


2017

Feeding problems in children with Autism Spectrum Disorders and its relationship with some variables

Safa R. Qaraqish

Department of Special Education / Faculty of Social Sciences, safa_rq@yahoo.com

Follow this and additional works at: <http://scholarworks.uaeu.ac.ae/ijre>

 Part of the [Art Education Commons](#), [Bilingual, Multilingual, and Multicultural Education Commons](#), [Curriculum and Instruction Commons](#), [Disability and Equity in Education Commons](#), [Educational Administration and Supervision Commons](#), [Educational Assessment, Evaluation, and Research Commons](#), [Educational Methods Commons](#), and the [Gifted Education Commons](#)

Recommended Citation

Qaraqish, Safa R. (2017) "Feeding problems in children with Autism Spectrum Disorders and its relationship with some variables," *International Journal for Research in Education*: Vol. 41 : Iss. 3 , Article 7.
Available at: <http://scholarworks.uaeu.ac.ae/ijre/vol41/iss3/7>

This Article is brought to you for free and open access by Scholarworks@UAEU. It has been accepted for inclusion in International Journal for Research in Education by an authorized editor of Scholarworks@UAEU. For more information, please contact fadl.musa@uaeu.ac.ae.

Feeding problems in children with Autism Spectrum Disorders and its relationship with some variables

Safa R. Qaraqish

Department of Special Education / Faculty of Social Sciences
Al -Imam Muhammad Bin Saud Islamic University/KSA
safa_rq@yahoo.com

Abstract

The purpose of the current study was to investigate feeding problems in children with Autism Spectrum Disorders and its relationship with some variables. Seventy five fathers and mothers of autism children from Riyadh special education institutes participant in the study. Al Tamimi and Said Ali Feeding Problems Scale (2014) were used to collect data for this study. The results isindicated that excessive selective eating was a problem that often occurs among children with autism, followed by the problem of refuse food. The results showed also significant relationship between eating problems with autistic children and the variables of gender in favor of male children, and variable of age for the benefit of young children under the age of ten years. While the results did not show differences for variable of the degree ofdisability.

Keywords: feeding problems, autism children

مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات

صفاء رفيق قراقيش

قسم التربية الخاصة/ كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية

safa_rq@yahoo.com

ملخص:

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر ودرجة الإعاقة. وقد تكوّنت عيّنة الدراسة من (75) من أولياء أمور أطفال التوحد من المسجلين بمعهد التربية الخاصة للطلاب والطالبات بشرق مدينة الرياض التابع لوزارة التعليم للعام الدراسي 2015/2016، ممن تراوحت أعمارهم ما بين 6 سنوات و 14 سنة. وتمّ استخدام مقياس التميمي وسيد علي (2014) " مقياس تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد" لتحقيق ذلك. أشارت النتائج إلى أن الانتقائية المفرطة في تناول الطعام كانت المشكلة التي غالبا ما تحدث بين أطفال التوحد، تليها مشكلة رفض الطعام. وأوضحت النتائج أيضا وجود علاقة ذات دلالة بين مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وبين متغير الجنس وذلك لصالح الأطفال الذكور، ومتغير العمر وذلك لصالح الأطفال الصغار ممن تراوحت اعمارهم ما بين ست سنوات وأقل من عشرة سنوات. في حين لم تظهر النتائج فروقا دالة لمتغير درجة الإعاقة على مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد.

الكلمات المفتاحية: مشكلات تناول الطعام، أطفال التوحد.

مقدمة

تعود العلاقة بين مشاكل تناول الطعام والتوحد إلى الزمن الذي وصف فيه ليو كانر (1943) لأول مرة مجموعة من الأطفال الذين لديهم صعوبة في العلاقات مع الافراد، وعجزا في التواصل، وكتب كانر أيضا حول مشاكل تناول الطعام المتعددة التي يعاني منها هؤلاء الأطفال، حيث كان رفض الطعام والانتقائية في اختيار نوعية الطعام وسيلة الطفل الذي يعاني من التوحد إبقاء العالم الخارجي بعيدا. وعلى الرغم من عدم وجود بحوث منهجية، فقد أشار بروفوست ورتفو وفريمان (Provost, Ritvo & Freeman, 1978) إلى أن مشكلات تناول الطعام كانت في وقت من الاوقات "الميزة الأساسية" لأطفال التوحد، وإن كثيرا مما كان يعتبر حقيقة حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفال اضطراب طيف التوحد مبني على خبرات سريرية طبية، وليست نتاج بحوث منهجية حتى نهاية التسعينات من القرن الماضي والسنوات المبكرة من القرن الواحد والعشرون وفقا لما ذكره شيرك ووليامز وسميث (Schreck, Williams & Smith, 2004). ونجد بأن نظام التشخيص الحالي المتمثل بالدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس DSM-5 لا يتضمن مشكلات تناول الطعام كسمة بارزة للتوحد (American Psychiatric Association, 2013). وعلى الرغم من أن هناك بعض الأدلة الجديدة التي تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد معرضون لأن تتطور لديهم مشكلات تناول الطعام، إلا أن مجموعة البحوث حول هذا الموضوع لا تزال قليلة نسبيا. ويوجد حاليا مجموعة محدودة من الباحثين تسعى إلى التحقق من هذا الموضوع، وإن العديد من الدراسات المنشورة لا تعرف بشكل كاف عيناتها، أو لا تحدد مشكلات تناول الطعام. ويتضمن الدليل الاحصائي التشخيصي للصحة العقلية الإصدار الخامس العديد من اضطرابات تناول الطعام من مثل البيكا-وهي أكل مواد غير قابلة للأكل-، التقيؤ وتكرار مضغ الطعام (اجترار)، بالإضافة إلى اضطراب جديد متمثل في اضطراب تجنب تناول الطعام أو التقيؤ بنوعية معينة وفقا للرابطة الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000)

ومن أجل تلبية معايير اضطراب تناول الطعام، فإن فشل الطفل في تناول الطعام يؤدي إلى عدم اكتساب وزن كاف، أو خسارة كبيرة في الوزن دون سبب طبي واضح، ويؤدي إلى أشكال مختلفة من عجز في تناول الطعام، أو الى اعتماد الفرد على تناول الطعام من خلال أنبوب للحصول على العناصر الغذائية والسرعات الحرارية الكافية. إن غالبية الأبحاث التي أجريت حول تناول الطعام قبل التغيير في معايير التشخيص استخدمت مصطلحات متنوعة لوصف مشكلات تناول الطعام. ومع

هذه المجموعة التشخيصية الجديدة، فإن البحوث حول تناول الطعام لدى الأطفال يمكن أن تتطور ويتم الاستفادة من تعريف أكثر وضوحاً للمشكلة. وقبل حدوث التغيير، فإن مشكلات تناول الطعام الشائعة التي تمت دراستها اشتملت على مصطلحات ضعيفة التحديد مثل رفض الطعام، وانتقائية الطعام، والصعوبات الميكانيكية للمضغ، ومشكلات بلع الطعام (عسر البلع)، وغيرها من السلوكيات المرتبطة بمشكلة تناول الطعام.

