

## مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال

### ذوي اضطراب التوحد

د. / السيد علي سيد أحمد

أستاذ التربية الخاصة المشارك بقسم التربية الخاصة

كلية التربية جامعة الملك سعود

#### ملخص البحث:

هدف البحث الحالي إلى دراسة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد تكونت عينة البحث من (100) طفل يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8- 13) سنة بمتوسط عمري قدره (15، 10) سنوات وانحراف معياري قدره (1,68)، وكانت الأدوات المستخدمة في هذا البحث هي: الإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد، ومقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد توصلت النتائج إلى أن مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي بالترتيب: مشكلات رفض الطعام يليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ويعقبها مشكلات السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، ثم المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء تناول الطعام، كما توصلت النتائج أيضاً إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين جميع أعراض اضطراب التوحد ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما توصلت أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام.

الكلمات المفتاحية: مشكلات تناول الطعام-الأطفال ذوي اضطرابات التوحد.

## Abstract:

The present study aims to study eating problems among children with autism. The sample of the study consisted of (100) children with autism (age average 10.15., S.D. = 1.678). The two instruments being used are Gilliam Autism Rating Scale (2th-ed) and Eating Problems Scale for children with autism. The study found that the most prevalent eating problems among children with autism respectively were: eating refuse, hyper eating selective, disruptive behaviors for eating and behavior problems that occur during eating time. It was also found a positive statistically significant correlation between the symptoms of autism and eating problems among those children. additionally it was also found that no statistically significant differences between younger and older autistic children about eating problems.

**Keywords:** Eating problems- children with autism.

## مقدمة البحث:

تعد مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من المشكلات المهمة والمقلقة للوالدين ولعل السبب في ذلك يرجع إلى تأثيرها السلبي على النشاط اليومي لهؤلاء الأطفال (Fodstad & Matson, 2008) لأن هذه المشكلات تحد من كمية ونوعية الطعام الذي يتناولونه مما يقلل من حصولهم على القدر الكافي من العناصر الغذائية اللازمة لنموهم (Keen, 2008; Seiverling., Williams & Sturme, 2010).

وتشير نتائج الدراسات السابقة التي فحصت مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال بصفة عامة أن معدل انتشار هذه المشكلات بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي يتراوح ما بين (25% - 35%)، بينما ترتفع هذه النسبة إلى (80%) بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (Ahearn, Castine, Nault, & Green, 2001.; Babbitt, et al., 1994; Black, Kaye, & Jick, 2002.; Bryson & Hammer, 2003.; Eicher, 1997; Erickson et al., 2005.; Jacobi, Agras, Schreck; Williams & Smith, 2004.; Seiverling,;

(Williams & Sturmey, 2010.; Keen, 2008.; Munk & Repp, 1994) وترتفع هذه المشكلات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن عن الأطفال كبار السن (Lukens, 2002)، ولدى الأطفال الذين يعانون من ضعف التأزر العصبي- العضلي عن الأطفال الذين لا يعانون من هذا الضعف (Sullivan, et al. 2000).

وبمراجعة الأدبيات المتاحة التي تناولت مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي

اضطراب التوحد وجد الباحث أن أهم هذه المشكلات تتمثل فيما يلي:

1- ضعف أو تأخر مهارة إطعام الذات: يصف لوسيلي (Luiselli, 1989) ضعف مهارة

إطعام الذات بأنها تشير إلى عدم قدرة الطفل على التقاط الطعام، أو نقله وإدخاله في فمه

باستقلالية سواء كان ذلك باستخدام أدوات المائدة الملائمة، أو باستخدام الأيدي، وعلى

الرغم من أن الأطفال العاديين يظهرون مهارات إطعام الذات بطريقة مستقلة بحلول الشهر

الثامن عشر من أعمارهم الزمنية، إلا أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من ضعف

أو تأخر واضح في هذه المهارات مقارنة بالأطفال العاديين الذين يكافؤونهم في العمر الزمني

(Gravestock 2000 Rurangirwa, Naarden, Schendel & Yeargin- )

(Allsopp, 2006) ويرى بعض الباحثين أن ضعف هذه المهارات لدى هؤلاء الأطفال

يرجع لتأخر نمو بعض العضلات الدقيقة في اليدين مما يجعلهم يواجهون صعوبات كثيرة في

عمليات إمساك أدوات المائدة، وإطعام أنفسهم (Luiselli, 1989; Pronnicki, )

(1995).

2- الاجترار: يشير الاجترار إلى الإعادة الإرادية من الفم للطعام الذي سبق للطفل تناوله،

ولقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن معدل انتشار الاجترار بين الأطفال ذوي

الاضطرابات النمائية بما فيهم ذوو اضطراب التوحد يتراوح بين (6% - 10%) تقريباً

(Fredericks, Carr, & Williams, 1998) والجدير بالذكر أن الأطفال الذين يقومون بالاجترار يكونون أكثر عرضة لسوء التغذية والعزلة الاجتماعية (Luiselli, 1989, Matson & Kuhn, 2001).

3- **السرعة غير الصحيحة في تناول الطعام:** تشير السرعة غير الصحيحة في تناول الطعام إلى قيام الطفل بسلوكيات تؤدي إما إلى تناول الطعام بشكل سريع، أو الكمون الطويل بين قضمات الطعام، والجدير بالذكر أن السرعة الزائدة في تناول الطعام يمكن أن تؤدي التقيؤ أو الكعام الذي يعني امتلاء الفم بالطعام إلى درجة تجعل هناك صعوبة في المضغ والبلع، بينما تؤدي السرعة البطيئة إلى تناول كمية غير كافية من السعرات الحرارية، وإلى طول مدة الوجبة، وقصر الوقت بين الوجبات (Luiselli, 1989).

4- **تناول كمية قليلة من الطعام:** على الرغم من أن بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد قد توجد لديهم مهارات إطعام الذات، إلا أنهم يتناولون كميات قليلة جداً من الطعام لا تكفي لسد احتياجات أجسامهم من العناصر الغذائية ( Riordan, Iwata, Wohl, & Finney, 1984) وكما هو الحال في حالات الاجترار والسرعة غير الصحيحة، فإن الأطفال الذين يتناولون كمية قليلة من الطعام يكونون عرضة لسوء التغذية ولتأثيراتها السلبية على الطفل.

5- **رفض الطعام:** يُعرّف رفض الطعام بأنه الحالة التي يمتنع فيها الطفل بإرادته عن تناول الطعام مما يقلل من حصوله على العناصر الغذائية اللازمة لنموه ( Luiselli, 1989; Riordan, Iwata, Wohl, & Finney, 1984) والجدير بالذكر أن رفض الطعام ينتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وهذا يعني أنهم يأكلون كميات قليلة من الطعام

لا تكفي لسد الاحتياجات الغذائية اللازمة لنموهم ( Field, Garland, & Williams, 2003).

6- الانتقائية المفرطة للطعام: تعرف الانتقائية المفرطة للطعام بأنها تفضيل تناول عدد محدود من الأطعمة والإصرار عليها، ورفض أكل الأطعمة الجديدة التي لم يتناولها الطفل من قبل (Luiselli, Nicholls, Randall & Lask, 2001)، أو تناول أطعمة غير متنوعة (Luiselli, Munk & Repp, 1994; Munk & Repp, 1989)، وتعد مشكلة الانتقائية المفرطة للطعام أحد مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد (Ahearn, Castine, Nault, & Green, 2001.; Kerwin, Eicher & Gelsinger, 2005) مما يجعل عملية التغذية غير مناسبة لاحتياجاتهم الغذائية (Luiselli, 1989; Munk & Repp, 1994) كما أن الرفض الدائم للطعام والانتقائية المفرطة له يمكن أن تؤدي إلى نقص في كمية الأطعمة التي يتناولها الطفل مما يؤدي إلى ظهور أعراض سوء التغذية على الطفل.

