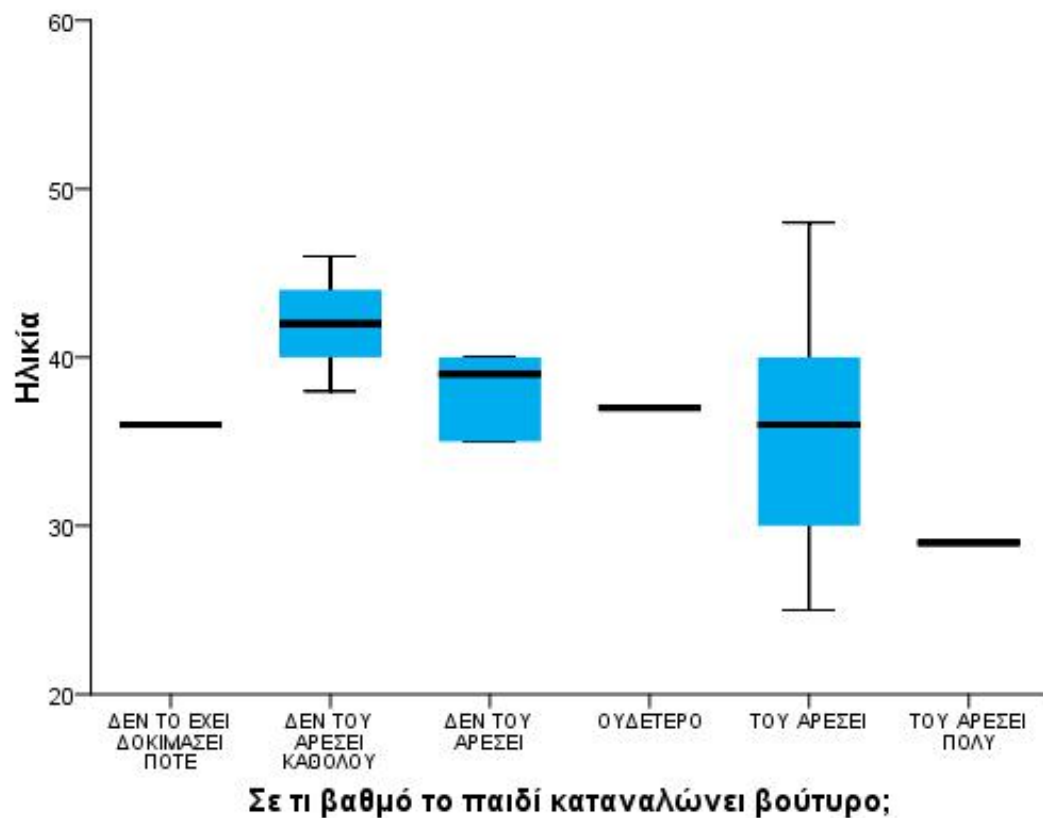
- ✓ Ηλικία παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει φρούτα;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.291$, $p = 0.017$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει τα φρούτα.



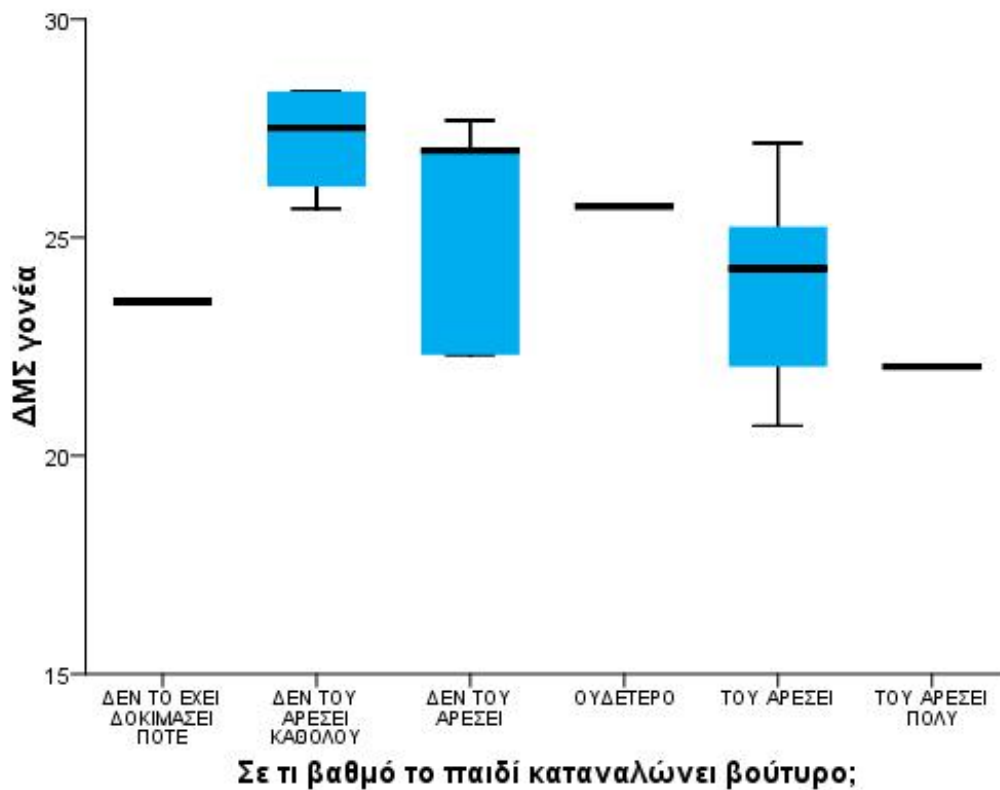
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει φρούτα;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.518$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει τα φρούτα.



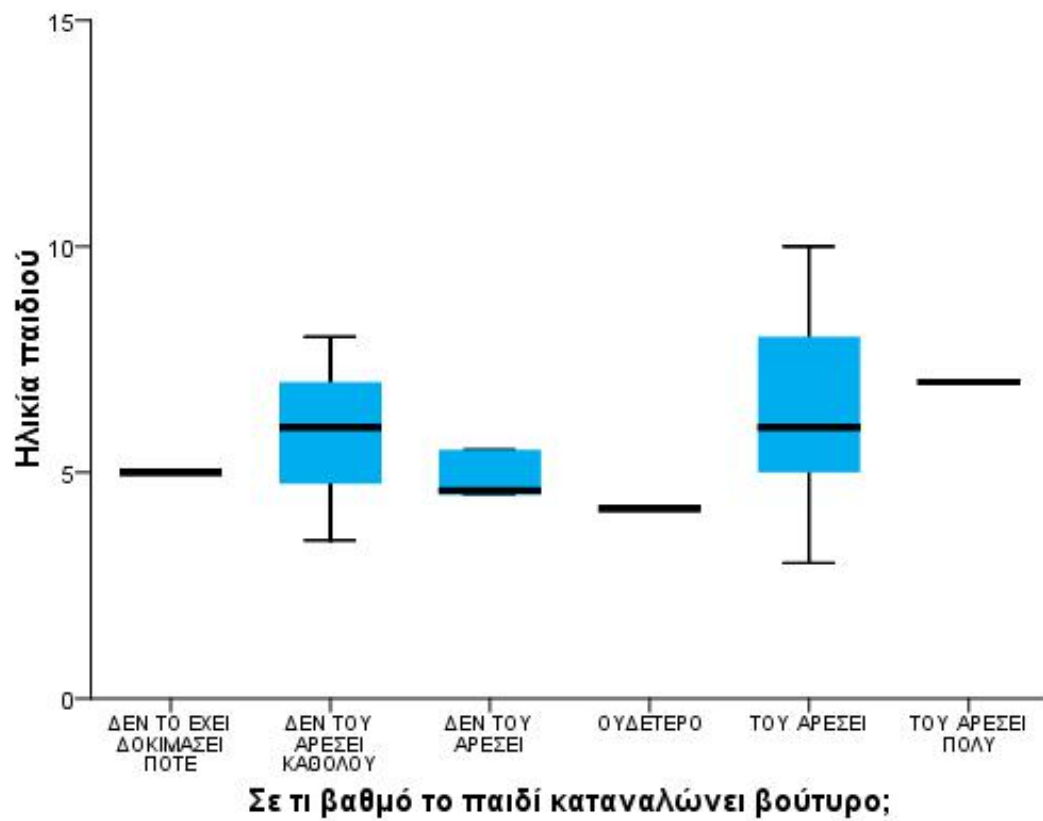
- ✓ Ηλικία γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει βούτυρο;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.314$, $p = 0.010$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το βούτυρο.