وفي تجربة سريرية لمجموعة من الأطفال الذين يعانون من التوحد (ن = 138) تراوحت أعمارهم بين 7-9.5 سنوات، ومجموعة من الأطفال العاديين من نفس الفئة العمرية وعددها (ن = 298) وجدت دراسة شريك، ووليامز، وسميث (Schreck, Williams, and Smith, 2004) أن الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم تحديات في تناول الطعام إلى أقصى حد ممكن مقارنة بأقرانهم العاديين. فهم مقيدون بفئة من أنواع الطعام ومن ملمسه، ويرفضون تناول الطعام أكثر من الأطفال العاديين في مرحلة النمو. بالإضافة إلى ذلك، ذكر الآباء المزيد من مشاكل تناول الطعام العامة، كما كان لدى أطفالهم المصابين بالتوحد ذخيرة محدودة من أنواع الطعام، ويطلبون تقديم الغذاء بطريقة وأدوات محددة. وتبين بأن هذه المشكلات لم تكن عابرة في طبيعتها، وتحتاج إلى متابعة على المدى البعيد، وتحتاج الأسرة إلى دعم ومساعدة في التعامل مع تحديات وقت وجبة الطعام. وأشار كورنيس (Cornish, 2006) إلى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد وأعمارهم أقل من 5 سنوات لديهم ذخيرة أقل من 20 نوعاً من الأطعمة، وهم معرضون لمخاطر معينة من الصعوبات الغذائية، ويحتاجون إلى المراقبة. ومثال مثير على ذلك يتضمن تقريراً لحالة من أطفال التوحد تم الإبلاغ عنها عانت من فقدان البصر بسبب نقص فيتامين A. وذكر ماتسون، وفودستاد، وديمبسي (Matson, Fodstad, & Dempsey, 2009) أنه حتى عندما يتوفر الطعام الكافي للأطفال التوحديين، فإن التحديات الغذائية يمكن أن تنشأ حينئذٍ تكون الفرص محدودة للحصول على الأطعمة المفضلة عندما يحضر الأطفال مناسبات خاصة يقدم فيها طعام محدد أو حين يتناولون الطعام في المطاعم.

وأجرى ليجي (Legge, 2002) دراسة اشتملت على آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من التوحد فوجد أن تحديات تناول الطعام بدأت في أوقات مختلفة. ففي عينة الدراسة التي تضمنت 89 طفلاً ممن لديهم اضطراب طيف التوحد أظهر 37% مشكلات في تناول الطعام مع نهاية السنة الأولى، و34.8% في العمر ما بين سنة إلى سنتين، و 17.4% في العمر ما بين السنتين والثلاث سنوات، و6.9% في العمر ما بين 3-4 سنوات، وما بين 2-3% في العمر ما بين 4-6 سنوات.

وعلاوة على ذلك أفادت الدراسة بأن مشاكل تناول الطعام تفاقمت لدى 47% من العينة مع مرور الوقت. وهذا يشير إلى احتمال أن تظهر تحديات تناول الطعام مع عمر ست سنوات، وإن هناك حاجة إلى دراسة تحديات تناول الطعام عبر الوقت.

وفي مراجعة منهجية ومنظمة حدد لدفور و جاست (Ledford, & Gast, 2006) سبع دراسات وصفية تمثل ما مجموعه 381 طفلا من الأطفال الذين يعانون من التوحد قدمت بعض المعلومات الأولية عن طبيعة تحديات تناول الطعام لدى أطفال التوحد. وبناء على هذه الدراسات فقد ذكر بأن 46% - 89% من الأطفال الذين يعانون من التوحد يواجهون تحديات ومشكلات في تناول الطعام. وتضمنت هذه التحديات ذخيرة محدودة من الطعام، ورفض الطعام، وخروج الطعام من الفم، وعدم المرونة المتعلقة بتقديم طعام متنوع، ونوعية الأواني والأطباق، والعلامات التجارية والتعبئة والتغليف، والقضايا المتعلقة بالإحساس (التذوق، والملمس، والحساسية من الروائح)، وقضايا السلوك، وتناول الطعام، وصعوبة تقبل الأطعمة الجديدة (Williams, 2006). وقضايا أخرى أقل شيوعا ذكرت أيضا من قبل هؤلاء الباحثين مثل مشكلات حركة الفم، والبيكا (أكل الأشياء التي لا تؤكل)، وصعوبة تقبل الدواء، والاحتفاظ بالطعام في الفم، وأخذ الطعام من صحون الآخرين، بالإضافة إلى رفض الطعام على أساس اللون والنوع. وبالتالي فإن مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال التوحديين معقدة ومتنوعة وتحتاج إلى دراسة أعمق.

مشكلة الدراسة

هناك العديد من الدراسات التي تناولت مشكلات تناول الطعام عند الأطفال المتأخرين نمائيا، وكان العدد الأكبر منهم أطفال اضطراب التوحد والإعاقات الأخرى، ففي حين يظهر 25% من الأطفال العاديين بعض مشكلات تناول الطعام، إلا أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية يعانون من اضطرابات في تناول الطعام بمعدل أكبر، إذ إن مشكلات الأطفال المتأخرين نمائيا تزيد بمعدل ثلاثة أضعاف عما هي عليه لدى الأطفال العاديين، وبالإضافة إلى ذلك فمن المرجح استمرار مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال المتأخرين نمائيا لفترة أطول وعلاجها يكون أكثر صعوبة. فوفقا لما ذهب إليه كوداك وبيزا أيضا (Kodak, Piazza, 2008) فإن نسبة انتشار مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد تقدر بما يقارب 90%. وقد ذهب بعض المتخصصين إلى أن وجود مشكلات تناول الطعام في مرحلة الطفولة المبكرة قد تمثل إشارة مبكرة على التوحد. إلا أن معظم الدراسات أشارت إلى أن أكثر من نصف أطفال اضطراب طيف التوحد لديهم مشكلات مرتبطة بتناول الطعام (Ledford and Gast, 2003).

وفي ضوء النسبة المرتفعة لمشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وتأثيرها السلبي على عملية تغذيتهم، حيث تحد هذه المشكلات من كمية الطعام الذي يتناولونه ونوعيته، مما يقلل من حصولهم على القدر الكافي اللازم منها للنمو السليم، وبالتالي يصبحون عرضة لمخاطر سوء التغذية، مثل فقر الدم، وخسارة كبيرة في الوزن، وتسوس الأسنان، وبعض الاضطرابات المعوية، والحساسية الغذائية، والاعتماد أحيانا على الحصول على العناصر الغذائية والسعرات الحرارية من خلال انابيب.