7- السلوكيات المعرقة: وهي تشير إلى السلوكيات المشككة التي يقوم بها الطفل ذو اضطراب التوحد أثناء تناوله للطعام مثل: البكاء، والصراخ، وكثرة الحركة أثناء تناول الطعام، وبصق الطعام، وترك المائدة قبل الانتهاء من تناول الوجبة، ورمي الطعام من فوق المائدة، وهذه السلوكيات يترتب عليها عدم تناول الطفل لكمية الطعام اللازمة لتغذيته مما يعرضه لمشكلات سوء التغذية (Ahearn, 2001; Croen, Najjar, Ray, Lotspeich, & Bernal, 2006; Luiselli, 1989.; McDermott, et al., 2006).

8- مشكلات طبية: أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من بعض المشكلات الطبية التي ترتبط بتناولهم للطعام مثل الإسهال والقيء المتكرر

والحساسية لبعض أنواع الطعام أكثر من أقرانهم العاديين، وهذا يعني أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يعانون من مثل هذه المشكلات الطبية يكونون أكثر عرضة لمشكلات تناول الطعام ( Mason-Brothers, et al, 1993.; Williams, ) (Dalrymple & Neal, 2000).

9- **مشكلات بيولوجية- كيميائية وغذائية:** لقد أجريت بعض الدراسات السابقة لمعرفة مدى ارتباط العوامل البيولوجية- الكيميائية، والغذائية باضطراب التوحد ( Shattock, Kennedy, Rowell, & Berney, 1990; Shattock & Lowdon, 1991; Whitely, Rodgers, Savery & Shattock, 1999)، وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين نقص إنزيمات معينة وبين السمات السلوكية لاضطراب التوحد، كما أظهرت النتائج أيضاً أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يفتقرون إلى الإنزيمات اللازمة لتكسير بروتين الجلوتين **Gluten** وبروتين الكازين **Casein** ومركبات البيبتيد **Peptides** وهذه المركبات ينتج عن عدم هضمها مركبات الأفيون المخدرة **opioids** والتي يمكن أن تتخلل جدران الأمعاء وتنتقل إلى الدم، وتصل إلى الدماغ وتؤثر سلباً على عمل الجهاز العصبي المركزي ( Shattock, Kennedy, ) (Rowell & Berney, 1990).

كما توصلت نتائج دراسات أخرى إلى وجود مستويات عالية من مركبات البيبتيد في بول الأفراد ذوي اضطراب التوحد (Reichelt & Knivsberg, 2003)، ويعتقد وايت وروجرز، وشاتوك (Whitely, Rodgers & Shattock, 2000) أن الخصائص الإدمانية الموجودة في مركبات البيبتيد الأفيونية قد تؤدي إلى زيادة الشهية للأطعمة ذات المستويات العالية من بروتين الجلوتين والكازين، وهذه الزيادة في الشهية قد تؤدي في النهاية إلى حدوث انتقائية شديدة في تناول بعض

أنواع الأطعمة، وعلى النقيض من ذلك، فإن عدم قدرة الجهاز الهضمي على تكسير مواد غذائية معينة قد تؤدي إلى حدوث حساسية للطعام وتفضيل لبعض أنواع الأطعمة عن غيرها، والجدير بالذكر أن الحساسية السلبية المرتبطة بالأطعمة غير المستساغة قد تؤدي إلى تجنب تلك الأطعمة، وهذا التفضيل يمكن أن يؤدي بدوره إلى ظهور مشكلات في تناول الطعام مثل الانتقائية الزائدة لبعض أنواع الأطعمة (Strobel & Hourihane, 2001).

10- **مشكلات حسية:** يُعاني معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد من حساسية عالية في حاسة الشم، وهذه الحساسية المفرطة لديهم سواء لتكوين أو لطعم أو لرائحة بعض أنواع الطعام تجعل هذه الأطعمة غير مرغوب فيها، كما أن هذه الحساسية تزيد الطعم المشوق للطعام مما يؤدي إلى انتقائية هؤلاء الأطفال للطعام الذي يتناولونه من حيث القوام المقبول والطعم والرائحة (Ahearn, 2001; Prontnicki, 1995; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000)، ولقد أظهرت نتائج بعض الدراسات السابقة أن (27%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يعانون من مشكلات في تناول الطعام يرفضون تناول الأطعمة ذات القوام المتناسك، وقد يقتصر أكلهم على تناول الأطعمة ذات القوام غير المتناسك (التي تغلي حتى تهرس وتصفى بعد ذلك) مما يؤثر سلباً على تغذية الطفل بشكل عام ويعرضهم لأمراض سوء التغذية (Brien, Repp, Williams & Christophersen, 1991).

11- **مشكلات سلوكية:** هناك بعض المشكلات السلوكية التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Totsika, Hastings, Emerson, Lancaster & Berridge, 2001) وهذه المشكلات تؤثر سلباً على نمو عادات تناول الطعام الصحيحة لدى هؤلاء الأطفال، فعلى سبيل المثال وليس الحصر نجد أن مشكلات التواصل التي يعاني منها

الأطفال ذوو اضطراب التوحد تجعلهم لا يستطيعون التعبير عن احتياجاتهم الغذائية بشكل صحيح مثل: التعبير عن حالات الجوع والشبع، وكذلك التعبير عما يحبونه وما لا يحبونه من أنواع الطعام (Pronnicki, 1995; Raiten & Massaro, 1986)، كما أن ضعف مهارات التواصل لديهم يجعلهم ينظرون للآخرين وللأشياء بنظرات خاطفة مما يقلل من اكتسابهم وتعلمهم لعادات تناول الطعام الصحيحة (Field, Garland & Williams, 2003).

ويعد السلوك النمطي المتكرر أحد أهم المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، والجدير بالذكر أن النمطية التي يتسم بها هؤلاء الأطفال تجعلهم يقاومون بشدة أي تغيير يطرأ على حياتهم بما في ذلك رفضهم لتغيير أنواع معينة من الأطعمة التي يتناولونها، كما تجعلهم هذه النمطية يستخدمون بعض الكلمات اللغوية التي يعرفونها بشكل متكرر مما يجعلهم يطلبون بشكل متكرر أنواع محددة من الطعام (Cornish, 1998; Raiten & Massaro, Whitely, Rodgers & Shattock, 2000; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000) ولذلك يلاحظ مقدمو الرعاية للطفل ذو اضطراب التوحد أنه يصر على تناول نوع معين من الطعام، وقد يتناول هذا النوع من الطعام بأدوات مائدة محددة في كل وجبة أو يقتصر أكله على أطعمة بعينها في كل وجبة.

ومن بين المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد ضعف قدرتهم على التقليد والمحاكاة مقارنة بالأطفال العاديين، وهذا الأمر يؤدي بدوره إلى قلة فرص نمذجتهم لمهارات تناول الطعام الصحيحة مثل مهارات الاستخدام الصحيح لأدوات المائدة، ومهارات إطعام الذات. وجميع ما سبق يؤثر سلباً على عملية تغذيتهم حيث إنهم لا يحصلون على القدر الكافي من الطعام اللازم لتغذيتهم (Williams & Seiverling, 2010).