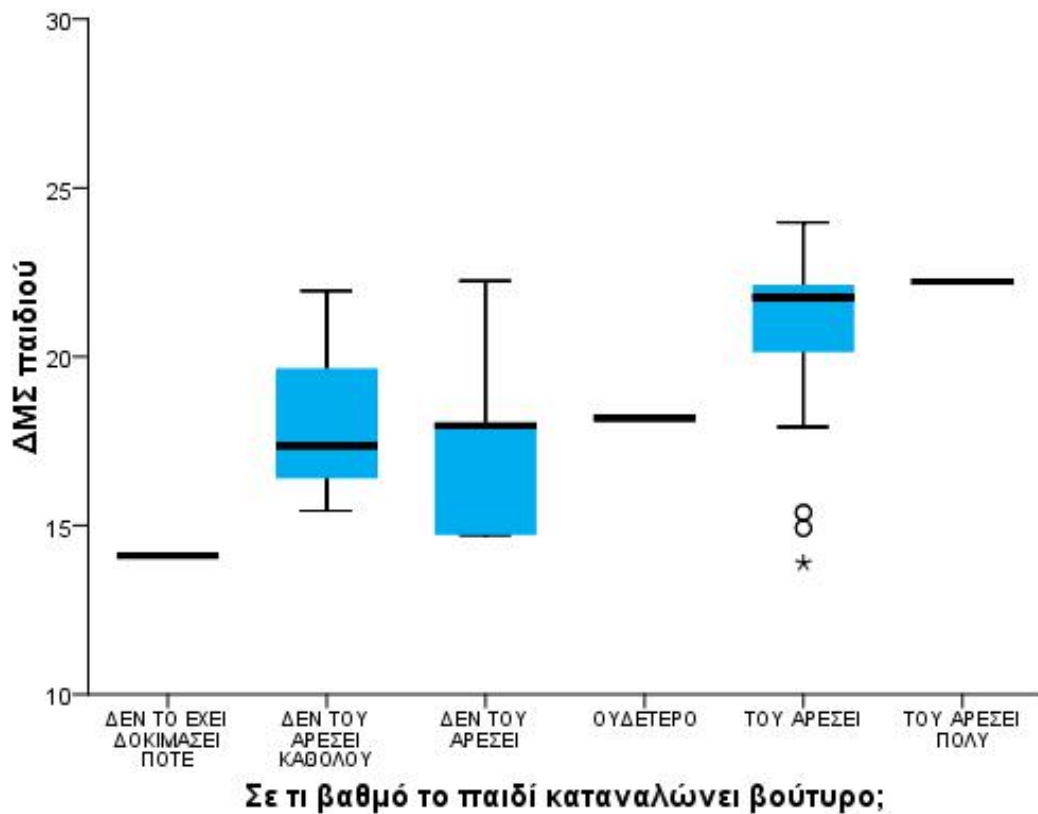
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει βούτυρο;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.398$, $p = 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει το βούτυρο.



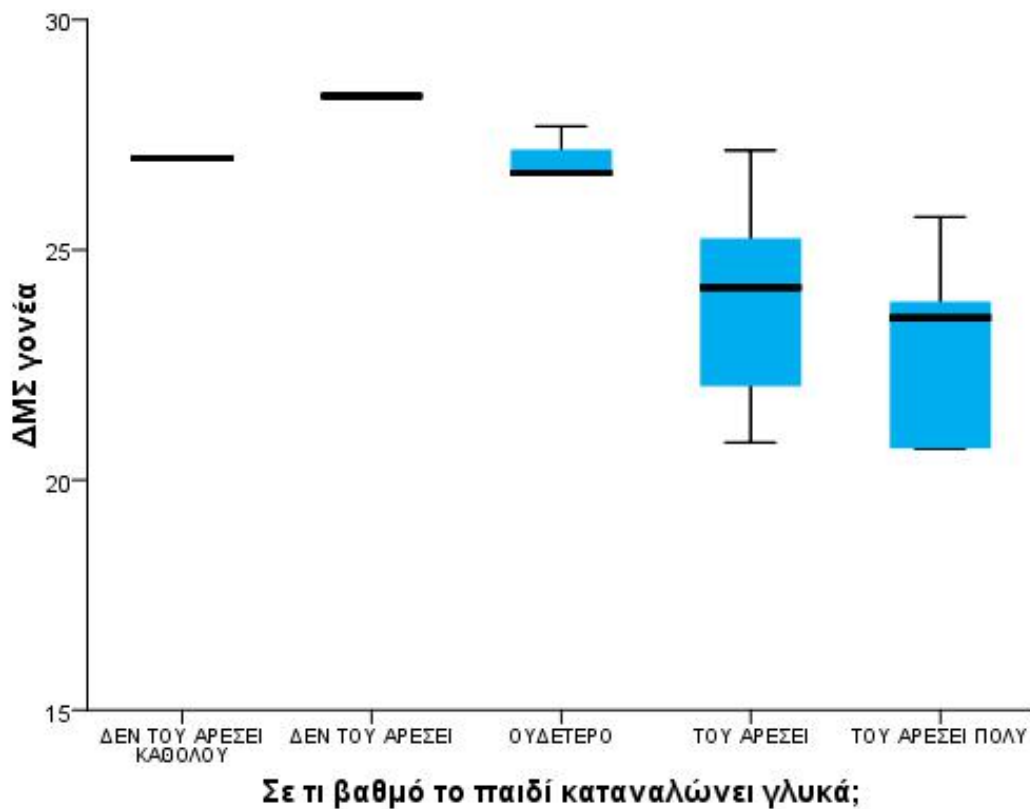
- ✓ Ηλικία παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει βούτυρο;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.295$, $p = 0.015$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το βούτυρο.



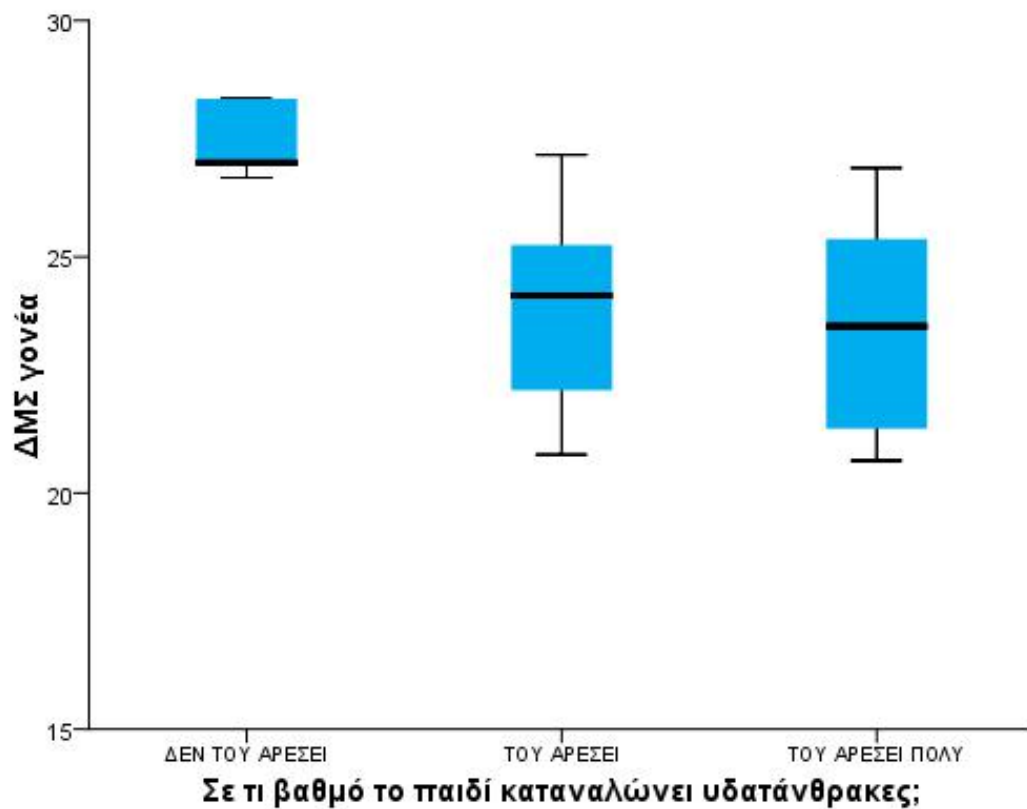
- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει βούτυρο;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = 0.523$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο το παιδί προτιμάει το βούτυρο.



- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει γλυκά;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.548$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει τα γλυκά.



- ✓ Δείκτης Μάζας Σώματος γονιού και ερωτήματος «Σε τι βαθμό το παιδί καταναλώνει υδατάνθρακες;». Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Spearman $\rho = -0.515$, $p < 0.001$). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμάει τους υδατάνθρακες.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πρωταρχικό συμπέρασμα της παρούσας εργασίας αποτελεί ότι ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των παιδιών που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν προβληματικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Αν και οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν πως το παιδί τους αισθάνεται τον εαυτό του όπως θα έπρεπε να είναι με βάση την ηλικία του, αστειεύεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων, ενώ αισθάνονται ικανοποιημένοι από την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει, σημαντικό ποσοστό αυτών θεωρούν τα γεύματα μια αγχώδη διαδικασία, αισθάνονται αναστατωμένοι όταν σκέφτονται τα γεύματα τους και η συμπεριφορά του παιδιού τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων κάνει τον/την σύζυγό τους να αισθάνεται αναστατωμένος/η. Η πλειοψηφία δε των παιδιών χρειάζονται περισσότερο από μισή ώρα για να καταναλώσουν φαγητό μαζί τους, λόγω μιας συγκεκριμένης ρουτίνας που ακολουθούν και πως οι συγγενείς παραπονιούνται σχετικά με τον τρόπο που γευματίζει το παιδί πράγμα που δημιουργεί ζητήματα στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών. Τέλος, η πλειοψηφία των γονέων ανέφεραν ότι το παιδί φέρνει παιχνίδια ή βιβλία στο τραπέζι και πως η συμπεριφορά του παιδιού στα γεύματα αναστατώνει τα υπόλοιπα παιδιά.