وفي ظل عدم وجود دراسات عربية تناولت هذا الموضوع، سعت الدراسة الحالية إلى التعرف على مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد بما يساعد في التعرف عليها في مرحلة مبكرة من جهة، ووضع الخطط العلاجية المناسبة من جهة اخرى.

ويمكن صياغة المشكلة في السؤال الرئيس التالي:

ما المشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد في تناول الطعام، وهل تختلف باختلاف جنس الطفل وعمره ودرجة اعاقته؟

هدف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وعلاقة تلك المشكلات بجنس الطفل، وعمره، ودرجة اعاقته. وهذا يساعد في التعرف على أكثر مشكلات تناول الطعام شيوعا لدى الأطفال مما يساعد الاهل في التعرف على مشكلات تناول الطعام لدى اطفالهم، ويساعد المتخصصين على اقتراح الاستراتيجيات ووضع البرامج العلاجية المناسبة.

اهمية الدراسة

تتبع اهمية الدراسة من تناولها لموضوع هام جدا في حياة أطفال التوحد، والتي تعتبر من قبل البعض أحد السمات الأساسية لهم، مما يساعد في التعرف على أكثر سلوكيات تناول الطعام غير المناسبة لديهم. ومن جانب اخر فإن معرفة مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد تساعد أولياء الامور والمتخصصين في الشك بوجود اضطراب نمائي لدى الطفل حيث تعتبر مشكلات تناول الطعام أحد المؤشرات على وجود حالة توحد لدى الطفل. ومن شان تحديد أكثر مشكلات تناول الطعام شيوعا لدى أطفال التوحد ان يساعد في وضع البرامج العلاجية المناسبة لها.

حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على أولياء امور أطفال التوحد الملتحقين بمعهدى الشرق للبنين والبنات بمدينة الرياض التابعين لوزارة التعليم للعام 2016/2015 ممن تتراوح اعمارهم ما بين 6 و 14 سنة، وطبقت الدراسة خلال الفصل الدراسي الاول من العام المذكور، وتتحدد نتائجها بالمقياس المستخدم.

مصطلحات الدراسة:**اضطراب التوحد :**

هو اضطراب يحدث لدى الطفل قبل بلوغه سن 36 شهراً ومن مظاهره الأساسية الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث، وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه أو ما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين، والانطواء والانعزال وعدم المقدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين، بالإضافة إلى وجود سلوكيات نمطية غير هادفة و متكررة بشكل واضح (القواعد التنظيمية لمعاهد وبرامج التربية الخاصة، (2002).

ويعرف اطفال التوحد اجرائياً باولئك الاطفال الملتحقين ببرامج التوحد المقدمة ضمن معاهد التربية الفكرية بمدينة الرياض التابعة لوزارة التعليم، ممن تم تشخيصهم بالتوحد من قبل فريق متعدد التخصصات، وذلك من خلال استخدام مقاييس مقننة كمقياس تقدير السلوك التوحدي (CARS) او قائمة اعراض التوحد.

مشكلات تناول الطعام:

تم تعريف مشكلات تناول الطعام في الدراسة الحالية بالأبعاد الاربعة التي اشتمل عليها مقياس تناول الطعام والمتمثلة في السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والسلوكيات المصاحبة لتناول الطعام، والانتقائية المفرطة في تناول الطعام مع ما تتضمنه تلك الابعاد من سلوكيات والتي يظهرها اطفال التوحد.

الدراسات السابقة

مع ان الاطباء والاهالي يتقبلون بدرجة كبيرة بأن الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد يظهرون مشكلات أكثر في تناول الطعام من أقرانهم من الأطفال العاديين، فالمعلومات المتوفرة حول خصائص أنواع الطعام المقبولة من هؤلاء الأطفال أو العوامل المحتملة التي تسهم في مشكلات تناول الطعام قليلة. فقد قام شيرك ووليامز (Schreck, Williams, 2006) بتطبيق استبانة على (138) من أولياء أمور أطفال طيف التوحد لتحديد أنواع مشكلات تناول الطعام التي يظهرها أبنائهم، وأنواع الطعام التي يفضلونها، والعلاقة بين مشكلات تناول الطعام والطعام الذي تفضله الاسرة، وعلاقة

الخصائص التشخيصية للتوحد بسلوك تناول الطعام. وقد أشارت النتائج بأن الأطفال يفضلون أنواعا قليلة من الطعام كمجموعة مقارنة بأسرهم، ومع ذلك تبين بأن الاطعمة التي تفضلها الأسر تؤثر في اختيار الطعام أكثر من الخصائص التشخيصية للتوحد.

وقد سعت دراسة بروفوست وكروي، وسكبر (Provost, Crowe, Skipper, 2010) إلى التعرف على سلوكيات وقت تناول الطعام لأطفال صغار تراوحت اعمارهم ما بين 3-6 سنوات من أطفال طيف التوحد، ومقارنة تلك السلوكيات بسلوكيات الأطفال العاديين المماثلين لهم في العمر والجنس والعرق. اجاب (24) أبا من آباء أطفال التوحد، و(24) أبا من آباء الأطفال العاديين على أداة مسحية لسلوك الأطفال أثناء وجبة تناول الطعام لتقييم التاريخ المبكر لوقت وجبة الطعام، وقت تناول الطعام، المكان والسلوك، الطعام المفضل والسلوكيات، ومشكلات تناول الطعام. ولقد ازدادت اهتمامات الآباء بدرجة دالة بعد العام الأول بمشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد. وأشارت نتائج التحليل إلى وجود فروق دالة بين مجموعتي الأطفال في سلوكيات محددة أثناء وجبة تناول الطعام. ووجد بأن أنواع تناول الطعام لدى عدد أكبر من أطفال التوحد كان محدودا وبالتالي كان يصعب ارضاؤهم، وكانوا مقاومين للأطعمة الجديدة، ويأكلون أنواعا محددة من الطعام بناء على ملمسها، ولديهم مشكلات في تقيؤ الطعام، وصعوبة في تناول الطعام في المطاعم أو في المدرسة، ويقاومون الجلوس على الطاولة، ويرمون الطعام. ومن شأن التعرف على هذه الاختلافات مبكرا أن تساعد المعالجين الطبيين تقييم مشكلات تناول الطعام وفي وضع خطط العلاج المناسبة.

وقد أجابت امهات أطفال أعمارهم ما بين 2-12 سنة على استبانة لامارتنز ويونج وروبسون (Martins, Young, Robson, 2008) لتقييم سلوكيات تناول الطعام لهن ولأطفالهن التوحديين، ولأشقاء أطفال التوحد العاديين حيثما توفر ذلك، أو لأطفال ليس لهم إخوة بهذا الاضطراب. أشارت النتائج بأن أطفال التوحد أكثر ميلا لإظهار سلوك انتقائي في الاكل يصعب ارضاؤه أكثر من سلوك اشقائهم، أو من سلوك الاطفال العاديين. فمعدل سلوكيات الاطعام الخاضعة لطقوس معينة متساوية في جميع مجموعات الأطفال مع ان أطفال التوحد كانوا أكثر ترجيحاً بإظهار مشكلات في سلوكيات تناول الطعام بدرجة أكبر.