**مشكلة البحث وتساؤلاته:**

تعد مشكلات تناول الطعام واحدة من أهم المشكلات التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث يصل معدل انتشارها بينهم إلى (80%) تقريباً، (Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001) لدرجة أن بعض الباحثين اعتبروا أن هذه المشكلات تُعد أحد الخصائص المميزة لاضطراب التوحد (Raiten & Massaro, 1986) وعلى الرغم من ذلك فإن دراسة مشكلات تناول الطعام لدى هؤلاء الأطفال لم تحظ بالقدر الكافي من الاهتمام في معظم دول العالم (Seiverling.; Williams & Sturmey, 2010) بما في ذلك الدول العربية.

ومن خلال مراجعة الباحث الحالي للدراسات السابقة التي فحصت مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وجد أهم هذه المشكلات يتمثل في مشكلات: رفض الطعام، (Field, Garland, & Williams, 2003.; Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Kerwin, Eicher & Gelsinger, 2005.;) والانتقائية المفرطة لأنواع الطعام (Sacco, 2008)، فضلاً عن شيوع السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام (Schreck, Williams & Smith, 2004)، بينهم مثل البكاء والصراخ وكثرة الحركة أثناء الأكل (Croen, Najjar, Ray, Lotspeich, & Bernal, 2006; McDermott, et al., 2006)، بالإضافة إلى انتشار السلوكيات غير المرغوبة مثل بصق الطعام خارج الفم، وترك المائدة قبل الانتهاء من الوجبة، ورمي الطعام من فوق المائدة، وتقيء الطعام، والحساسية لبعض أنواعه (Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco, 2008;) فضلاً عن ضعف مهارة إطفاء الذات، (Williams, Dalrymple & Neal, 2000)، (Gravestock 2000.; Martins, Young, & Robson, 2008.; Prontnicki, 1995)، وعدم القدرة على التعبير اللفظي عن حالي الجوع والشبع، والرغبة أو عدم الرغبة في نوع معين من

الطعام (Field, Garland & Williams, 2003.; Prontnicki, 1995)، واقتصارهم على تناول نوع معين من الطعام (Whitely, Rodgers & Shattock, 2000).

وتكمن خطورة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد في أنها تجعل هؤلاء الأطفال لا يحصلون على القدر الكافي من الطعام اللازم لتغذيتهم (Field, Garland & Williams, 2003) مما يؤدي إلى حدوث ضعف في جوانب النمو المختلفة لديهم وخصوصها في الجانب الجسمي والجانب العقلي (Martins, Young & Robson, 2008.; Reichelt & Knivsberg, 2003) وهذا الأمر يؤدي بدوره إلى ضعف قدرتهم على التعلم واكتساب المعلومات والمهارات المختلفة التي يتلقونها خلال عملية تعليمهم وتدريبهم (Williams, Dalrymple, & Neal, 2000; Xia, Zhou, Sun, Wang & Wu, 2010)، ولعل ذلك ما دفع الباحث الحالي لإجراء هذا البحث للتعرف على طبيعة هذه المشكلات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وبناءً على كل ما سبق يمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في التساؤلات التالية:

السؤال الأول: ما مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

السؤال الثاني: هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب التوحد ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال؟

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام؟

## أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التحقق مما يلي:

1- التعرف على مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

2- التعرف على طبيعة العلاقة بين أعراض اضطراب التوحد ومشكلات تناول الطعام لدى

الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

3- التعرف على الفروق بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن وكبار السن في

مشكلات تناول الطعام.

### أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث الحالي فيما يلي:

1- نظرة لندرة الدراسات العربية التي تناولت مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي

اضطراب التوحد -في حدود علم الباحث- لذلك فإن البحث الحالي يسعى لسد العجز

في هذا المجال.

2- إن الآثار السلبية الناتجة عن مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

تجعلهم لا يحصلون على القدر الكافي من الطعام اللازم لتغذيتهم مما يؤثر سلباً على جوانب

نموهم المختلفة ويضعف قدرتهم على التعليم والتدريب ( Reichelt & Knivsberg,

2003.; Martins, Yonug, & Robson, 2008.; Xia, Zhou, Sun,

.(Wang & Wu, 2010

3- يمكن الاستفادة مما ستسفر عنه نتائجه في إعداد البرامج السلوكية التي تسعى إلى تقليل

السلوكيات غير المرغوبة التي تؤثر على كمية، ونوعية، وتقبل الأطفال ذوي اضطراب التوحد

لأنواع الطعام التي يأكلونها، بالإضافة إلى تنمية مهارات إطعام الذات لديهم.

## مصطلحات البحث الإجرائية:

### مشكلات تناول الطعام: Eating Problems

يعرف الباحث مشكلات تناول الطعام إجرائياً بأنها تشير إلى المشكلات التي تتعلق بعدم حصول الطفل ذي اضطراب التوحد على القدر الكافي من الطعام اللازم لنموه مثل: المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب التوحد، والسلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، ومشكلات رفض الطعام، ومشكلات الانتقائية المفرطة للطعام.

### اضطراب التوحد: Autism

لقد تبني الباحث تعريف اضطراب التوحد الذي أشارت إليه الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية التي صدرت عام (2010) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM- 5, 2010) عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association والتي أوضحت فيه أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي يصيب الأطفال قبل أن تبلغ أعمارهم الزمنية السنة الثالثة، وتظهر أعراضه في ثلاثة مجالات رئيسة هي: ضعف القدرة على التفاعل الاجتماعي، وظهور سلوكيات نمطية بشكل متكرر، وضعف القدرة على التواصل مع المحيطين.

### دراسات وبحوث سابقة:

سيتم فيما يلي عرض لأهم الدراسات والبحوث السابقة التي فحصت متغيرات البحث الحالي: في الدراسة التي أجراها كل من رايتين وماسارو (Raiten and Massaro, 1986) حاول الباحثان التعرف على طبيعة التغذية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين حيث ضمت المجموعة الأولى (40) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد، بينما احتوت المجموعة الثانية على (34) طفلاً من الأطفال العاديين حيث طبق الباحثان على أمهاتهم

عدة أدوات منها مقياس لاضطراب التوحد، وآخر لمشكلات تناول الطعام، وقد أوضحت النتائج أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من مشكلات تناول الطعام أكثر من أقرانهم ذوي النمو الطبيعي، كما اعتبر الباحثان أن مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد تعد خاصة لهذا الاضطراب، وكانت مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين هؤلاء الأطفال هي: مشكلة فقدان الشهية للطعام، ومشكلة اشتهااء طعام غير طبيعي، وذلك مقارنة بمجموعة الأطفال ذوي النمو الطبيعي.

كما سعت دراسة روبل (Ruble, 1998) إلى فحص المشكلات السلوكية المنتشرة بين كل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والأطفال ذوي متلازمة داون، وقد تكونت عينة دراسته من (8) أطفال يعانون من اضطراب التوحد، و(8) أطفال من ذوي متلازمة داون، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة ما بين (6-12) سنة حيث طبق الباحث على أمهاتهم أو مقدمي الرعاية لهم مقياساً لاضطراب التوحد، ومقياساً لمشكلات تناول الطعام، وقد أوضحت هذه الدراسة ضمن نتائجها أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يقضون وقتاً طويلاً في تناول الطعام والشراب، ولكن هذا الوقت كان أقل من الوقت الذي يقضيه الأطفال ذوو متلازمة داون.