Σχετικά με τις προτιμήσεις των παιδιών για τα τις ομάδες τροφίμων, στην πλειοψηφία αρέσει το κρέας και το κοτόπουλο, το ψωμί, τα αλμυρά σνακ και το τυρί. Ακόμα, στα περισσότερα παιδιά αρέσουν τα λαχανικά (εκτός από κάποια πιο ιδιαίτερα, όπως τα λαχανάκια Βρυξελλών που δεν τα έχουν δοκιμάσει), τα φρούτα (εκτός από ορισμένα εξωτικά φρούτα), τα βούτυρα, τα γλυκά και οι υδατάνθρακες, όπως τα μακαρόνια, το ρύζι κλπ.

Αναλυτικότερα, βάσει των συσχετίσεων που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία διαπιστώνονται τα εξής:

1. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του γονέα, τόσο τόσο περισσότερο το παιδί προτιμά την κατανάλωση τυριού και δημητριακών και τόσο λιγότερο την κατανάλωση κρέατος, ψαριού, αυγού, ψωμιού, σνακς, φρούτων και βουτύρου
2. Όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του γονέα, τόσο λιγότερο το παιδί προτιμά την κατανάλωση κρέατος, ψωμιού, σνακς, τυριού, φρούτων, βουτύρου, γλυκών και υδατανθράκων
3. Όσο μεγαλύτερος είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος του παιδιού, τόσο περισσότερο εκείνο προτιμά την κατανάλωση κρέατος, ψωμιού, σνακς, τυριού, λαχανικών, φρούτων και βουτύρου και τόσο λιγότερο την κατανάλωση ψαριού, αβγού και δημητριακών
4. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του παιδιού, τόσο περισσότερο εκείνο προτιμά την κατανάλωση αλλαντικών, τυριού, φρούτων και βουτύρου.

Οι πρώτες παρατηρήσεις, δηλαδή οι σχετικές με τη συμπεριφορά των παιδιών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες στις οποίες αναφέρθηκε ότι οι γονείς αγχώνονται για τη διατροφή του παιδιού τους. Το στρες αυτό καθιστά το θέμα της επιλεκτικότητας των τροφίμων ως ένα ζήτημα που προκαλεί άγχος και στα παιδιά. Όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα στρες των γονέων τους τόσο εντονότερο είναι και το άγχος που βιώνουν τα παιδιά (Kodak & Piazza, 2008; Moh & Magiati, 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα παιδιά με αυτισμό μπορεί να μην είναι σε θέση να ανταποκριθούν με επάρκεια στα ζητήματα διατροφής τους, όπως για παράδειγμα στο να εκδηλώσουν την πείνα τους, την πληρότητα της τροφής, να μιλήσουν για τρόφιμα που τους αρέσουν ή όχι, να αναπτύξουν δυσφορία απέναντι στο φαγητό ή ενδέχεται να μην επηρεάζονται καθόλου από τη στάση των φροντιστών τους απέναντι στην υγιεινή διατροφή. Δυσκολίες των παιδιών που σχετίζονται με τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις είναι επίσης χαρακτηριστικές και οδηγούν σταδιακά στην έλλειψη των κατάλληλων για την ηλικία τους κοινωνικών ανταλλαγών. Ένα παιδί με αυτισμό μπορεί να δυσκολευτεί να μάθει να χρησιμοποιεί τα σκεύη του φαγητού ή να ακολουθεί συγκεκριμένο πρόγραμμα καθαριότητας, με αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά

δύσκολο για ένα παιδί να ακολουθήσει μια κατάλληλη διατροφή για την ηλικία του.

Τα παιδιά με ΔΑΔ είναι επίσης πιο πιθανό να καταναλώνουν μια πιο περιορισμένη ποικιλία τροφών από συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων (π.χ. φρούτα, γαλακτοκομικά προϊόντα, άμυλα), ενώ τα παιδιά με ΔΑΔ καταναλώνουν μόνο το μισό αριθμό τροφίμων από κάθε ομάδα. Οι έρευνες ωστόσο που έχουν πραγματοποιηθεί με αντικείμενο τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών με ΔΑΔ είναι ελάχιστες και οδηγούν σε αντιφατικά συμπεράσματα. Σε ορισμένες εξ' αυτών (π.χ. Schmitt et al. (2008)) συνάγεται ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά μεταξύ των παιδιών με ΔΑΔ και των υπόλοιπων παιδιών σε ό,τι αφορά την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Υπέρ αυτών των πορισμάτων συνηγορεί και η παρούσα έρευνα, καθώς δεν διαπιστώνονται ιδιαίτερες προτιμήσεις σε κατηγορίες τροφίμων. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες στις οποίες αναφέρεται πως τα παιδιά με αυτισμό παρουσιάζουν περισσότερα διατροφικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της άρνησης κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων, της ιδιοσυγκρασιακής συμπεριφοράς του γεύματος και της αποδοχής μιας περιορισμένης ποικιλίας και υφής τροφίμων (Schrech et al., 2004).

Στην υπό συζήτηση μελέτη επιχειρήθηκε μία όσο το δυνατόν αναλυτικότερη και πολύπλευρη (εστιάζουσα σε μία ποικιλία διατροφικών συμπεριφορών και κατηγοριών τροφίμων) έρευνα για την ανίχνευση προβληματικών συμπεριφορών και διατροφικών προτιμήσεων, καθώς ελάχιστες μόνο μελέτες έχουν εστιάσει στα παραπάνω αντικείμενα.

Στα πλεονεκτήματα της ερευνητικής μεθοδολογίας περιλαμβάνεται η αυστηρή εφαρμογή μιας δομημένης μεθόδου καταγραφής που βασίστηκε σε πρότυπα ερωτηματολόγια. Σημαντικό δε υπήρξε το μέγεθος του δείγματος. Οι ερωτήσεις καλύπτουν μία ευρεία θεματολογία αναφορικά με το πεδίο των διατροφικών συνηθειών των παιδιών που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού και επικεντρώνονται ισοδύναμα τόσο τις συμπεριφορές των παιδιών όσο και τις κατηγορίες τροφίμων που καταναλώνουν.

Στα μειονεκτήματα της παρούσας έρευνας περιλαμβάνεται τό ότι δεν κατέστη δυνατή η στάθμιση του δείγματος με βάση δημογραφικούς παράγοντες και η χρήση μίας μόνον μεθόδου στατιστικής συμπερασματολογίας, ενώ το σημαντικότερο εξ' αυτών υπήρξε το ότι δεν έλαβε χώρα σύγκριση των αποτελεσμάτων με ομάδα παιδιών που δεν εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού, ώστε να διαπιστωθεί πιο ευδιάκριτα το είδος και ο βαθμός έντασης των αποκλίσεων. Μία μελλοντική έρευνα προς ολοκλήρωση της παρούσας θα μπορούσε να περιλαμβάνει ακριβώς αυτή τη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ θα μπορούσε να εστιάσει στις συγκεκριμένες προβληματικές συμπεριφορές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εν κατακλείδι, τα πορίσματα της έρευνας συνοψίζονται στην ανίχνευση στοιχείων που ανησυχούν τους γονείς των παιδιών που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού αναφορικά με τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων και στην απουσία κάποιας ιδιαίτερης προτίμησης σε ό,τι αφορά τα είδη των τροφών που καταναλώνουν τα εν λόγω παιδιά.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι γονείς των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού συχνά αναφέρουν δυσκολίες στη σίτιση των παιδιών τους.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαιτητικών συνηθειών των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα μελετώνται οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές, αλλά και η συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων της οικογένειας.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν γονείς παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού, τα οποία φροντίζονται σε κέντρα φροντίδας παιδιών με διαταραχή αυτιστικού φάσματος που εδρεύουν στην Αθήνα.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τρία ξεχωριστά τμήματα και συμπληρώθηκε από τους γονείς παιδιών : Το πρώτο τμήμα περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό των παιδιών και δημογραφικά και σωματομετρικά χαρακτηριστικά τόσο των παιδιών όσο και των γονέων, το δεύτερο μέρος, του ερωτηματολογίου, αποτελούνταν από το μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα, ερωτηματολόγιο «Απολογισμός της Συμπεριφοράς των Παιδιών» (The children's eating behavior inventory, CEBI) που αναπτύχθηκε από τους Archer et al. (1991) και έχει δείκτη αξιοπιστίας ίση με 0.87. Το τρίτο, και τελευταίο, μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από την κλίμακα αξιολόγησης των προτιμήσεων για τρόφιμα (Food Preference Inventory, FPI). Πρόκειται για μια λίστα ελέγχου των προτιμήσεων των παιδιών σε συγκεκριμένα τρόφιμα.

Για τη στατιστική ανάλυση του δείγματος και την εξαγωγή αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS. Οι πίνακες των αποτελεσμάτων καταχωρήθηκαν σε φύλλα word.