وقد استخدم جال وايكيسث ودرود (Gale, Eikeseth, Rudrud, 2011) طريقة المقابلة والملاحظة لسلوك ثلاثة أطفال توحديين وقت تناول الطعام متضمنة تقبل الطعام، ونظافة الفم، والمقاطعة والرفض، وغير ذلك من سلوكيات الفوضى من مثل الصراخ، ورمي الملعقة. وبناء على

نتائج التقييم تم الافتراض بأن سلوكيات وقت تناول الطعام المناسبة وسلوكيات المقاطعة والرفض قد تم الحصول عليها من قبل مشاركين مختلفين. وأثبت تصميم الخطوط القاعدية المتعددة الذي استخدم مع جميع الأطفال المشاركين ثباتا وفعالية في العلاج. فقد تضمن علاج الأطفال المشاركين تقديم الطعام بملقعة لمدة 30 ثانية ما لم يحدث قبول من قبل الطفل. ونتج القبول عن استخدام التعزيز المقدم. وتم إنهاء وجبة تناول الطعام بعد تقديم الملعقة عشرين مرة. وقد نتج عن ذلك زيادة التقبل ونظافة الفم لدى جميع الأطفال، في حين انخفضت سلوكيات المقاطعة والرفض، وتمت المحافظة على أثر العلاج من خلال المتابعة.

كثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد لديهم مشكلات وقت تناول الطعام، وقد يؤثر التشخيص والبيئة الاجتماعية على سلوكيات تناول الطعام. وفي هذا السياق فحص نادون وفلدمان ودين وجيسل (Nadon, Feldman, Dunn, Gisel, 2011) ما إذا كان لدى أطفال اضطراب طيف التوحد مشكلات في وجبة الطعام أكبر مما لدى اشقائهم العاديين، وما إذا كان العمر والجنس يرتبطان بمشكلات وقت وجبة الطعام. ولقد شارك في الدراسة (48) أسرة من خلال الإجابة على استبانة سجل تناول الطعام لأطفالهم ممن لديهم اضطراب طيف التوحد ممن تراوحت أعمارهم ما بين 3-12 سنة، وتمت الإجابة على استبانة سجل تناول الطعام لأطفالهم من الأشقاء العاديين القريبين لهم في العمر. بينت النتائج بأن متوسط مشكلات في الطعام لدى الأطفال الرضع ممن لديهم اضطراب التوحد 13.3، مع نقص في تنوع الطعام. وأظهرت النتائج أيضا متوسط (5.0) لدى الأطفال العاديين، وأظهرت نتائج الدراسة بأن لدى الأطفال الأكبر سنا فديهم مشكلات أقل من الأطفال الصغار. وأشارت الدراسة أيضا إلى أهمية إجراء مسح لمشكلات تناول الطعام. وكشفت الدراسة بأن لدى الأطفال التوحديين مشكلات أكبر من اشقائهم ممن يعيشون في نفس البيئة الاجتماعية.

وتمت الإجابة على بطارية تقييم متعددة الطرق في دراسة شارب وجاكوبز ولوكنز (Sharp, Jaques, Lukens, 2013) والتي اشتملت على ملاحظة مقننة لوقت وجبة الكل، ومقياس تناول الطعام المفضل، ومقياس سلوك التوحديين اثناء وقت وجبة تناول الطعام المختصر لثلاثين (30) طفلا تراوحت اعمارهم ما بين 3-8 سنوات، والتي تمثل المحاولة الاولى لتقييم مدى التوافق بين الملاحظة المباشرة وتقارير الوالدين لقياس واهتمامات تناول الطعام والحمية لدى أطفال التوحد. وخلال ملاحظة وقت وجبة تناول الطعام اظهر 14 طفلا اما رفضا وعددهم 8 أطفال، أو قبولاً وعددهم 6 أطفال جميع اللقييمات، بينما أظهر الأطفال المتبقين وعددهم 16 طفلا أنماطا مختارة للتقبل اعتمادا على النوع أو/ وبنية الطعام. وقد ظهر بين أفراد المجموعة الاخيرة بأن الخضروات

أكثر أنواع الطعام رفضا وبشكل مستمر ومتكرر خلال الملاحظة السلوكية. وقد وجد أيضا بأن الخضروات أكثر أنواع الطعام رفضا وبشكل متكرر بناء على تقارير الوالدين للعينة. وقد أظهرت الدراسة بأن زيادة انتقائية الطعام ترتبط إيجابا بالمشكلات السلوكية خلال الملاحظة، في حين تبين عدم ارتباط شدة التوحد وبيانات الاطعام.

وقارنت دراسة شريك ووليامز وسميث (Schreck, Williams, Smith, 2004) تقارير المشرفين لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال التوحديين وغير التوحديين على استبانة مقننة، وتضمنت الاستبانة بنودا حول رفض الطعام وأشكال التقبل بالإضافة إلى متطلبات تقديم الطعام. وطلب من مسؤول المشرفين أيضا الاجابة على مقياس للطعام يشير إلى عدد أنواع الطعام في كل وجبة لكل من الطفل والأسرة. أشارت النتائج بأن الأطفال التوحديين لديهم مشكلات أكثر وبدرجة دالة ويأكلون أنواعا محددة وقليلة من الطعام مقارنة بالأطفال غير التوحديين.

وفي ضوء ما سبق يمكن صياغة فرضيات الدراسة على النحو التالي:

- 1- تعتبر مشكلات رفض تناول الطعام والانتقائية المفرطة في تناول الطعام أكثر مشكلات تناول الطعام شيوعا لدى أطفال التوحد.
- 2- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين استجابات أولياء امر أطفال التوحد حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وفقا لجنس الطفل التوحدي.
- 3- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين استجابات أولياء امر أطفال التوحد حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وفقا للعمر الزمني للطفل.
- 4- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين استجابات أولياء امر أطفال التوحد حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وفقا لدرجة اعاقه الطفل التوحدي.