وفي محاولة لفحص عملية التغذية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد جاءت دراسة كورنيش (Cornish, 1998) حيث تكونت عينتها من (17) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (42-117) شهراً، حيث طبق الباحث على أمهاتهم مقياساً لعملية التغذية، وآخر لمشكلات تناول الطعام، وقد أوضحت النتائج أن نصف عينة الدراسة تقريباً كانوا يستهلكون يومياً كمية قليلة من المواد الغذائية المقررة لهم، وكانوا أقل تنوعاً للطعام، كما أوضحت النتائج أن أهم مشكلات تناول الطعام التي أظهرها الأطفال ذوو اضطراب التوحد هي بالترتيب: رفض الأطعمة

الجديدة، وتفضيل أصناف محددة من الطعام، وتفضيل إعداد الطعام بطريقة معينة، وترك مقعدهم قبل الانتهاء من تناول الوجبة، واستهلاك كميات كبيرة من السوائل.

كما أجرى كل من وليامز، ودالريمبل، ونيل (Williams, Dalrymple & Neal, 2000)

مسح لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث طبق الباحثون على مقدمي الرعاية لهؤلاء الأطفال مقياسي اضطراب التوحد، ومشكلات تناول الطعام، ومن أهم النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة أن (60%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد كانوا يأكلون كميات قليلة من الطعام، ويرفضون تناول الأطعمة الجديدة.

وسعت دراسة أهيرن، وكاستين، ونولت، وجرين (Ahearn, Castine, Nault & )

(Green, 2001) لفحص سلوكيات تناول الطعام لدى كل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والأطفال ذوي الاضطرابات النمائية غير المحددة، وقد تكونت عينة دراستهم من (30) طفلاً منهم (21) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد، و(8) أطفال يعانون من اضطراب نمائي غير محدد، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة ما بين (3) سنوات وتسعة أشهر إلى (14) سنة وشهرين، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي: مقياس لاضطراب التوحد، وآخر لاضطرابات النمائية، ومقياس لمشكلات تناول الطعام، وقد أوضحت هذه الدراسة ضمن نتائجها أن أكثر من نصف الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم تقبل ضعيف للأطعمة المقدمة لهم، كما كانوا أكثر انتقائية للطعام بناء على نوعه أو قوامه من أفراد مجموعة الاضطرابات النمائية غير المحددة.

كما فحص فيلد وآخرون (Field, Garland & Williams, 2003) مشكلات تناول

الطعام لدى الأطفال، وقد تكونت عينة دراستهم من (349) طفلاً منهم (225) طفلاً لديهم اضطرابات نمائية بما في ذلك اضطراب التوحد، و(124) طفلاً من العاديين، وقد طبق الباحثون على أفراد العينة عدة أدوات من بينها مقياس لاضطراب التوحد، وآخر لمشكلات تناول الطعام، ومن أهم

النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كانوا أكثر من الأطفال العاديين، ومن ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى في مشكلات تناول الطعام، وأن المشكلات الأكثر انتشاراً بينهم هي: انتقائية الطعام الذي يأكلونه، ثم تناول كمية قليلة من الطعام.

كما هدفت دراسة كل من سيكريك، ووليامز، وسميث، ( Schreck, Williams & Smith, 2004) إلى مقارنة مشكلات تناول الطعام بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم العاديين، وقد تكونت عينة دراستهم من (436) طفلاً تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (5- 12) سنة، منهم (138) طفلاً من ذوي اضطراب التوحد، و(298) طفلاً من أقرانهم العاديين حيث طبق الباحثون على أمهاتهم أو مقدمي الرعاية لهم قائمة لسلوك تناول الطعام لدى الأطفال Children's Eating Behavior Inventor ومقياس جيليام للتوحد، وقد توصلت النتائج إلى أن مشكلات تناول الطعام كانت تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد أكثر من أقرانهم العاديين حيث كانت أهم مشكلات تناول الطعام المنتشرة بينهم هي: رفض معظم أصناف الطعام (الفاكهة والخضروات ومنتجات الألبان والبروتينات والنشويات)، وتفضيل الأطعمة المقرمشة والمهروسة (مثل البطاطس) وكذلك الأطعمة ذات القوام الضعيف، وعدم تنوع الطعام الذي يأكلونه، كما كانوا يتميزون "بسلوكيات أكل طقوسية" (مثل طلب أطباق أو أدوات مائدة معينة أو تقديم الطعام لهم بطريقة معينة).

وفي الدراسة التي أجراها كل من شريك ووليامز، (Schreck & Williams, 2006) حاول الباحثان التعرف على العوامل المؤثرة على انتقاء الأطعمة وتفضيلها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تكونت عينة دراستهما من (175) طفلاً يعانون من اضطراب طيف التوحد حيث طبق الباحثان على أمهاتهم أو مقدمي الرعاية لهم مقياساً لاضطراب طيف التوحد، وآخر لمشكلات تناول الطعام، وقد أوضحت النتائج أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد رفضوا حوالي نصف الأطعمة

المقدمة لهم، كما كان قبولهم للطعام يرتبط بقبول أسرهم لهذا الطعام أكثر من ارتباطه بخصائص معينة لدى ذوي اضطراب التوحد.

كما هدفت دراسة كل من فودستاد، وماتسون (Fodstad & Matson, 2008) إلى التعرف على مشكلات تناول الطعام بين الراشدين ذوي الإعاقة الفكرية المصاحبة، وغير المصاحبة باضطراب التوحد، وقد تكونت عينة دراستهم من (60) فرداً بالغاً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18-69) سنة منهم (30) فرداً يعانون من إعاقة فكرية مصاحبة باضطراب طيف التوحد، و(30) فرداً يعانون من إعاقة فكرية فقط، وكانت أدوات الدراسة المستخدمة هي: مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، ومقياس لاضطراب التوحد، ومقياس لمشكلات تناول الطعام يضم مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ومهارات تناول الطعام، ومشكلات رفض الطعام، والمشكلات المتعلقة بعملية التغذية، وقد أظهرت النتائج أن المجموعة التي يعاني أفرادها من الإعاقة الفكرية المصاحبة باضطراب طيف التوحد تعاني من مشكلات تناول الطعام أكثر من أفراد المجموعة التي يعاني أفرادها من الإعاقة الفكرية فقط.

كما سعت دراسة كل من جونسون، وهاندن، ومايركوستا، وساكو (Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco, 2008) إلى مقارنة سلوك تناول الطعام لدى مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمجموعة من الأطفال العاديين، وقد تكونت عينة الدراسة من (19) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد، و(15) طفلاً من ذوي النمو الطبيعي الذي يكافئهم في العمر الزمني، وقد طبق الباحثون على أمهاتهم أو مقدمي الرعاية لهم مقياساً اضطراب التوحد، وآخر لسلوك تناول الطعام، وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من صعوبات في سلوكيات تناول الطعام أكثر من أقرانهم ذوي النمو الطبيعي، كما أظهرت النتائج أن أهم مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد هي بالترتيب: قذف الطعام، ورفض الطعام وفقاً لقوامه، أو لونه، أو نوعه.

كما فحصت دراسة كل من مارتين، ويونج، وروبسون (Martins, Young & Robson, 2008) سلوك تناول الطعام وعملية التغذية لدى كل من الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (164) طفلاً منهم (58) طفلاً لديهم اضطراب التوحد، و(106) طفلاً من العاديين ذوي النمو الطبيعي، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة ما بين (2-12) سنة حيث طبق الباحثون على أمهاتهم أو من يقومون برعايتهم عدة أدوات منها استبانة تقييم سلوك تناول الطعام لدى الأطفال، ومقياس اضطراب التوحد لدى الأطفال، ومن أهم النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة أن (67%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من مشكلات تناول الطعام مقابل (33%) من الأطفال العاديين، كما كان الأطفال ذوو اضطراب التوحد صغار السن يعانون من مشكلات تناول الطعام أكثر من الأطفال كبار السن، وأيضاً كانت مهارات الإطعام الذاتي لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد أقل من أقرانهم العاديين.