Αποτελέσματα: Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό των παιδιών που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν προβληματικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Αν και οι περισσότεροι γονείς ανέφεραν πως το παιδί τους αισθάνεται τον εαυτό του όπως θα έπρεπε να

είναι με βάση την ηλικία του, αστειεύεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων, ενώ αισθάνονται ικανοποιημένοι από την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει, σημαντικό ποσοστό αυτών θεωρούν τα γεύματα μια αγχώδη διαδικασία, αισθάνονται αναστατωμένοι όταν σκέφτονται τα γεύματα τους και η συμπεριφορά του παιδιού τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων κάνει τον/την σύζυγό τους να αισθάνεται αναστατωμένος/η. Η πλειοψηφία δε των παιδιών χρειάζονται περισσότερο από μισή ώρα για να καταναλώσουν φαγητό τους, λόγω μιας συγκεκριμένης ρουτίνας που ακολουθούν και πως οι συγγενείς παραπονοιούνται σχετικά με τον τρόπο που γευματίζει το παιδί πράγμα που δημιουργεί ζητήματα στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών. Σχετικά με τις προτιμήσεις των παιδιών για τα τις ομάδες τροφίμων, στην πλειοψηφία αρέσει το κρέας και το κοτόπουλο, το ψωμί, τα αλμυρά σνακ και το τυρί. Ακόμα, στα περισσότερα παιδιά αρέσουν τα λαχανικά, τα φρούτα τα βούτυρα, τα γλυκά και οι υδατάνθρακες, όπως τα μακαρόνια, το ρύζι κλπ. Επίσης από τη στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκαν συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας, του Δείκτη Μάζας Σώματος του γονέα, του Δείκτη Μάζας Σώματος, της ηλικία του παιδιού και των προτιμήσεων των παιδιών σε συγκεκριμένα είδη τροφών. Εν τούτοις, δεν αποδείχτηκε στατιστικά η προτίμηση των παιδιών σε συγκεκριμένα είδη τροφών.

Συμπεράσματα: Από την μελέτη ανιχνεύθηκαν στοιχεία που ανησυχούν τους γονείς των παιδιών που εντάσσονται στο φάσμα του αυτισμού αναφορικά με τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων και στην απουσία κάποιας ιδιαίτερης προτίμησης σε ό,τι αφορά τα είδη των τροφών που καταναλώνουν τα εν λόγω παιδιά.

Λέξεις κλειδιά: Παιδί, αυτισμός, γονείς, διαιτητικές συνήθειες, επιλεκτικότητα τροφίμων

EATING HABITS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISORDERS

ABSTRACT

Introduction:Parents of children in the autism spectrum often report problems referring to their children's diet.

Aim of study:The aim of the current survey is the research on the dietary habits of children with developmental disorders. More specifically, the eating habits of children with autism spectrum and their behavior during family meals are studied.

Method: The research population was the parents of children in the autism spectrum which are taken care by autism care centers located in Athens.

For the collection of the data, a questionnaire was used which consisted of three separate sections and was completed by the parents of children: The first section included questions concerning children's history, demographic and somatometric characteristics of both children and parents. The second part of questionnaire, consisted of the translated children's eating behavior inventory (CEBI), translated into Greek, developed by Archer et al. (1991) and has a confidence index equal to 0.87. The third and final part of the questionnaire, consisted of the Food Preference Inventory (FPI). This is a checklist of children's preferences for specific foods. For the statistical analysis of the sample and the extraction of results the SPSS statistical package was used. The result tables were entered into word sheets.

Results: A remarkable percentage of children in the autism spectrum show problematic behaviors during meals. Although most parents have reported that their child feels himself as he should be based on his age, joking during meals, while feeling satisfied with the amount of food their child consumes. A significant percentage of them consider meals an anxious process, feel upset when they think of their child meals and their child's behavior during meals makes their partner to feel upset. The majority of children need more than half an hour to eat with them because of a specific routine they follow and how relatives complain about how the child is eating, which poses questions about the social behavior of children. Regarding children's preferences for food

groups, most of them like meat and chicken, bread, salty snacks and cheese. Still, most children like vegetables, fruit, butter, sweets and carbohydrates such as macaroni, rice, etc. Also, statistical analysis has found correlations between age, parental body mass index, child body mass index , the child's age, and children's preferences for specific types of food. However, the children's preference for certain types of food has not been statistically proven.

Conclusions: The study found evidence, showing the concern of parents of children in the autism spectrum, of their behavior during meals and the lack of any particular preference for the types of foods consumed by them.

Keywords: Child, autism, parents, dietary habits, food selectivity

Βιβλιογραφία

Adams B.J., George F., Audhya T. (2006). Abnormally high plasma levels of vitamin B6 in children with Autism not taking supplements compared to controls not taking supplements. *J. Altern. Complement. Med.*, 12, 59-63.

Adams J.B., Holloway C. (2004). Pilot study of a moderate dose multivitamin/mineral supplement for children with Autistic Spectrum Disorder. *J. Altern. Complement. Med.*, 10, 1033-1039.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amminger P.G., Berger G.E., Schafer M.R. et al. (2007). Omega-3 fatty acids supplementation in children with Autism: A double-blind randomized, placebo-controlled pilot study. *Biol. Psychiatry*, 61, 551-553.

Anderson, E. and Clarke, L. (1982). *Disability and Adolescence*. London: Methuen.

Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., & Streiner, D. L. (1991). The children's eating behavior inventory. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 629–642.

Archer, L.A. & Szatmari, D.L. (1991). *Correlates of eating and mealtime behavior in autistic children*. Poster presented at the biennial meeting of the society for research in child development. Seattle, WA.

Arvedson, J.C. Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties (2013). *Eur. J. Clin Nutr.*, 67, S9–S12.

Arvedson, J.C., Rogers, B., Buck, G., Smart, P., Msall, M. (1994). Silent aspiration prominent in children with dysphagia. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 28, 173–181.

Attwood, T. (2006). *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Autism Society of America (1994). *Definition of autism*. The Advocate: Newsletter of the Autism Society of America, 26 (2), Silver Springs, MD.

Ayres, A.J. (1964). Tactile functions. Their relation to hyperactive and perceptual motor behavior. *Am J Occup Ther.*, 18, 6–11.

Ayres, A.J. (1979). *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Babbitt, R.L., Hoch, T.A., Coe, D.A., Cataldo, M.F., Kelly, K.J., Stackhouse, C. & Perman, J.A. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 278-291.

Bandini, L.G., Anderson, S.E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E.W., Scampini, R., Maslin, M. & Must, A. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of Pediatrics*, 157, 259-264.

Baranek, G.T., David, F.J., Poe, M.D., Stone, W.L., Watson, L.R. (2006). Sensory Experiences Questionnaire: Discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 591–601.

Bates C.J. (1997). Bioavailability of vitamin. *C. Eur. J. Clin. Nutr.*, 51, 28-33.

Benfer, K.A., Weir, K.A., Bell, K.L., Ware, R.S., Davies, P.S.W., Boyd, R.N. (2013). Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 131, e1553–e1562.

Benfer, K.A., Weir, K.A., Bell, K.L., Ware, R.S., Davies, P.S.W., Boyd, R.N. (2014). Oropharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy: Oral phase impairments. *Res. Dev. Dis.*, 35, 3469–3481.

Benfer, K.A., Weir, K.A., Bell, K.L., Ware, R.S., Davies, P.S.W., Boyd, R.N. (2015). Clinical signs suggestive of pharyngeal dysphagia in preschool children with cerebral palsy. *Res. Dev. Dis.*, 38, 192–201.

Ben-Sasson, A., Cermak, S.A., Orsmond, G.I., Tager-Flusberg, H., Carter, A.S., Kadlec, M.B., Dunn, W. (2007). Extreme sensory modulation behaviors in toddlers with autism spectrum disorders. *Am J Occup Ther.*, 61, 584–592.

- Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S.A., Engel-Yeger, B., Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.*, 39, 1–11.
- Benton, T. (1991) Biology and social science: why the return of the repressed should be given a (cautious) welcome, *Sociology*, 25, 1, 1–29.
- Bickenbach, J. (1993) *Physical Disability and Social Policy*. Toronto: University of Toronto Press.
- Black, C., Kaye, J.A., Jick, H. (2002). Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: Nested case-control study using data from the UK general practice research database. *British Medical Journal*, 325(7361), 419-421.
- Blaylock, R.L., Strunecka, A. (2009). Immune-Glutamatergic Dysfunction as a Central Mechanism of the Autism Spectrum Disorders. *Curr. Med. Chem.*, 16, 157-170.
- Blinder, B.J., Salama, C. (2008). "An update on Pica: prevalence, contributing causes, and treatment". *Psychiatric Times*. 25 (6).
- Boorse, C. (1987). Concepts of health. In VanDeveer, D. and Regan, T. (eds.) *Health Care Ethics: an Introduction*. Philadelphia: Temple University Press.
- Bowers, L. (2002). An audit of referrals of children with autistic spectrum disorder to the dietetic service. *Journal Human Nutrition Dietary*, 15: 141-144.
- Bury, M. (2000). A comment on the ICIDH2, *Disability and Society*, 15, 7, 1073–8.
- Calis, E.A., Veugelers, R., Sheppard, J.J., Tibboel, D., Evenhuis, H.M, Penning, C. (2008). Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev. Med. Child Neurol.*, 50, 625–630.
- Canitano, R., Luchetti, A., Zappella, M. (2005). Epilepsy, electroencephalographic abnormalities, and regression in children with autism. *J. Child. Neurol.*, 1, 27-31.