الطريقة والاجراءات

مجتمع وعينة الدراسة

تألف مجتمع الدراسة من جميع اسر أطفال التوحد المسجلين بمعهد التربيه الخاصة للطلاب والطالبات شرق مدينة الرياض التابعين لوزارة التعليم للعام الدراسي 2015/2016، ممن تراوحت اعمارهم ما بين 6 سنوات و 14 سنة والبالغ عددها 130 اسرة. وقد أجاب على الاستبانة التي أرسلت لجميع الاسر (75) من آباء وأمهات الأطفال التوحديين منهم (33) ابا و (42) اما. وبيين الجدول رقم (1) عينة الدراسة موزعة وفق المتغيرات الخاصة بأطفال التوحد. وحيث تضمنت عينة

الاطفال التي اجاب عليها اولياء الامور على حالتين من ذوي اعاقة التوحد الشديدة، فقد تم استبعادهما من العينة بحيث اقتصرت على الدرجتين البسيطة والمتوسطة. وقد قامت الباحثة بتوجيه رسالة الى اسر الاطفال وضحت فيها الهدف من اجراء الدراسة، بالإضافة الى نسخة من المقياس وطلبت من احد الابوين الاجابة عليه، ووضحت لهم بان البيانات سوف تستخدم لأغراض البحث فقط.

جدول رقم (1)

عينة الدراسة من أولياء امور أطفال التوحد وفق المتغيرات الخاصة بأطفالهم			
المتغير	مستوى المتغير	العدد	المجموع
جنس الطفل	ولد	46	75
	بنت	29	
عمر الطفل	من 6 سنوات إلى أقل من 10	43	75
	من 10 سنوات إلى 14 سنة	32	
درجة إعاقة الطفل	بسيطة	35	75
	متوسطة	40	

منهج الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة الموضحة سلفاً فإن المنهج الذي طبق هو المنهج الوصفي (تحليلي)، وهو أحد مناهج البحث العلمي، الذي يهتم بدراسة الظاهرة على أرض الواقع، ومن ثم وصفها وصفاً واضحاً إما كميًا، أو كفيًا، وذلك يعود إلى طبيعة البحث وأهدافه (صفوت ، 2010).

اداة الدراسة:

تم استخدام مقياس التميمي وسيد احمد (2014) حيث تم بناء المقياس والتعرف على خصائصه السيكومترية على عينة من البيئة السعودية، وتكونت عينة التقنين من (122) طفلاً تراوحت اعمارهم الزمنية ما بين 8-12 سنة، وقد خلصت الدراسة إلى ان مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات، وذلك بعد التأكد من مناسبة العبارات لبيئة التقنين، وصلاحيه العبارات للاستخدام، والتأكد من الصدق الداخلي لعبارات المقياس، فقد اوضحت النتائج بان معامل الفا لكل عبارة اقل من معامل الفا للبعد الذي تنتمي اليه تلك العبارة، ووضحت النتائج ايضا بان معامل الفا لأبعاد المقياس الاربعة قد تراوحت ما بين (0.667-0.891)، وظهرت نتائج الصدق العاملي تشبع جميع الابعاد على عامل واحد بجذر كامن قدره (2.6) ويفسر (65.05%)، وتراوحت التشبعات لأبعاد الاربعة ما بين (0.741-0.861). وقد تم حساب الاتساق

الداخلي للمقياس من خلال معاملات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي اليه اذ تراوحت ما بين (0.898-0,470)، في حين تراوحت معاملات الابعاد وبعضها البعض ما بين (0.723-0.442)، بينما تراوحت معاملات الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.893-0.670) وجميعها دالة عند مستوى (0.01)، بالإضافة الى ذلك انحصرت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان_مان ما بين (0.657-0.887).

ويتألف المقياس من اربعة ابعاد ممثلة في السلوكيات المعرقله لتناول الطعام، ورفض الطعام، والمشكلات السلوكية المصاحبة لتناول الطعام، والانتقائية المفرطة لتناول الطعام. وتكون الاجابة على فقرات المقياس باختيار اجابة من بين اربع اجابات تمثل درجة حدوث السلوك تندرج من يحدث دائما، أحيانا، نادرا، ولا يحدث مطلقا.

المعالجة الاحصائية

- 1- المتوسطات والانحرافات المعيارية لاستجابات أولياء الأمور من الآباء والأمهات:
فقد تم تحديد درجة تكرار السلوك على الفقرة على سلم رباعي للاستجابة على فقرات المقياس تراوحت ما بين 1 درجة عند عدم ظهور السلوك تماما إلى 4 درجات إذا كانت الإجابة تشير إلى ظهور السلوك دائما، وبناء على ذلك تم الحكم على تكرار أو عدم تكرار الطفل للسلوك وفق المعادلة التالية:
طول الفترة = (أعلى وزن - أقل وزن) ÷ عدد الاستجابات على الفقرة، وعليه يكون طول الفترة الواحدة يساوي (4-1) ÷ 4 = 0.75. وتمت اضافة طول الفترة إلى قيمة الحد الأدنى، ثم أضيف طول الفترة لكل درجة لتحديد الدرجة التي تليها حسب الاتي: 1-1.75 عدم حدوث السلوك مطلقا، ومن 1.76- 2.5 حدوث السلوك أحيانا، ومن 2.51- 3.25 حدوث السلوك غالبا، ومن 3.26-4 حدوث السلوك دائما. وسوف يتم الحكم على حدوث أو عدم حدوث السلوك بناء على ذلك.
- 2- اختبار (ت) للكشف عن الفروق بين مجموعتين مستقلتين غير متجانستين.

نتائج الدراسة

سوف يتم عرض النتائج على النحو التالي:

الفرضية الاولى:

تنص الفرضية الاولى على "أن مشكلات رفض تناول الطعام والانتقائية المفرطة في تناول الطعام تعتبر أكثر مشكلات تناول الطعام شيوعا لدى أطفال التوحد". وللتحقق من صحة الفرضية قامت

الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل عبارة من عبارات المقياس والأبعاد الأربعة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (2)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد مرتبة حسب درجة حدوثها ضمن أبعاد المقياس

الترتيب	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ان طفلي	م
البعد الأول: السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام					
10	.073	.632	1.37	يصرخ أو يبكي أثناء تناول الطعام	1
8	.099	.859	1.67	يدير وجهه أو جسمه بعيدا عن الأكل	2
2	.132	1.143	2.51	يترك مائدة تناول الطعام قبل الانتهاء من تناول الوجبة	3
9	.097	.840	1.41	يبيصق الطعام ويخرجه من فمه أثناء تناول الطعام	4
5	.116	1.008	1.89	يقوم بسلوكيات عدوانية نحو الأشياء والأفراد المحيطين به أثناء تناول الطعام	5
7	.095	.822	1.69	يقوم بسلوكيات عدوانية أثناء تناول الطعام	6
4	.121	1.045	2.17	يقوم بإصدار أصوات مزعجة أثناء تناول الطعام	7
3	.116	1.009	2.36	يقضي وقتا طويلا في تناول الطعام	8
1	.115	.999	2.88	يتحرك كثيرا أثناء تناول الطعام	9
6	.119	1.031	1.73	يفشل في إطعام ذاته باستقلالية	10
		2.18		المتوسط	
البعد الثاني: رفض تناول الطعام					
7	.137	1.189	1.93	يغلق فمه بإحكام عندما يقدم له الطعام	11
6	.132	1.144	1.96	يرفض تناول الطعام في الوقت المحدد	12