كما هدفت دراسة كسيا، وزو، وسن، وونج، ووو (Xia, Zhou, Sun, Wang & Wu, 2010) إلى فحص المشكلات الناتجة عن عملية التغذية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد تكونت عينة دراستهم من (111) طفلاً صينياً يعانون من اضطراب التوحد تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (2-9) سنوات، وقد طبق الباحثون على أمهاتهم أو من يقومون برعايتهم مقياساً لاضطراب التوحد، وآخر لمشكلات التغذية، ومن أهم النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة أن (8%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد كان لديهم سوء تغذية، و(60,4%) منهم كان لديهم ضعف في النمو بسبب قلة التغذية، و(31,5%) لديهم سمّة زائدة، وأن الانتقائية المفرطة للطعام كانت من أكثر مشكلات تناول الطعام التي يعان منها هؤلاء الأطفال.

## التعليق على الدراسات والبحوث السابقة:

على الرغم من اختلاف الدراسات والبحوث السابقة في أهدافها وتوجهاتها إلا أن الباحث

يمكنه أن يستخلص منها ما يلي:

1- أن بعض هذه الدراسات تكونت عيناتها من مجموعة واحدة احتوت على أطفال يعانون

من اضطراب التوحد ( Cornish, 1998,; Schreck, Williams & Smith, )

2004.; Schreck & Williams, 2006.; Xia, Zhou, Sun, Wang &

2010, Wu), والبعض الآخر منها تكونت عيناتها من مجموعتين حيث ضمت المجموعة

الأولى أطفالاً يعانون من اضطراب التوحد، بينما احتوت المجموعة الثانية على أطفال

عاديين ( Raiten and Massaro, 1986,; Field, Garland & Williams, )

2003.; Martins, Young & Robson, 2008.; Johnson, Handen,

2008, Mayer-Costa, & Sacco), أو أطفال يعانون من متلازمة داون ( Ruble, )

1998) أو من اضطراب نمائي غير محدد، ( Ahearn, Castine, Nault & Green, )

2001) في حين تكونت عينات البعض الآخر من هذه الدراسات من أفراد يعانون من

إعاقة فكرية مصاحبة باضطرابات طيف التوحد، وأفراداً يعانون من إعاقة فكرية فقط

(2008, Fodstad & Matson.; Williams, Dalrymple & Neal).

2- إن أهم الأدوات التي تم استخدامها في الدراسات السابقة تمثلت في: مقياس لاضطراب

التوحد، وآخر لمشكلات تناول الطعام: ( Raiten and Massaro, 1986.; Ruble, )

1998.; Williams, Dalrymple & Neal, 2000.; Field, Garland &

Williams, 2003.; Schreck & Williams, 2006.; Johnson, Handen,

2008, Mayer-Costa, & Sacco) أو مقياس لاضطراب التوحد وآخر للاضطرابات

النمائية، ومقياس لمشكلات تناول الطعام ( Ahearn, Castine, Nault and )

(Green, 2001) أو مقياس لاضطراب التوحد، وآخر لسلوك تناول الطعام (Schreck, Williams & Smith, 2004.; Martins, Young & Robson, 2008) أو مقياس لاضطراب التوحد، ومقياس لمشكلات التغذية (Xia, Zhou, Sun, Wang & Wu, 2010) وآخر لمشكلات تناول الطعام (Cornish, 1998) أو مقياس للذكاء، وآخر لاضطراب التوحد، ومقياس لمشكلات تناول الطعام (Fodstad & Matson, 2008).

3- إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من مشكلات تناول الطعام أكثر من أقرانهم ذوي النمو الطبيعي (Raiten & Massaro, 1986.; Field et al., 2003.; Schreck, Williams & Smith, 2004.; Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco, 2008.; Martins, Young, & Robson, 2008) ومن ذوي الإعاقة الفكرية (Fodstad & Matson, 2008)، ومن ذوي الاضطرابات النمائية غير المحددة (Ahearn, Castine, Nault, & Green, 2001) لدرجة أن بعض الباحثين اعتبروا أن مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد تعتبر خاصة لهذا الاضطراب (Raiten & Massaro, 1986).

4- إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يرفضون معظم أصناف الطعام (الفاكهة، والخضروات، ومنتجات الألبان، والبروتينات، والنشويات)، بالإضافة إلى أنهم ينتقون الطعام وفقاً لقوامه، أو لونه، أو نوعه (Ahearn, Castine, Nault, Green, 2001.; Field et al., 2003.; Schreck & Williams, 2006.; Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco, 2008) حيث يفضلون الأطعمة المقرمشة، والمهروسة (مثل البطاطس) وكذلك الأطعمة ذات القوام الضعيف، كما أن أنواع الأطعمة التي يأكلونها قليلة

- Cornish, 1998.; Schreck, Williams & Smith, ) التنوع مقارنة بالعاديين (2004).
- 5- إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون أيضاً من فقدان الشهية للطعام، واشتهاء طعام غير طبيعي (Raiten & Massaro, 1986)، ويقذفون الطعام (Schreck & Williams, 2006.; Johnson, Handen, Mayer-Costa, Sacco, 2008) بالإضافة إلى أنهم يقضون وقتاً طويلاً في تناول الوجبة (Ruble, 1998)، كما يتكون مقاعدتهم أثناء تناول الطعام، ويفضلون إعداد الطعام لهم بطريقة معينة، ويرفضون الأطعمة الجديدة، ويستهلكون كميات كبيرة من السوائل، (Cornish, 1998.; Williams, ) (Dalrymple & Neal, 2000).
- 6- إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد أقل تنوعاً للطعام (Cornish, 1998)، بالإضافة إلى أنهم يتناولون كمية قليلة من الطعام المقدم لهم (Williams, Dalrymple & Neal, ) (Xia, Zhou, Sun, ) (Wang & Wu, 2010) وذلك يعانون من ضعف في النمو بسبب قلة التغذية، والانتقائية المفرطة للطعام (2000.; Ahern, Castine, Nault, & Green, 2001).
- 7- إن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتميزون "بسلوكيات أكل طقوسية" مثل طلب أطباق أو أدوات مائدة معينة أو أن يقدم لهم الطعام بطريقة معينة (Schreck, Williams & Smith, 2004).
- 8- إن مشكلات تناول الطعام الشائعة بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن أكثر من تلك المشكلات لدى الأطفال كبار السن (Martins, Young, & Robson, ) (2008).

9- إن مهارات إطعام الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد أقل من أقرانهم العاديين

(Martins, Young, & Robson, 2008).

## **منهج البحث وإجراءاته: سيتم فيما يلي عرض لمنهج البحث وإجراءاته:**

### **أولاً: منهج البحث:**

استخدم الباحث في هذا البحث المنهج الوصفي بحدوده المعروفة لأنه المنهج الأكثر ملائمة

لمشكلة البحث الحالي وللأهداف التي يسعى إلى تحقيقها.