- Carruth, B.R., Skinner, J.D. (2000). Revisiting the picky eater phenomenon: neophobic behaviors of young children. *Journal American College Nutrition*, 19, 771-780.
- 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 American College Nutrition*, 17: 180-186.
- Carruth, B.R., Ziegler, P.J., Gordon, A. & Barr, S.I. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers’ decisions about offering a new food. *Journal American Dietary Association*, 104, 57-64.
- Casaer, P., Daniels, H., Devlieger, J., DeCock, P., Eggermont, E. (1982). Feeding behavior in preterm neonates. *Early Hum. Dev.*, 7, 331–336.
- Cermak, S.A., Curtin, C., Bandini, L.G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal American Dietary Association*, 110, 38-46.
- Chamak, B, Bonniau, B, Jaunay, E, Cohen, D. (2008). What can we learn about autism from autistic persons? *Psychother Psychosom.*, 77:271–279.
- Clark, J.H., Rhoden, D. K., Turner, D. (1993). Symptomatic vitamin A and D deficiencies in an eight-year-old with autism. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 17 (3), 284–286.
- Coffey, K., Crawford, J. (1971). Nutritional problems commonly encountered in the developmentally handicapped. In: M. A. Smith (Ed.), *Feeding the handicapped child*. Memphis, TN: University of Tennessee Child Development Center.
- Corker, M. (1998). *Deaf and Disabled or Deafness Disabled?* Milton Keynes: Open.
- Cornish, E. (2002). Gluten and Casein free diets in autism: a study of the effects on food choice and nutrition. *J. Hum. Nutr. Dietet.*, 15, 261–269.
- Cornish, E. (1998). A balanced approach towards healthy eating in autism. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 501-509.

- Cornwell, P.L., Murdoch, B.E., Ward, E.C., Morgan, A. (2003). Dysarthria and dysphagia following treatment for a fourth ventricle choroid plexus papilloma. *J. Clin. Neurosci.*, 10, 506–512.
- Croen, L.A., Grether, J.K., Selvin, S. (2002). Descriptive epidemiology of autism in a California population: Who is at risk? *J. Autism Dev. Disord.*, 32, 217-224.
- Croen, L.A., Najjar, D.V., Ray, G.T., Lotpeich, L., Bernal, P. (2006). A comparison of health care utilization and costs of children with and without autism spectrum disorders in a large group-model health plan. *Pediatrics*, 118(4), 1203-1211.
- Crow, L. (1996). Including all of our lives: renewing the social model of disability. In Morris, J. (ed.) *Encounters with Strangers*. London: Women's Press.
- Day, S. (1985). The advance to biopsychosocial medicine, *Social Science and Medicine*, 21, 1335–41.
- Del Giudice, E., Staiano, A., Capano, G., Romano, A., Florimonet, L., Miele, E., Ciarla, C., Campanozzi, A., Crisanti, A.F. (1999). Gastrointestinal manifestations in children with cerebral palsy. *Brain Dev.*, 21, 307–311.
- DeMyer, M.K., Ward, S.D., Lintzenich, J. (1968). Comparison of macronutrients in the diets of psychotic and normal children. *Archives of General Psychiatry*, 18, 584–590.
- Dilts, S., (2001). *Models of the mind: a framework for biopsychosocial psychiatry*. London: Routledge.
- Dolske, M.C., Spollen, J., McKay, S. et al. (1993). A preliminary trial of ascorbic acid as supplemental therapy for autism. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psych.*, 17, 765-774.
- Dominick, K.C., Davis, N.O., Lainhart, J., Tager-Flushberg, H., Folstein, S. (2007). Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. *Research Developmental Disabilities*, 28, 145-162.

- Dosman C.F., Brian J.A., Drmic I.E. et al. (2006). Children with Autism: effect of iron supplementation on sleep and ferritin. *Dev. Med. Child Neurol.*, 48, 1006-1011
- Dovey, T.M., Staples, P.A., Gibson, E.L., Halford, J.C. (2008). Food neophobia and “picky/fussy” eating in children: a review. *Appetite*, 50, 181-193.
- Dubois, L., Farmer, A., Girard, M., Peterson, K., Tantone-Tokuda, F. (2007). Problem eating behaviors related to social factors and body weight in pre-school children: a longitudinal study. *International Journal Behavioral Nutrition Physical Activity*, 4, 9-15.
- Dubois, L., Farmer, A.P., Girard, M., Peterson, K. (2007). Preschool children’s eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *European Journal Clinical Nutrition*, 61, 846-855.
- Dunn, W., Myles, B.S., Orr, S. (2002). Sensory processing issues associated with Asperger syndrome: A preliminary investigation. *Am J Occup Ther.*, 56, 97–102.
- Dunn, W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. *Infants Young Child.*, 9, 23–35.
- Dunn, W. (2007). *Living Sensationally: Understanding Your Senses*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dunn, W. (1999). *Sensory Profile*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation..
- Edwards, C., Imrie, R. (2003). Disability and bodies as bearers of value, *Sociology*, 37, 2, 239–56.
- Eisher, P.S. (1997). Feeding. In M.L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (pp. 621-641). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.
- Elder J.H., Shankar M., Shuster J. (2006). The gluten-free, casein-free diet in autism results of a preliminary double blind clinical trial. *J. Autism Dev. Disord.*, 36, 413- 420.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196, 129.

Erickson, C.A., Stigler, K.A., Corkins, M.R., Posey, D.J., Fitzgerald, J.F., McDougle, C.J. (2005). Gastrointestinal factors in autistic disorder: a critical review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6): 713-727.

Erkin, G., Culha, C., Ozel, S., Kirbiyik, E.G. (2010). Feeding and gastrointestinal problems in children with cerebral palsy. *Int. J. Rehabil. Res.*, 33, 218–224.

Evangeliou, A., Vlachonikolis, I., Mihailidou, H. et al. (2003). Application of a ketogenic diet in children with autistic behaviour: pilot study. *J. Child. Neurol.*, 18, 113- 118

Faber, S., Zinn, G.M., Kern, J.C., Kingston, H.M.S. (2009). The plasma zinc/serum copper ratio as a biomarker in children with Autism Spectrum Disorders. *Informa. HealthCare*, 14, 171-180.

Faulks, D., Collado, V., Mazille, M.N., Veyrune, J.L., Hennequin, M. (2008). Masticatory dysfunction in persons with Down's syndrome. Part 1: Aetiology and incidence. *J. Oral Rehabil.*, 35, 854–862.

Feingold, B.F. (1975). *Why is your child hyperactive?* New York, NY: Random House.

Field, D., Garland, M., Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *J Paediatr Child Health.*, 39, 299–304.

Finegold, M.S., Molitoris, D., Song, Y. et al. (2002). Gastrointestinal microflora studies in late-onset autism. *CID*, 35, 6-16.

Fougeyrollas, P., Beauregard, L. (2001). Disability: an interactive person environment social creation. In: *Handbook of Disability Studies*. London: Sage.

Fung, E.B., Samson-Fang, L., Stallings, V.A., Conaway, M., Liptak, G., Henderson, R.C., Worley, G., O'Donnell, M., Calvert, R., Rosenbaum, P., et al. (2002). Feeding dysfunction is associated with poor growth and health status in children with cerebral palsy. *J. Am. Diet. Assoc.*, 102, 361–373.

Galloway, A.T., Fiorito, L., Lee, Y. & Birch, L.L. (2005). Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 846-855.

Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam Autism Rating Scale: Examiner's Manual*. Austin, TX: Pro-Ed.

Gottschall E. (2004). Digestion-gut-autism connection: the specific carbohydrate diet. *Med. Veritas*, 1, 261-271.

Grandin, T. (1996). *Thinking in Pictures: and Other Reports from My Life with Autism*. New York, NY: Vintage Books.

Grant, W.B., Soles, C.M. (2009). Epidemiologic evidence supporting the role of maternal vitamin D deficiency as a risk factor for the development of infantile autism. *Derm. Endocrinol.*, 1, 4, 223-228.

Hahn, H. (1986). Public support for rehabilitation programs: the analysis of US Disability Policy, *Disability, Handicap, and Society*, 1, 2, 121-38.

Harré, R. (1991) *Physical Being: a Theory for a Corporeal Psychology*. Oxford: Blackwell.

Herndon, A.C., DiGuseppi, C., Johnson, S.L., Leiferman, J., Reynolds, A. (2009). Does nutritional intake differ between children with autism spectrum disorders and children with typical development? *Journal Autism Developmental Disorders*, 39, 212-222.

Ho, H.H., Eaves, L.C. (1997). Nutrient intake and obesity in children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl.*, 12, 187-193.