الترتيب	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ان طفلي	م
2	.106	.920	2.87	يرفض أكل أو تذوق الأطعمة الجديدة	13
1	.100	.863	2.89	يكره بعض الأطعمة ولا يرغب في تناولها	14
4	.104	.900	2.31	يرفض أكل الوجبات التي تحتاج إلى مضغ جيد	15
3	.118	1.021	2.72	يرفض تنوع الأطعمة	16
7	.114	.991	1.93	يتناول كمية قليلة من الطعام المقدم له	17
5	.118	1.018	2.17	يرفض معظم أنواع الطعام	18
المتوسط					
2.28					
البعد الثالث: السلوكيات المصاحبة لتناول الطعام					
4	.110	.949	1.93	يجب أن يقدم له الطعام بطريقة معينة	19
7	.110	.950	1.51	يجب أن يقدم له الطعام في أدوات مائدة معينة (مثل طبق معين)	20
6	.110	.949	1.53	يجب أن يعد له الطعام بطريقة معينة	21
8	.086	.744	1.35	يتناول الطعام بأدوات مائدة محددة في كل وجبة	22
5	.136	1.175	1.84	يطلب الطعام الذي يستطيع نطق اسمه بشكل متكرر	23
1	.114	.990	2.55	يتمسك بالروتين اليومي المتبع وقت تناول الطعام	24
3	.164	1.418	2.52	يعجز عن تقليد الآخرين لعادات تناول الطعام الصحيحة	25
1	.146	1.266	2.55	يعجز عن التعبير اللفظي لحالات الجوع والشبع التي يشعر بها	26
المتوسط					
1.97					
البعد الرابع: الانتقائية المفرطة في تناول الطعام					
2	.114	.986	3.00	يأكل أنواعا محددة من الطعام ويصر عليها	27

م	ان طفلي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	الترتيب
28	يفضل الأطعمة ذات مذاق معين	3.07	.859	.099	1
29	يفضل الأطعمة ذات القوام غير المتماسك (المهروسة)	2.28	.994	.115	3
30	يفضل الأطعمة ذات ألوان معينة	1.77	1.047	.121	4
		المتوسط			
		2.53			

يبين الجدول رقم (2) مشكلات تناول الطعام التي تشيع بين أطفال التوحد، والتي تحدث بشكل دائم، أو تحدث غالباً، أو أحياناً، أو تلك التي لا تحدث مطلقاً. فقد أشارت النتائج إلى أن عشرين من السلوكيات موزعة على الأبعاد الأربعة تحدث غالباً وبمتوسطات تراوحت ما بين (3.07 و 2.51) وهي على النحو التالي: من السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام: يتحرك كثيراً أثناء تناول الطعام، ويترك مائدة تناول الطعام قبل الانتهاء من تناول الوجبة، ومن سلوكيات رفض الطعام: يكره بعض الأطعمة ولا يرغب في تناولها، ويرفض أكل أو تذوق الأطعمة الجديدة، ويرفض تنوع الأطعمة. ومن السلوكيات المصاحبة لتناول الطعام: يتمسك بالروتين اليومي المتبع وقت تناول الطعام، ويعجز عن التعبير اللفظي لحالات الجوع والشبع التي يشعر بها، ويعجز عن تقليد الآخرين لعادات تناول الطعام الصحيحة. ومن السلوكيات التي تحدث غالباً ضمن بعد الانتقائية الشديدة لتناول الطعام: تفضيل الأطعمة ذات مذاق معين، وبأكل أنواعاً محددة من الطعام ويصر عليها. في حين أشارت النتائج إلى أن اثنا عشر سلوكاً من السلوكيات التي يتضمنها المقياس تحدث أحياناً، إذ تراوحت متوسطاتها ما بين (2.36 و 1.77)، أما السلوكيات الثمانية المتبقية فهي نادرة الحدوث إذ انخفضت متوسطات حدوثها عن (1.75).

وبالنظر إلى متوسطات الأبعاد الأربعة فقد بينت النتائج بأن متوسط درجات أفراد العينة من الآباء والأمهات على بعد المشكلات الخاصة ببعد الانتقائية المفرطة في تناول الطعام يشير إلى حدوث الانتقائية المفرطة غالباً وبمتوسط (2.53)، أما الأبعاد الثلاثة الأخرى للمقياس والمتمثلة في السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، ورفض الطعام، والسلوكيات المصاحبة لتناول الطعام فقد بينت النتائج حدوثها أحياناً وبمتوسط (2.28 و 2.18 و 1.97) على التوالي.

الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على "أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أولياء أمور أطفال التوحد حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفالهم التوحديين وفقاً لجنس الطفل". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام (ت)، وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (3)

اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين غير مترابطين للفروق في المقياس حسب جنس الطفل:

البعد	جنس الطفل	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السلوكيات المعرقة لتناول الطعام	ولد	46	21.22	5.107	.753	73	3.311	.001
	بنت	29	17.21	5.109	.949			
رفض الطعام	ولد	46	19.30	5.358	.790	73	1.098	.276
	بنت	29	17.97	4.777	.887			
المشكلات السلوكية المصاحبة	ولد	46	16.78	4.871	.718	73	2.353	.021
	بنت	29	14.17	4.351	.808			
الانتقائية المفرطة في تناول الطعام	ولد	46	10.24	2.774	.409	73	.474	.637
	بنت	29	9.93	2.685	.499			
المقياس الكلي	ولد	46	67.54	13.709	2.021	73	2.701	.009
	بنت	29	59.28	11.501	2.136			

بين الجدول رقم (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال التوحد من الأولاد والبنات على بعدي السلوكيات المعرقة لتناول الطعام، والسلوكيات المصاحبة لتناول الطعام، والدرجة الكلية للمقياس لصالح الأولاد حيث بلغ متوسط درجاتهم على البعدين والدرجة الكلية (21.22) و (16.78)، على التوالي، في حين بلغ متوسط درجات البنات على البعدين والدرجة الكلية (17.21) و (14.17) و (59.28) على التوالي. ولم تبين النتائج وجود فرق دالة بين متوسطات درجات الأولاد والبنات على بعدي رفض الطعام، والانتقائية المفرطة في تناول

الطعام، مع ملاحظة أن متوسطات درجات الاولاد كانت أعلى من متوسطات درجات البنات بشكل عام على الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الاربعة.