### **ثانياً: عينة البحث:**

تكونت عينة هذا البحث من (100) طفل يعانون من اضطراب التوحد منهم (62) طفلاً

من يلتحقون ببرنامج التوحد في معهد التربية الفكرية بشرق الرياض، و(38) طفلاً ممن يلتحقون ببرنامج

التوحد في معهد التربية الفكرية بغرب الرياض، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (8 - 13) سنة

بمتوسط عمري قدره (15، 10) سنوات وانحراف معياري (1,68)، وتم تحديد هذا المدى العمري

لأفراد العينة لأن الدراسات السابقة التي فحصت سلوك تناول الطعام لدى الأطفال بشكل عام

أوضحت أن سلوك تناول الطعام يتزن نسبياً في هذه المرحلة العمرية (Cashdan, 1994, Cornish, )

(1998; Nicklaus, Boggio, Chabanet & Issanchou, 2005).

### **ثالثاً: أدوات البحث:**

استخدم الباحث في هذا البحث أداتين هما: الإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد، ومقياس

مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وهما كما يلي:

## الإصدار الثاني لقياس جيليام للتوحد:

أعد جيليام "Gilliam" هذا المقياس في عام (1995) لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (3- 22) سنة، وفي عام (2006) أصدر الطبعة الثانية لهذا المقياس بعد أن قام بتنقيحه وعلاج بعض الأخطاء المنهجية التي ظهرت في طبعته الأولى، ويعتبر الإصدار الثاني لهذا المقياس من الأدوات المهمة التي تستخدم بكثرة وكفاءة في الوقت الراهن للكشف المبكر عن الأطفال المصابين باضطراب التوحد أو المعرضين للإصابة به، وقد أُعدَّ هذا المقياس للتطبيق الفردي أو الجماعي على أحد والدي الأفراد الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب التوحد.

ويتكون الإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد من (42) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية هي: السلوكيات النمطية، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، وذلك بواقع (14) عبارة في كل بعد حيث يضم بعد السلوكيات النمطية العبارات من (1- 14)، بينما يضم بعد التواصل العبارات من (15- 28) في حين يشتمل بعد التفاعل الاجتماعي على العبارات من (29- 42)، وتدرج الاستجابة على عبارات هذا المقياس إلى أربعة مستويات هي: أبدأً، والاستجابة بها تأخذ صفراً، ونادراً، والاستجابة بها تأخذ ثلاث درجات، وتتراوح الدرجة الكلية لكل بعد ما بين (صفر- 42) درجة، كما تتراوح الدرجة الكلية للمقياس (مجموع درجات أبعاده) ما بين (صفر- 126)، وتشير الدرجة المرتفعة للبعد إلى زيادة شدة أعراض اضطراب التوحد في هذا البعد والعكس صحيح، كما تشير الدرجة الكلية للمقياس إلى مستوى حدة أعراض هذا الاضطراب لدى الطفل.

ولقد قام الباحث الحالي في بحث سابق مشترك (التميمي، سيد أحمد، 2010) بالتحقق من صدق وثبات هذا المقياس من خلال تطبيقه على عينة مكونة من (90) فرداً ممن يعانون من اضطراب التوحد منهم (56) فرداً ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بشرق الرياض، و(34) فرداً ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بغرب الرياض، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (8- 18) سنة بمتوسط عمري

قدره (10,4) سنوات وانحراف معياري (1,88)، وقد تم التحقق من الصدق بعدة طرق هي: صدق المفردات، وصدق الأبعاد، والصدق العاملي حيث تم حساب صدق المفردات من خلال حساب معاملات الارتباط بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.723 - 0.339) وجميع هذه الارتباطات دالة عند مستوى (0.01)، وأما صدق الأبعاد فقد تم حسابه من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.875 - 0.456) وجميع هذه الارتباطات دالة عند مستوى (0.01)، بينما تم حساب الصدق العاملي من خلال التحليل العاملي التوكيدي لأبعاد المقياس الثلاثة وقد أظهرت النتائج تشبع الأبعاد الثلاثة لهذا المقياس على عامل عام واحد بجذر كامن قدره (2.144) ويفسر (71.48%) من التباين الكلي، وكانت التشبعات على هذا العامل هي: (0.897) لبعد السلوكيات النمطية، و(0.823) لبعد التواصل، و(0.814) لبعد التفاعل الاجتماعي.

وأما بالنسبة للثبات فقد تم حسابه بطريقتين هما ثبات العبارات ومعامل ألفا لكرونباخ، حيث تم حساب ثبات العبارات من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة العبارة في كل مرة، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.587 - 0.315) لبعد السلوكيات النمطية، وما بين (0.576 - 0.371) لبعد التواصل، وما بين (0.633 - 0.308) لبعد التفاعل الاجتماعي.

وأما ثبات العبارات فقد تم حسابه بمعامل "ألفا لكرونباخ" وقد تراوحت معاملات الثبات ما بين (0.908 - 0.905) لعبارات بعد السلوكيات النمطية، وما بين (0.908 - 0.904) لعبارات بعد التواصل، وما بين (0.908 - 0.905) لعبارات بعد التفاعل الاجتماعي، بينما بلغ معامل ألفا العام (0.909)، كما حُسب ثبات الأبعاد بطريقتي التجزئة النصفية، ومعامل ألفا لكرونباخ، وقد انحصرت قيم الثبات بمعادلة سبيرمان- براون ما بين (0.838 - 0.662)، بينما تراوحت قيم الثبات

دراسات تربوية ونفسية (مجلة كلية التربية بالزقازيق) العدد (83) الجزء الأول إبريل 2014  
بمعامل جتمان ما بين (0.656-0.837) في حين بلغ معامل "ألفا" (0.652) لبعده السلوكيات  
النمطية، و(0.862) لبعده التواصل، و(0.823) لبعده التفاعل الاجتماعي، كما بلغ معامل "ألفا"  
العام (0.959)، وجميع معاملات الصدق والثبات سالفة الذكر لهذا المقياس مرتفعة مما يطمئن  
لاستخدامه في الدراسة الحالية.

### مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

اشترك الباحث الحالي في إعداد مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب  
التوحد في بحث سابق (التميمي، وسيد أحمد، مقبول للنشر) وذلك وفقاً لما ورد في الدراسات السابقة  
عن مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد حيث تكون هذا المقياس من (30)  
عبارة موزعة على أربعة أبعاد رئيسة وهي الأبعاد التي أجمعت عليها وعلى عدد عباراتها مقياس  
مشكلات تناول الطعام المستخدمة في الدراسات السابقة الواردة في هذا البحث، وهذه الأبعاد هي: بعد  
السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام ويتكون من (10) عبارات، وبعد رفض الطعام ويتكون من (8)  
عبارات، وبعد المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب التوحد ويتكون من (8) عبارات، وبعد  
الانتقائية المفرطة للطعام ويتكون من (4) عبارات.

وتتدرج الاستجابة على عبارات هذا المقياس إلى أربعة مستويات هي: أبداً، والاستجابة بها  
تأخذ صفراً، ونادراً، والاستجابة بها تأخذ درجة واحدة، وأحياناً، والاستجابة بها تأخذ درجتين، ودائماً،  
والاستجابة بها تأخذ ثلاث درجات، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس (مجموع درجات أبعاده) ما بين  
(صفر - 90) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى زيادة حدة أعراض مشكلات تناول الطعام  
لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والعكس صحيح.