Horvath, K., Stefanatos, G., Sokolski, K.N., Wachtel, R., Nabros, L., Tildon, J.T. (1998). Improved social and language skills after secretin administration in patients with autistic spectrum disorders. *Journal of the Association for Academic Minority Physicians*, 9(1), 9-15.

Isaacs, J.S., Murdock, M., Lane, J., Percy, A.K. (2003). Eating difficulties in girls with Rett syndrome compared with other developmental disabilities. *J. Am. Diet. Assoc.*, 103, 224-230.

Jacobi, C., Agras, W.S., Bryson, S., Hammer, L.D. (2003). Behavioral ation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *Journal American Academic Children and Adolescent Psychiatry*, 42, 76-84.

Jacobi, C., Schmitz, G., Agras, W.S. (2008). Is picky eating an eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 41, 626-684.

Johnson, S.M., Hollander, E. (2003). Evidence that eicosapentaenoic acid is affective in treating Autism. *J. Clin. Psychiatry*, 64, 848-849.

Jones, T.W. (1982). Treatment of behavior-related eating problems in retarded students: A review of the literature. In: J. H. Hollis & C. E. Myers (eds.), *Life threatening behavior: analysis and intervention* (pp. 3–26). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Kalueff, A.V., Minasyan, A., Keisala, T. et al. (2006). The vitamin D neuroendocrine system as a target for novel neurotropic drugs. *CNS Neurol. Disord. Drug Targets*, 5, 363- 371.

Kalueff, A.V., Tuahimaa, P. (2007). Neurosteroid hormone vitamin D and its utility in clinical nutrition. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, 10, 12-19.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

Kelly, M., Field, D. (1994). Comments on the rejection of the biomedical model in sociological discourse, *Medical Sociology News*, 19, 3, 34–7.

Kern, J.K., Trivedi M.H., Garver, C.R., Grannemann, B.D., Andrews, A.A., Savla, J.S., Johnson, D.G., Mehta, J.A., Schroeder, J.L. (2006). The pattern of sensory processing abnormalities in autism. *Autism*, 10:480–494.

Kinnel, H. G. (1983). Feeding difficulties in infantile autism. *Nursing Times*, 52–53.

Knivsberg, A.M., Reichelt, K.L., Nodland, M. (2002). A randomized, controlled study of dietary intervention in autistic syndromes. *Nutr. Neurosci.*, 5, 251-261.

Konstantynowicz, J., Porowski, T., Zoch-Zwierz, W., et al. (2011). A potential pathogenic role of oxalate in autism. *Eur. J. Ped. Neurol.*, 30, 1-7.

Latif, A., Heinz, P., Cook, R. (2002). Iron deficiency in Autism and Asperger Syndrome. *Autism*, 6, 103-114.

Layder, D. (1994). *Understanding Social Theory*. London: Sage.

Leekam, S.R., Nieto, C., Libby, S.J., Wing, L., Gould, J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord.*, 37, 894–910.

Legge, B. (2002). *Can't eat, won't eat: dietary difficulties and autistic spectrum disorders*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Lockner, D.W., Crowe, T.K., Skipper, B.J. (2008). Dietary intake and parents' perception of mealtime behaviors in preschool-age children with autism spectrum disorder and in typically developing children. *Journal American Dietetic Association*, 108, 1360-1363.

López, L.B., Ortega Soler, C.R., de Portela, M.L. (2004). Pica during pregnancy: a frequently underestimated problem. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 54(1), 17–24. PMID 15332352.

Lopreiato, J.O., Wulfsberg, E.A. (1992). A complex chromosome arrangement in a boy with autism. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 281-283.

Luby, J.L. (ed.). (2009). *Handbook of preschool mental health: development, disorders, and treatment*. New York: Guilford Press. p. 129. ISBN 9781606233504. Retrieved 3 June 2016.

Mahesh, G., Bhavin, M.P., Preeti, S., Chandrasekar, M., (2014). An unusual case of xylophagia (paper-eating). *Industrial Psychiatry Journal*, 23, 65–7.

Marcason, W. (2006). Where Can I Find Information the Oxalate Content of Foods? *J. Am. Diet. Assos.*, 106, 627- 628.

Marks, D. (1999) *Disability: Controversial Debates and Psychosocial Perspectives*. London: Routledge.

Martineau, J., Barthelemy, C., Gerreau, B., Lelord, G. (1985). Vitamin B6, magnesium, and combined B6-Mg: therapeutic effects in childhood autism. *Biol. Psych.*, 20, 467-478

Mason-Brothers, A., Ritvo, E.R., Freeman, B.J., Jorde, L.B., Pingree, C.C., McMahon, W.M., Jenson, W.R., Petersen, P.B. & Mo, A. (1993). The UCLA-University of Utah epidemiological survey of autism: Recurrent infections. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 2(2), 79-90.

McCann, D. (2007). Food additives and hyperactive behavior in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomized, double-blinded, placebo- controlled trial. *Lancet*, 370, 1560-1567.

McGinnis, W.R. (2004). Oxidative stress in Autism. *CME*, 10, 22-36

Megson, M.N. (2000). Is Autism a G-alpha Protein Defect Reversible with Natural Vitamin A? *Med. Hypotheses*, 54, 979-983.

Minshew, N. J., Payton, J. B. (1988). New perspectives in autism. Part 2: The differential diagnosis and neurobiology of autism. *Current Problems in Pediatrics*, 18, 619–694.

Morgan, A.T. (2010). Dysphagia in childhood traumatic brain injury: A reflection on the evidence and its implications for practice. *Dev. Neurorehabil.*, 13, 192–203.

dge.

Morton, R.E., Bonas, R., Minford, J., Kerr, A., Ellis, R.E. (1997). Feeding ability in Rett syndrome. *Dev. Med. Child Neurol.*, 39, 331–335.

Munk, D.D., Repp, A.C. (1994). Behavioral assessment of feeding problems of individuals with severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 241-250.

Neal E.G., Chaffe H., Schwartz R.H. et al. (2008). The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomized controlled trial. *Lancet Neurol.*, 7, 500-506.

OPCS (1993). *The United Kingdom Census Office of Population Censuses and Surveys*. London: HMSO.

Ornitz, E.M., Ritvo, E.R. (1976). The syndrome of autism: A critical review. *Am J Psychiatry*, 133, 609–621.

Ortega Ade, O., Ciamponi, A.L., Mendes, F.M., Santos, M.T. (2009). Assessment scale of the oral motor performance of children and adolescents with neurological damages. *J. Oral Rehabil.*, 36, 653–659.

Palmer, S., Horn, S. (1978). Feeding problems in children. In: S. Palmer & S. Ekvall (eds.), *Pediatric nutrition in developmental disorders*, (ch. 13, pp. 107–129). Springfield, IL: Charles S. Thomas.

Parkes, J., Hill, N., Platt, M.J., Donnelly, C. (2010). Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy: A register study. *Dev. Med. Child Neurol.*, 52, 1113–1119.

Parson, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge.

Paterson, K., Hughes, B. (1999). Disability studies and phenomenology: the carnal politics of everyday life, *Disability and Society*, 14, 5, 597–611.

Pauling L. (1968). Orthomolecular psychiatry. *Science*, 160, 265-271.

Perske, R., Clifton, A., McClean, B. M., Stein, J. I. (eds.) (1977). *Mealtimes for severely and profoundly mentally-handicapped persons: New concepts and attitudes*. Baltimore, MD:University Park Press.

Pfeiffer, D. (2000). The devils are in the details: the ICDH2 and the disability movement. *Disability and Society*, 15, 7, 1079–82.

Philpot, J., Bagnall, A., King, C., Dubowitz, V., Muntoni, F. (1999). Feeding problems in merosin deficient congenital muscular dystrophy. *Arch. Dis. Child*, 80, 542–547.

Pineles, S.L., Avery, R., Liu, G.T. (2010). Vitamin B12 optic neuropathy in Autism. *Pediatrics*, 126, 967-970.

Plogsted, S. (2012). The Ketogenic diet. *ICAN*, 2, 370-376.

Politi, P., Cena, H., Comelli, M. et al. (2008). Behavioral effects of omega-3 fatty acid supplementation in young adults with severe Autism: An open label study. *Arch. Med. Res.*, 39, 682-685.

Prontnicki, J. (1995). Presentation: Symptomatology and etiology of dysphagia. In Rosenthal, S., Sheppard, J.J. & Lotze, M. (Eds.), *Dysphagia and the child with developmental disabilities: Medical, clinical and family interventions* (pp. 1-14). San Diego, CA: Singular Publishing Group.

Raiten, D. J., Massaro, T. (1986). Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16 (2), 133–143.

Ramaekers, V.T., Blau, N., Sequeira, J.M. et al. (2007). Folate receptor autoimmunity and cerebral folate deficiency in low-functioning Autism with neurological deficits. *Neuropediatrics*, 38, 276-281.

Ramaekers, V.T., Rothenberg, S.P., Sequeira, J.M. et al. (2005). Autoantibodies to folate receptors in the cerebral folate deficiency syndrome. *N. Engl. J. Med.*, 352, 1985- 1991.

Ravelli, A.M., Milla, P.J. (1998). Vomiting and gastroesophageal motor activity in children with disorders of the central nervous system. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 26, 56–63.