الفرضية الثالثة

تنص الفرضية السادسة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أولياء أمور أطفال التوحد حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفالهم التوحديين وفقاً لعمر الطفل". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام (ت)، وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (4)

اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين غير مترابطتين للفروق في المقياس حسب عمر الطفل

البعد	عمر الطفل	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام	من 6 سنوات إلى أقل من 10	43	21.47	4.817	.735	73	3.572	.001
	من 10 سنوات إلى 14 سنة	32	17.25	5.358	.947			
رفض الطعام	من 6 سنوات إلى أقل من 10	43	20.14	4.988	.761	73	2.752	.007
	من 10 سنوات إلى 14 سنة	32	16.97	4.863	.860			
المشكلات السلوكية المصاحبة	من 6 سنوات إلى أقل من 10	43	16.28	4.992	.761	73	1.054	.295
	من 10 سنوات إلى 14 سنة	32	15.09	4.567	.807			
الانتقائية المفرطة في تناول الطعام	من 6 سنوات إلى أقل من 10	43	10.33	2.706	.413	73	.755	.453
	من 10 سنوات إلى 14 سنة	32	9.84	2.772	.490			

البعد	عمر الطفل	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
المقياس الكلي	من 6 سنوات إلى أقل من 10	43	68.21	13.177	2.010	73	3.041	.003
	من 10 سنوات إلى 14 سنة	32	59.16	12.155	2.149			

يبين الجدول رقم (4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات من تراوحت أعمارهم ما بين 6 سنوات إلى أقل من 10 سنوات من أطفال التوحد وبين متوسط درجات من تراوحت أعمارهم بين 10 سنوات إلى 14 سنة على بعدي السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، ورفض الطعام، والدرجة الكلية للمقياس لصالح الفئة العمرية الأصغر، حيث بلغ متوسط درجاتهم على البعدين المذكورين والدرجة الكلية (21.47) و (20.14) و (68.21) على التوالي، في حين بلغ متوسط درجات الفئة العمرية الأكبر على البعدين والدرجة الكلية (17.25) و (16.97) و (59.16) على التوالي. ولم تبين النتائج وجود فرق دالة بين متوسطات درجات الفئة العمرية الأصغر والفئة العمرية الأكبر من أطفال التوحد على بعدي المشكلات المصاحبة لتناول الطعام، والانتقائية المفرطة في تناول الطعام. مع ملاحظة أن متوسطات درجات الفئة العمرية الأصغر من أطفال التوحد كانت أعلى من متوسطات درجات الفئة العمرية الأكبر على جميع أبعاد المقياس ودرجته الكلية.

الفرضية الرابعة

تنص الفرضية السادسة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات أولياء أمور أطفال التوحد حول مشكلات تناول الطعام لدى أطفالهم التوحد وفقاً لدرجة إعاقة الطفل". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام (ت)، وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (5):

اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين غير مترابطتين للفروق في المقياس حسب درجة إعاقة الطفل

البعد	درجة إعاقة الطفل	العدد (ن)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام	بسيطة	35	18.66	5.252	.888			
	متوسطة	40	20.55	5.514	.872	73	1.516	.134
رفض الطعام	بسيطة	35	18.46	4.553	.770	73	.516	.608

			متوسطة	40	19.08	5.663	.895
المشكلات السلوكية المصاحبة	بسيطة	35	15.11	4.632	.783	73	1.109
	متوسطة	40	16.35	4.964	.785		
الانتقائية المفرطة في تناول الطعام	بسيطة	35	10.29	2.782	.470	73	.490
	متوسطة	40	9.98	2.703	.427		
المقياس الكلي	بسيطة	35	62.51	12.232	2.068	73	1.106
	متوسطة	40	65.95	14.385	2.274		

يبين الجدول رقم (5) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات من كانت درجة إعاقته بسيطة من أطفال التوحد وبين من كانت درجة إعاقته متوسطة على جميع أبعاد المقياس ودرجته الكلية. مع ملاحظة أن متوسطات درجات الأطفال التوحديين ممن كانت إعاقته متوسطة كانت أعلى من متوسطات من كانت إعاقته بسيطة على جميع الأبعاد والدرجة الكلية عدا بعد الانتقائية المفرطة في تناول الطعام.

مناقشة النتائج

نلاحظ من خلال النتائج الخاصة بالفرضية الأولى التي تنص على أن أكثر مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد تظهر بشكل أكبر في بعدي رفض تناول الطعام والانتقائية المفرطة في تناول الطعام، وقد أكدت النتائج هذه الفرضية حيث تبين بأن أكثر مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد كانت الانتقائية المفرطة في تناول الطعام في المرتبة الأولى تبعها رفض تناول الطعام في المرتبة الثانية، وحلت المشكلات المعرقة لتناول الطعام في المرتبة الثالثة، في حين حلت المشكلات السلوكية المصاحبة لتناول الطعام في المرتبة الرابعة. وقد تمثلت مشكلات رفض الطعام في: يكره بعض الأطعمة ولا يرغب في تناولها، ويرفض أكل أو تذوق الأطعمة الجديدة، ويرفض تنوع الأطعمة. في حين تمثلت مشكلات الانتقائية المفرطة في تناول الطعام في: يفضل الأطعمة ذات مذاق معين، ويأكل أنواعا محددة من الطعام ويصر عليها. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أشارت إليه نتائج دراسة شيرك ووليامز (Schreck, Williams, 2006) بأن الأطفال التوحديين يفضلون أنواعا قليلة من الطعام كمجموعة، ومع ما توصلت إليه دراسة بروفوست وكروي، وسكير (Provost, Crowe, Skipper, 2010) بأن أنواع الطعام لدى عدد أكبر من أطفال التوحد كانت محدودة

وبالتالي كان يصعب إرضائهم، وكانوا مقاومين للأطعمة الجديدة، ويأكلون أنواعا محددة من الطعام بناء على ملمسها، ويقاومون الجلوس على الطاولة، ويرمون الطعام. وتتفق أيضا مع ما أشارت نتائج مارتنز ويونج وروبسون (Martins, Young, Robson, 2008) بأن أطفال التوحد أكثر ميلا لإظهار سلوك أكل أنواع مختارة من الطعام مما يصعب معه إرضائهم أكثر من اشقاتهم أو من الأطفال العاديين، وتتفق أيضا مع ما أشارت النتائج اليه دراسة شريك ووليامز وسميث (Schreck, Williams, Smith, 2004) بأن لدى الأطفال التوحديين مشكلات أكثر وبدرجة دالة ويأكلون أنواعا محددة وقليلة من الطعام مقارنة بالأطفال غير التوحديين.