وقد تم التحقق من صدق هذا المقياس بعدة طرق هي: صدق المفردات، وصدق الأبعاد،  
والصدق العاملي حيث تراوحت معاملات ألفا للعبارات ما بين (0.491-0.885)، بينما تراوحت

معاملات ألفا للأبعاد ما بين (0.677-0.891) وجميعها معاملات مرتفعة، كما حسب الصدق أيضاً باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية على أبعاد المقياس الأربعة، وقد أظهرت النتائج تشبع جميع الأبعاد على عامل عام واحد بجذر كامن قدره (2.60) ويفسر (65.05%) من التباين الكلي، وكانت التشبعات على هذا العامل هي: (0.859) لبعده السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، و(0.757) لبعده رفض الطعام، و(0.861) لبعده المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء الطعام، (0.741) لبعده الانتقائية المفرطة للطعام، وجميع هذه النتائج تؤكد تمتع هذا المقياس بدرجات عالية من الصدق.

وأما ثبات هذا المقياس فقد تم حسابه بعدة طرق هي: طريقة الاتساق الداخلي، وطريقة التجزئة النصفية حيث تراوحت معاملات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه ما بين (0.470-0.775) لبعده السلوكيات المعرّقة، وما بين (0.488-0.694) لبعده رفض الطعام، وما بين (0.589-0.898) لبعده المشكلات السلوكية، وما بين (0.613-0.818) لبعده انتقائية الطعام، بينما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد وبعضها البعض ما بين (0.442-0.723)، في حين تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.670-0.893) وجميعها دال عند مستوى (0.01).

كما حسب ثبات هذا المقياس أيضاً بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملي سبيرمان-براون، وجتمان، حيث انحصرت بمعامل سبيرمان-براون ما بين (0.657-0.887)، في حين تراوحت بمعامل جتمان ما بين (0.652-0.884) وجميع هذه المعاملات مرتفعة مما يؤكد تمتع هذا المقياس بمعاملات ثبات مرتفعة.

#### رابعاً: إجراءات البحث:

اتبع الباحث الإجراءات التالية في هذا البحث:

- 1- إعداد الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث.
- 2- الحصول على موافقة وزارة التربية والتعليم السعودية لتطبيق أداتي البحث على عينة من والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يلتحقون ببرامج اضطراب التوحد الملحقه بمعاهد التربية الفكرية بمدينة الرياض.
- 3- تطبيق أداتي البحث على والدي عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد في معهدي التربية الفكرية بشرق، وغرب مدينة الرياض.
- 4- استلام أداتي البحث من الوالدين، وفرزها والتأكد من وجود مقياسي: اضطراب التوحد، ومشكلات تناول الطعام لكل طفل، واستبعاد المقياسين معاً في حالة عدم استكمال استجابة الوالدين على أحدهما أو كليهما.
- 5- معالجة البيانات إحصائياً، وعرض النتائج وتفسيرها في ضوء مشكلة البحث وأهدافه وأهميته.

#### خامساً: المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث المعالجات الإحصائية التالية:

- 1- مقاييس النزعة المركزية (المتوسط والوسيط).
- 2- مقاييس التشتت (المدى والانحراف المعياري).
- 3- معامل ارتباط بيرسون، سبيرمان براون.
- 4- معامل ارتباط جتمان.
- 5- اختبار "ت" t.test لمجموعة واحدة.
- 6- اختبار "ت" t.test للمجموعات المستقلة.
- 7- معامل ألفا لكرونباخ.

**سادساً: نتائج البحث ومناقشتها.**

سيتم في هذا الجزء عرض النتائج التي أسفر عنها هذا البحث، ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة، ومشكلة البحث، وأهدافه، وأهميته:

**السؤال الأول: ما مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب****التوحد؟**

وللإجابة عن هذا السؤال تم قسمة مجموع كل بعد من أبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال على عدد عباراته وذلك بسبب عدم تساوي عدد العبارات في أبعاد هذا المقياس، وقد جاءت النتائج على النحو المبين في الجدول (1).

**جدول (1)**

يبين مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط	المشكلات
الأولى	3.891	13.03	رفض الطعام
الثانية	3.979	12.36	الانتقائية المفرطة للطعام
الثالثة	3.218	10.87	السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام
الرابعة	2.370	6.98	المشكلات السلوكية

يتضح من الجدول (1) أن مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي بالترتيب: **مشكلات رفض الطعام** مثل مشكلات: رفض تناول الطفل للطعام في الوقت المحدد، ورفض الطفل أكل الأطعمة الجديدة، ورفضه لتنوع الأطعمة، ورفضه للأطعمة التي تحتاج إلى مضغ جيد، وتناول كمية قليلة من الطعام المقدم له، وغلق فمه بإحكام حتى لا يقوم القائمون على رعايته بإدخال الطعام في فمه، وهذه المشكلات يليها مشكلات **الانتقائية المفرطة للطعام** مثل مشكلات: تناول أنواع محددة من الطعام والإصرار عليها، وتفضيل أطعمة ذات مذاق أو لون أو قوام معين، ويعقبها مشكلات **السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام** مثل مشكلات: صراخ الطفل أو بكاءه

أثناء تناول الطعام، أو إدارة وجهه أو جسمه بعيداً عن الطعام، أو تركه للمائدة قبل الانتهاء من تناول الوجبة، أو بصقه للطعام وإخراجه من فمه، أو إصدار أصوات مزعجة أثناء تناول الطعام، أو قيامه بسلوكيات عدوانية، أو حركته المفرطة أثناء تناول الطعام، أو قضاء وقتاً طويلاً في تناول الطعام، فضلاً عن فشله في إطعام ذاته باستقلالية، وهذه المشكلات يليها المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء تناول الطعام مثل مشكلات: التمسك بالروتين اليومي المتبع في تناوله للطعام كأن يعد أو يقدم له الطعام بطريقة معينة، وبأدوات مائدة محددة، فضلاً عن عدم قدرته على تقليد الآخرين لعادات تناول الطعام الصحيحة، وكذلك عدم قدرته على التعبير اللفظي لحالات الجوع والشبع، وطلبه فقط الطعام الذي يستطيع نطق اسمه.

ويفسر الباحث هذه النتائج بأن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطراب حسي مما يجعلهم يبدون وكأنهم لا يشعرون بالجوع ولذلك يتناولون كميات قليلة من الطعام، كما يعاني معظم هؤلاء الأطفال من حساسية شديدة في حاستي الشم والتذوق مما يجعلهم يرفضون معظم أنواع الطعام إما لتكوينه، أو لطعمه، أو لرائحته، أو لقوامه، وهذا الأمر يجعلهم يرفضون معظم أنواع الطعام الذي يقدم لهم (Strobel & Hourihane, 2001.; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000)، وفضلاً عما سبق فإن الحساسية الشديدة التي يعاني منها هؤلاء الأطفال تزيد الطعم المشوق للطعام مما يجعلهم ينتقون الطعام الذي يتناولونه (Ahearn, 2001; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000.; Prontinicki, 1995).

كما يعاني معظم هؤلاء الأطفال من نقص في الإنزيمات اللازمة لتكسير بروتينات الجلوتين والكازين مما يؤدي إلى حدوث حساسية للأطعمة التي تحتوي على هذه البروتينات يترتب عليها حدوث تفضيل وانتقائية لأنواع معينة من الطعام (Whitely, Rodgers & Shattock, 2000)، ونظراً لعدم استساغة هؤلاء الأطفال لبعض أنواع الطعام الذي يقدم لهم ورفضهم له، لذلك فإنهم يقومون ببعض السلوكيات غير المرغوبة التي تعبر عن رفضهم لهذا الطعام مثل بصق الطعام، أو ترك المائدة قبل الانتهاء من تناول الطعام، أو رمي الطعام من فوق المائدة، أو الصراخ، أو كثرة الحركة أثناء تناول الطعام، أو قيامهم بسلوكيات عدوانية مما يجعلهم يتناولون كمية قليلة من الطعام المقدم لهم (Ahearn, 2001; Croen, Najjar, Ray, Lotspeich, & Bernal, 2006; McDermott, et al., 2006).