Reau, N.R., Senturia, Y.D., Lebailly, S.A. & Chrisoffel, K.K. (1996). Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. *Journal Developmental Behavioral Pediatrics*, 17: 149-153.

Reilly, S. (1990). Feeding problems in children with cerebral palsy. *Lancet*, 335, 1253–1254.

Reilly, S., Skuse, D., Poblete, X. (1996). Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: A community survey. *J. Pediatr.*, 129, 877–882.

Rimland, B., Callaway, E., Dreyfus, P. (1978). The effects of high doses of vitamin B6 on autistic children. *Am. J. Psychiatry*, 135, 427-475.

Robertson W.G. (2004). Role of dietary intake and intestinal absorption of oxalate in calcium stone formation. *Nephron. Physiol.*, 98, 64-71.

Rogers, S.J., Hepburn, S., Wehner, E. (2003). Parent reports of sensory symptoms in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 33, 631–642.

Rose, E.A., Porcerelli, J.H., Neale, A.V. (2000). Pica: Common but commonly missed. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 13 (5): 353–8.

Sankar, D. (1979). Plasma Levels of Folates, Riboflavin, Vitamin B6, and Ascorbate in Severely Disturbed Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 73-82.

Santoro, A., Lang, M.B., Moretti, E., Sellari-Franceschin, I., Orazini, L., Cipriani, P., Cioni, G., Battini, R. (2012). A proposed multidisciplinary approach for identifying feeding abnormalities in children with cerebral palsy. *J. Child Neurol.*, 27, 708–712.

Sarafino, E. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. London: Wiley.

Schmitt, L., Heiss, C.J., Campbell, E.E. (2008). A comparison of nutrient intake and eating behaviors of boys with and without autism. *Top Clinical Nutrition*, 23: 23-31.

Schreck, K.A., Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil.*, 27, 353–363.

Schreck, K.A., Williams, K., Smith, A.F. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34: 433-438.

Seelman, K., Bury, M. (eds.) (2001). *Handbook of Disability Studies*. London: Sage.

Seung, H., Rogalski, Y., Shankar, M., Elder J. (2007). The gluten- and casein-free diet and autism: communication outcomes from a preliminary double-blind clinical trial. *J. Med. Speech-Language Pathol.*, 15, 337-345.

Shattock, P., Lowdon, G. (1991). Proteins, peptides and autism. *Brain Dysfunction*, 4, 323-334.

Shattock, P., Kennedy, A., Rowell, F., Berney, T. (1990). Role of neuropeptides in autism and their relationships with classical neurotransmitters. *Brain Dysfunction*, 3, 328-345.

Shildrick, M. (1996). *Leaky Bodies and Boundaries: Feminism, Post-modernism, and (Bio) Ethics*. London: Routledge.

Singhi, S., Singhi, P.; Adwani, G. (1981). "Role of Psychosocial Stress in the Cause of Pica". *Clinical Pediatrics*. 20(12).

Smith, A.M., Roux, S., Naidoo, N.T., Venter, D.J. (2005). Food choice of tactile defensive children. *Nutrition*, 21, 14–19.

Sondheimer, J.M., Morris, B.A. (1979). Gastroesophageal reflux among severely retarded children. *J. Pediatr.*, 94, 710–714.

Stone, W., MacLean, W.E. & Hogan, K.L. (1995). Autism and mental retardation. In Roberts, A.C. (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 655-675). New York: Guilford.

Sullivan, P.B. (2008). Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities. *Dev. Dis. Res. Rev.*, 14, 128–136.

Teplin, S. (1999). Autism and related disorders. In: Levine, M., Carey, W. & Crocker, A. (eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (pp. 605-615). Philadelphia: Saunders.

Teplin, S. (1999). Autism and related disorders. In M. Levine, W. Carey, & A. Crocker (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics* (pp. 589–605) Philadelphia: Saunders.

- Thomas, C. (1998) *The body and society: some reflections on the concepts 'disability' and 'impairment'*, British Sociological Association paper. Edinburgh, April.
- Thompson, S., Hoggett, P. (1996). Universalism, selectivism and particularism: towards a postmodern social policy, *Critical Social Policy*, 16, 21–43.
- Titmuss, R. (1976) *Commitment to Welfare*. London: Allen and Unwin.
- Tomckek, S.D., Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. *American Journal Occupational Therapy*, 61, 190-200.
- Torrente, F., Ashwood, P., Day, R., et al. (2002). Small intestinal enteropathy with epithelial IgG and complement deposition in children with regressive autism. *Mol Psychiatry*, 7, 375-82.
- Trajkovski, V., Petlichkovski, A., Efinska-Mladenovska, O. (2008). Higher plasma concentration of food-specific antibodies in persons with autistic disorder in comparison to their siblings. *Focus Autism Dev. Disabl.*, 23, 176-185.
- Tsalamanio, E. (2006). Omega-3 Fatty Acids: Role in the Prevention and Treatment of Psychiatric Disorders. *Curr. Psychiatr Rev.*, 2, 215-234.
- Turner, B. (2001). Disability and the sociology of the body. In: Albrecht, G., Seelman, K., Bury, M. (eds.), *Handbook of Disability Studies*. London: Sage.
- 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 Hear Service Schools*, 39, 261-272.
- Uyanik, O., (2006). Food Faddism Causing Vision Loss in an Autistic Child. *Child Care Health Dev.*, 32, 601- 602.
- Veugelers, R., Benninga, M.A., Calis, E.A., Willemsen, S.P., Evenhuis, H., Tibboel, D., Penning, C. (2010). Prevalence and clinical presentation of

constipation in children with severe generalized cerebral palsy. *Dev. Med. Child Neurol.*, 52, e216–e221.

Walsh, W.J., Usman, A., Tarpey, J. (2001). Disordered metal metabolism in a large Autism population. *Proceedings of the Amer. Psych. Assn. New Research*, New Orleans, (Abstr.).

Walsh, W.J., Usman, A. (2001). *Nutrient supplements and methods for treating Autism and for preventing the onset of Autism*. U.S. Patent. Application, 09/998.342.

Walsh, W.J. (2004). *Metallothionein deficiency in Autism Spectrum Disorder*. National Conference of the Autism Society of America. Seattle. Washington, 7-10, 342-349.

Whiteley, P., Rodgers, J., Shattock, P. (2000). Feeding patterns in autism. *Autism*, 4, 207–211.

Whiteley, P., Haracopos, D., Knivsberg, A.M. et al. (2010). The ScanBrit randomized, controlled, single-blind study of a gluten- and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. *Nutr. Neurosci.*, 13, 87-100.

Whiteley, P., Rodgers, J. & Shattock, P. (2000a). Feeding patterns in autism. *Autism*, 4, 207-211.

Whiteley, P., Rodgers, J. & Shattock, P. (2000b). Commentary: feeding patterns in autism. *Autism*, 4(2), 207-211.

Whiteley, P., Rodgers, J., Savery, D., Shattock, P. (1999). A gluten-free diet as an intervention for autism and associated spectrum disorders: Preliminary findings. *Autism*, 3(1): 45-65.

Wiener, C. (1975). The burden of rheumatoid arthritis: tolerating the uncertainty, *Social Science and Medicine*, 9, 97–104.

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(3), 299-309.

Williams, F. (1992) Somewhere over the rainbow: universality and diversity in social policy, *Social Policy Review*, 4.

Williams, P.G., Dalrymple, N. & Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. *Pediatric Nursing*, 26(3), 259-264.

Williams, S. (2001). Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: where are we now?, *Sociology of Health and Illness*, 23, 2, 135–58.

Wong H.H., Smith R.G. (2006). Patterns of complementary and alternative medical therapy use in children diagnosed with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Diord.*, 36, 901-909.

World Health Organisation (1980). *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: WHO.

World Health Organisation (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.

Yilmaz, S., Basar, P., Gisel, E.G. (2004). Assessment of feeding performance in patients with cerebral palsy. *Int. J. Rehabil. Res.*, 27, 325–329.

Zola, I. (1989). Towards the necessary universalising of a disability policy, *The Milbank Quarterly*, 67, 2, 401–28.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας έχει συνταχθεί στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας για το ΠΜΣ « Κλινική Παιδιατρική Νοσηλευτική και Έρευνα», της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ σε συνεργασία με το ΤΕΙ Αθήνας.

Στόχος μου είναι να καταγραφούν οι διαιτητικές συνήθειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα μελετώνται οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού αλλά και η συμπεριφορά των γονιών τους κατά τη διάρκεια των γευμάτων της οικογένειας.