اما فيما يتعلق باثر جنس الطفل على تناول أطفال التوحد للطعام فقد بينت نتائج الدراسة وجود مشكلات دالة لتناول الطعام بشكل عام على المقياس المستخدم وذلك لصالح الذكور من الأطفال التوحديين، وظهر ذلك واضحا في بعدي السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، والسلوكيات المصاحبة لتناول الطعام، كما ظهر بأن مشكلات رفض الطعام والانتقائية المفرطة في الاختيار كانت أعلى لديهم أيضا مما لدى الإناث. ويعتبر ذلك أمرا طبيعيا إذا ما قارنا سلوكيات البنات بسلوك الأولاد، فغالبا ما يميل الذكور إلى إظهار سلوكيات الرفض، والعدوانية، والصراخ، والحركة، وغيرها من السلوكيات غير المناسبة بدرجة أكبر من السلوكيات التي تظهرها البنات. وتتفق هذه النتيجة مع ما أظهرته نتائج دراسة نادون وفلدمان ودين وجيسل (Nadon, Feldman, Dunn, Gisel, 2011) من أن مشكلات تناول الطعام لدى الذكور من أطفال التوحد كانت أكثر مما هي عليه لدى الإناث. اما فيما يتعلق بأثر العمر على تناول أطفال التوحد للطعام فقد بينت نتائج الدراسة وجود مشكلات دالة لتناول الطعام بشكل عام على المقياس المستخدم وذلك لصالح الأطفال الصغار ممن تقل أعمارهم عن عشر سنوات من الأطفال التوحديين، وظهر ذلك واضحا في بعدي السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، ورفض الطعام، كما ظهر بأن مشكلات السلوكيات المصاحبة لتناول الطعام والانتقائية المفرطة في الاختيار كانت أعلى لديهم أيضا مما لدى الأطفال الأكبر سنا. ويعتبر ذلك أمرا منطقيا إذا ما قارنا سلوكيات الأطفال الصغار بسلوكيات الأطفال الكبار، فغالبا ما يميل الأطفال الصغار إلى إظهار سلوكيات رفض الطعام، والعدوانية، والصراخ، والحركة، وغيرها من السلوكيات غير المناسبة أكبر من السلوكيات التي يظهرها الأطفال الكبار. وتتفق هذه النتيجة مع ما أظهرته نتائج دراسة نادون وفلدمان ودين وجيسل (Nadon, Feldman, Dunn, Gisel, 2011) بأن لدى الأطفال الأكبر سنا من الأطفال التوحديين مشكلات أقل من المشكلات التي لدى الأطفال الصغار.

اما فيما يتعلق بأثر درجة الإعاقة على تناول أطفال التوحد للطعام فقد بينت نتائج الدراسة عدم وجود مشكلات دالة لتناول الطعام بشكل عام على المقياس المستخدم بين أطفال التوحد ممن كانت درجة إعاقتهم بسيطة أو متوسطة، مع أن جميع متوسطات من كانت إعاقتهم متوسطة كانت أعلى من متوسطات درجات من كان اضطراب التوحد لديهم بسيطاً. وقد يعزى السبب في ذلك إلى عدم وجود فارق كبير في درجة الاضطراب لدى الأطفال في عينة الدراسة حيث كانت ما بين بسيطة ومتوسطة فقط ولا يوجد بينهم من كانت إعاقتهم شديدة أو حادة. وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما بينته دراسة شارب وجاكويز ولوكنز (Sharp, Jaquees, Lukens, 2013) من عدم ارتباط شدة التوحد ببيانات تناول الطعام.

التوصيات

- 1- التعرف على المشكلات المعرقة والمشكلات المصاحبة لتناول الطعام لدى أطفال التوحد مبكراً، والعمل على وضع خطط العلاج المناسبة لها.
- 2- تحديد أنواع الطعام التي يرفضها الطفل التوحدي وأنواع الطعام التي يفضلها.
- 3- معرفة المواصفات التي يعتمد عليها الطفل التوحدي في انتقاء الطعام أو رفضه.
- 4- التعرف على الاختلافات بين أطفال التوحد في تناول الطعام في ضوء متغير الجنس والعمر ودرجة الإعاقة مبكراً يساعد في تقييم مشكلات تناول الطعام ومعالجتها.

المراجع

- التميمي، احمد وسيد احمد، علي (2014). الخصائص السيكومترية لمقياس تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد. مجلة العلوم التربوية، جامعة الملك سعود، الرياض، المجلد 26، العدد (1)، 199-219.
- صفوت , إبراهيم عبد الحميد (2010). البحث العلمي, مفهومه - أدواته - تصميمه, دار الزهراء للنشر.
- القواعد التنظيمية (2002). الامانة العامة للتربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم، المملكة العربية السعودية.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM IV 4th edition – Text revised*. Washington: American Psychiatric Association.
- Autism Spectrum Disorders* 3 (3), 759-766.
- Johnson, C., Handen, B., Mayer-Costa, M., Sacco, K. (2008). Eating habits and dietary status in young children with autism. *Developmental and Physical Disabilities* 20, 437-448
- Cornish, E. (2006). A balanced approach towards healthy eating in autism. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 501-509.
- Gale, Catherine M.; Eikeseth, Svein; Rudrud, Eric (2011). Functional Assessment and Behavioral Intervention for Eating Difficulties in Children with Autism: A Study Conducted in the Natural Environment Using Parents and ABA Tutors as Therapists. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41.10 :1383-1396.
- Kodak, T and Piazza, C. (2008). Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17, (4), 887-905.
- Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2006). Feeding problems in children with Autism Spectrum Disorders: A review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(3), 153-166.
- Legge, B. (2002). *Can't eat, won't eat: Dietary difficulties and autism spectrum disorder*. London: Jessica Kingsley.

- Martins, Yolanda; Young, Robyn L; Robson, Danielle C (2008). Feeding and Eating Behaviors in Children with Autism and Typically Developing Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 38.10 : 1878-1887.
- Matson, J., Fodstad, J., & Dempsey, T. (2009). The relationship of children's feeding problems to core symptoms of autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders* 3(3), 759-766.
- Nadon, Genevieve; Feldman, Debbie Ehrmann; Dunn, Winnie; Gisel, Erik (2011). Mealtime Problems in Children with Autism Spectrum Disorder and Their Typically Developing Siblings: A Comparison Study. *Autism: The International Journal of Research and Practice* 15.1 : 98-113.
- Provost, Beth; Crowe, Terry K.; Skipper, Betty J. (2010). Mealtime Behaviors of Preschool Children: Comparison of Children with Autism Spectrum Disorder and Children with Typical Development. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics** 30.3 : 220-233.
- Provost, Beth Ritvo, E., & Freeman, B. (1978). National society for autistic children definition of the syndrome of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8, 162-170.
- Schreck, K. A., & Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 27 (4), 353-363.
- Schreck, K. A., Williams, K., & Smith, A. F. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (4), 433-438.
- Sharp, William G.; Jaquess, David L ; Lukens, Colleen T. (2013). Multi-Method Assessment of Feeding Problems among Children with Autism Spectrum Disorders **Research in Autism Spectrum Disorders** 7.1 : 56-65.
- Williams, P. G. (2006). Eating habits of children with Autism. *Pediatric Nursing*, 26 (3), 259-264.