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε μια απάντηση, που ταιριάζει σε εσάς και ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψη σας. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν θα διαρκέσει περισσότερο απο 10-15 λεπτά.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Με τιμή

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αριθμός ερωτηματολογίου:

A.	Δημογραφικά στοιχεία γονέα
1	Φύλο: Άντρας Γυναίκα
2.	Ηλικία: (έτη)
3.	Ύψος γονέα.....
4.	Βάρος γονέα
5.	BMI γονέα

6.	Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η = Χήρος/α = Διαζευγμένος/η= Συμβίωση= Άγαμος/η=.....
7.	Μορφωτικό επίπεδο πατέρα: Αναλφάβητος=..... Υποχρεωτική Εκπαίδευση=..... Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ = ΤΕΙ =..... ΑΕΙ = Μεταπτυχιακό = Διδακτορικό =
8.	Μορφωτικό επίπεδο μητέρας: Αναλφάβητη=..... Υποχρεωτική Εκπαίδευση=..... Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ=..... ΤΕΙ=..... ΑΕΙ =..... Μεταπτυχιακό=..... Διδακτορικό=.....
9.	Εθνικότητα: Ελληνική..... Άλλη:.....
10.	Επάγγελμα πατέρα: Άνεργος=..... Οικιακά=..... Δημ. Υπάλληλος=..... Ιδιωτ. Υπάλληλος=..... Ελεύθερος επαγγελματίας=..... Συνταξιούχος=..... Άλλο:.....
11.	Επάγγελμα μητέρας: Άνεργη=..... Οικιακά =..... Δημ. Υπάλληλος=..... Ιδιωτ. Υπάλληλος=..... Ελεύθερος επαγγελματίας=..... Συνταξιούχος=..... Άλλο:.....
B.	Ατομικό – κληρονομικό ιστορικό
1.	Φύλο παιδιού: Αγόρι Κορίτσι
2.	Ηλικία παιδιού:
3.	Τάξη που φοιτά στο σχολείο:
4.	Ύψος παιδιού:
5.	Βάρος παιδιού:
6.	BMI παιδιού:

Γ.	ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ CEBI						
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα	Είναι αυτό πρόβλημα για εσάς;	
1. Το παιδί μου μασάει το φαγητό όπως αναμένεται για την ηλικία του/της.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2. Το παιδί μου με βοηθά να στρώσω το τραπέζι.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Το παιδί μου παρακολουθεί τηλεόραση κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Αισθάνομαι το παιδί μου αν δεν έχει φάει.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5. Το παιδί μου χρειάζεται περισσότερο από μισή ώρα για να φάει μαζί μου.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6. Οι συγγενείς παραπονιούνται σχετικά με τον τρόπο που γευματίζει το παιδί μου.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7. Το παιδί μου διασκεδάζει με το να τρώει.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Το παιδί μου ρωτάει για το φαγητό όταν δεν μπορεί να έχει αυτό που θέλει.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9. Το παιδί μου αισθάνεται τον εαυτό του όπως θα έπρεπε να είναι με βάση την ηλικία του.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Το παιδί μου αστειεύεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11. Αισθάνομαι ικανοποιημένος από την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Νομίζω ότι τα γεύματα είναι μια αγχώδης διαδικασία.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13. Το παιδί μου κάνει εμετό κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14. Το παιδί μου τρώει χωρίς να με ρωτήσει μεταξύ των γευμάτων.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
15. Το παιδί μου έρχεται στο τραπέζι ένα ή δύο λεπτά αφότου το φωνάξω να έρθει.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16. Το παιδί μου πνίγεται κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17. Το παιδί τρώει γρήγορα.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18. Το παιδί μου φτιάχνει φαγητό μόνος/η του/της όταν δεν επιτρέπεται.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
19. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η όταν το παιδί μου δεν τρώει.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
20. Στο σπίτι το παιδί μου τρώει φαγητό που δεν επιτρέπεται.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
21. Το παιδί μου τρώει φαγητό που έχει διαφορετική γεύση.	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ
22. Επιτρέπω στο παιδί μου να έχει σνακ	1	2	3	4	5	ΝΑΙ	ΟΧΙ

μεταξύ των γευμάτων αν δεν φάει κάποιο γεύμα.							
23. Το παιδί μου χρησιμοποιεί μαχαιροπίρουνα όπως αναμένεται για την ηλικία του/της.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
24. Στα σπίτια φίλων το παιδί μου τρώει φαγητό που δεν θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
25. Το παιδί μου ρωτά για φαγητό μεταξύ των γευμάτων.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
26. Αισθάνομαι αναστατωμένος όταν σκέφτομαι τα γεύματα μας.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
27. Το παιδί μου τρώει το φαγητό του σε μεγάλα κομμάτια.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
28. Το παιδί μου κρατάει το φαγητό του/της στο στόμα του/της.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
29. Στο βραδινό επιτρέπω στο παιδί μου να επιλέξει το φαγητό του/της ανάμεσα σε αυτά που θέλει από όσα είναι ήδη σερβιρισμένα στο τραπέζι.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
Αν είστε μονογονέας πηγαίνετε στην ερώτηση 34.							
30. Η συμπεριφορά του παιδιού μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων κάνει το/τη σύζυγο μου να αισθάνεται αναστατωμένος/η.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
31. Διαφωνώ με το/τη σύζυγο μου σχετικά με το πόσο θα πρέπει να φάει το παιδί μας.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
32. Το παιδί μου διακόπτει τις συζητήσεις με το/τη σύζυγο μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
33. Αισθάνομαι αναστατωμένος με το/τη σύζυγο μου κατά τη διάρκεια των γευμάτων.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
34. Το παιδί μου τρώει όταν είναι αναστατωμένο.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
35. Το παιδί μου, μου λέει πότε πεινάει.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
36. Το παιδί μου λέει ότι θα παχύνει αν φάει πάρα πολύ.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
37. Το παιδί μου βοηθά να καθαρίσω το τραπέζι.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
38. Το παιδί μου κρύβει φαγητό.	1	2	3	4	5	NAI	OXI
39. Το παιδί μου φέρνει παιχνίδια ή βιβλία στο τραπέζι	1	2	3	4	5	NAI	OXI
Αν έχετε μόνο ένα παιδί μην απαντήσετε στην επόμενη ερώτηση.							
40. Η συμπεριφορά του παιδιού μου στα γεύματα αναστατώνει τα υπόλοιπα παιδιά.	1	2	3	4	5	NAI	OXI

Δ.	ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΤΡΟΦΩΝ) ΤΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙ ΤΟ ΠΑΙΔΙ						
	Τρόφιμο	Δεν το έχει δοκιμάσει ποτέ	Δεν του αρέσει καθόλου	Δεν του αρέσει	Ούτε του αρέσει ούτε δεν του αρέσει	Του αρέσει	Του αρέσει πολύ
1.	Βοδινό κρέας						
2.	Βοδινά μπιφτέκια						
3.	Αρνί						
4.	Χοιρινό						
5.	Κοτόπουλο						
6.	Κοτομπουκιές						
7.	Γαλοπούλα						
8.	Μπέικον						
9.	Ζαμπόν						
10.	Λουκάνικα						
11.	Τηγανιτά ψάρια ή ψαροκροκέτες						
12.	Άσπρο ψάρι (πχ. μπακαλιάρος)						
13.	Τόνο σε κονσέρβα						
14.	Αυγά: βραστά, ποσέ						
15.	Αυγά σκραμπλ						
16.	Άσπρο ψωμί						
17.	Μαύρο ψωμί						
18.	Αλμυρά σνακ, μπισκότα με τυρί						
19.	Τυρί (σκληρό) (πχ. cheddar)						
20.	Τυρί (μαλακό) (πχ. Philadelphia)						
21.	Κουάκερ ή έτοιμο ζαμπόν						
22.	Δημητριακά (χωρίς υψηλά ποσοστά ζάχαρης, πχ. κορν φλέικς, Weetabix, Bran Flakes)						
23.	Πατατάκια						
24.	Μπρόκολο						
25.	Λάχανο						
26.	Κουνουπίδι						
27.	Φασολάκια						
28.	Μανιτάρια						
29.	Κρεμμύδια						
30.	Μπιζέλια						
31.	Πράσινη σαλάτα (πχ. μαρούλι)						
32.	Γλυκοπατάτες						
33.	Καλαμπόκι						

34. Λαχανάκια Βρυξελλών						
35. Αγγούρι						
36. Καρότα (ωμά)						
37. Καρότα (μαγειρεμένα)						
38. Πιπεριές, κόκκινες/πράσινες (ωμές)						
39. Πιπεριές, κόκκινες/πράσινες (μαγειρεμένες)						
40. Ντομάτες (φρέσκοι)						
41. Ντομάτες (σε πάστα)						
42. Μήλα (ψημένα ή καθαρισμένα)						
43. Μήλα (ωμά)						
44. Μπανάνες						
45. Πορτοκάλια						
46. Κλημεντίνες, μανταρίνια						
47. Σταφύλια						
48. Πεπόνι						
49. Νεκταρίνια, ροδάκινα						
50. Αχλάδια						
51. Δαμάσκηνα						
52. Φράουλες						
53. Βατόμουρα						
54. Blueberries						
55. Μάνγκο						
56. Ακτινίδιο						
57. Ανανάς						
58. Βούτυρο						
59. Μαργαρίνη						
60. Κρέμα						
61. Γλυκά μπισκότα (πχ. digestives)						
62. Μπισκότα με σοκολάτα						
63. Πάστες						
64. Κέικ						
65. Παγωτό						
66. Γρανίτες						
67. Γλυκά με γαλακτοκομικά (πχ. μους)						
68. Γιαούρτι						
69. Πατατάκια						
70. Σοκολάτα						
71. Καραμέλες						
72. Ρύζι						
73. Μακαρόνια						

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!