ونظراً لشيوع كثير من المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد مثل مشكلات التواصل لذلك فإنهم لا يستطيعون التعبير عن حالات الجوع والشبع، وكذلك التعبير عما يجوبونه وما لا يجوبونه من أنواع الطعام ( Totsika, Hastings, Emerson, Lancaster & Berridge, 1986; Raiten & Massaro, 2001.; Prontnicki, 1995; )، فضلاً عن أن مشكلات التواصل البصري التي يعانون منها تجعلهم ينظرون للآخرين بنظرات خاطفة مما يقلل من فترات تعلمهم لعادات تناول الطعام الصحيحة من المحيطين بهم ( Field, Garland & Williams, 2003.; Williams & Seiverling, 2010 ) بالإضافة إلى أن السلوك النمطي المتكرر الذي ينتشر بين هؤلاء الأطفال يجعلهم يقاومون بشدة أي تغيير يطرأ على حياتهم بما في ذلك رفضهم لتغيير أنواع معينة من الأطعمة التي تعودوا عليها، ولذلك نجدهم يطلبون بشكل متكرر أنواع محددة من الطعام وخصوصاً الأنواع التي يستطيعون نطق أسمها ( Cornish, 1998; Raiten & Massaro, 1986; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000 ).

وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي أوضحت أن مشكلات تناول الطعام التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي بالترتيب مشكلات رفض الطعام التي تتمثل في مشكلات: فقدان الشهية للطعام ( Raiten and Massaro, 1986.; Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001 ) وتناول كمية قليلة من الطعام ( Cornish, 1998.; Williams, Dalrymple & Neal, 2000.; Field, Garland & Williams, 2003 ) ورفض تناول الأطعمة الجديدة ( Ruble, 1998.; Williams, Dalrymple & Neal, 2000 ) وقضاء وقت طويل في تناول الطعام ( Ruble, 1998 ) وقلة تنوع الطعام ( Cornish, 1998.; Schreck, Williams & Smith, 2004.; Schreck & Williams, 2006 )، ويليهما مشكلات انتقائية الطعام التي تتمثل في: تفضيل أصناف محددة من الطعام بناءً على طريقة إعدادها ( Cornish, 1998 ) أو وفقاً لنوعه وقوامه ( Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001 ) ويعقبها مشكلات السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام مثل مشكلة ترك الأطفال ذوي اضطراب التوحد لمقاعدهم أثناء تناول الطعام ( Cornish, 1998 ).

بينما اختلفت نتائج البحث الحالي مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي بينت أن أهم مشكلات تناول الطعام التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي بالترتيب مشكلات الانتقائية: مثل مشكلات انتقائية الطعام الذي يأكلونه بناءً على نوعه ولونه وقوامه، ويليه مشكلات رفض الطعام مثل مشكلة تناولهم لكمية قليلة من الطعام الذي يقدم لهم في الوجبة (Field, Garland & Williams, 2003.; Schreck, Williams & Smith, 2004.; Xia, Zhou, Sun, Wang & Wu, 2010) ويعقبها المشكلات السلوكية التي تمثلت في تناولهم للطعام في أطباق أو أدوات مائدة معينة أو تقديمه لهم بطريقة معينة (Schreck, Williams & Smith, 2004).

كما اختلفت مع نتائج دراسة أخرى أظهرت نتائجها أن أهم مشكلات تناول الطعام التي تنتشر بين هؤلاء الأطفال هي بالترتيب السلوكيات المعرقة لتناول الطعام مثل مشكلة قذف الطعام، ويليه مشكلات انتقائية الطعام مثل مشكلات رفض الطعام وفقاً لقوامه أو لونه أو نوعه (Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco, 2008).

## السؤال الثاني: هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين أعراض اضطراب

### التوحد ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب معاملات الارتباط بين أعراض اضطراب التوحد، ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال باستخدام معامل ارتباط بيرسون وجاءت النتائج على النحو المبين في الجدول (2).

### جدول (2)

معاملات الارتباط بين أعراض اضطراب التوحد،

ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال (ن = 100).

أعراض اضطراب التوحد				مشكلات تناول الطعام
الدرجة الكلية	التفاعل الاجتماعي	التواصل	السلوكيات النمطية	
**0,499	**0,405	**0,412	**0,482	السلوكيات المعرقة
**0,593	**0,446	**0,525	**0,562	رفض الطعام
**0,569	**0,390	**0,508	**0,567	المشكلات السلوكية
**0,582	**0,459	**0,421	**0,637	انتقائية الطعام
**0,829	**0,633	**0,683	**0,833	الدرجة الكلية

\*\*دالة عند مستوى (0,01).

توصلت النتائج في الجدول (2) إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى (0,01) بين جميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس جيليام للتوحد، وجميع الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال، وهذا يعني أن جميع أعراض اضطراب التوحد التي تتمثل في السلوكيات النمطية، ومشكلات التواصل، وضعف القدرة على التفاعل الاجتماعي تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ويفسر الباحث هذه النتائج بأن أعراض النمطية التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد تجعلهم يقاومون بشدة أي تغيير يطرأ على حياتهم بما في ذلك رفضهم لتغيير أنواع معينة من الأطعمة التي يتناولها، حيث يصرون على أنواع معينة من الطعام، بل إنهم قد يتناول هذا الطعام بأدوات مائدة محددة في كل وجبة، كما تجعلهم أعراض النمطية أيضاً يستخدمون بعض الكلمات اللغوية التي يعرفونها بشكل متكرر وهذا بدوره يجعلهم يطلبون بشكل متكرر أنواع الطعام التي يستطيعون نطق أسمها، ( Cornish, 1998; Raiten & Massaro, 1986; Whitely, Rodgers & Shattock, 2000; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000).

وأما بالنسبة لأعراض ضعف القدرة على التواصل التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد فإنها تجعلهم لا يستطيعون التعبير عن احتياجاتهم الغذائية بشكل صحيح مثل عدم قدرتهم على التعبير عن حالات الجوع والشبع، وكذلك التعبير عما يحبونه وما لا يحبونه من أنواع الطعام مما يؤثر سلباً على تلبية احتياجاتهم الغذائية (Field, Garland & Williams, 2003).

كما نجد أن ضعف القدرة على التفاعل الاجتماعي التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد تجعلهم ينظرون للآخرين وللأشياء بنظرات خاطفة مما يقلل من فرص تقليدهم لسلوكيات تناول الطعام الصحيحة التي يقوم بها المحيطون بهم، ولذلك نجد أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من

ضعف في مهارات تناول الطعام بشكل صحيح مثل ضعف مهارة إطعام الذات ( Rurangirwa, )  
(Van Naarden, Schendel & Yeargin-Allsopp, 2006) ومهارات الاستخدام الصحيح  
لأدوات المائدة (Williams & Seiverling, 2010).

وتتفق هذه النتائج مع ما أسفرت عنه بعض الدراسات السابقة في نتائجها والتي أوضحت أن  
معدل انتشار مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يرتفع عن أقرانهم ذوي النمو  
الطبيعي ( Raiten and Massaro, 1986.; Field et al., 2003.; Schreck, Williams )  
& Smith, 2004.; Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco, 2008.;  
(Martins, Young, & Robson, 2008) لدرجة أن بعض الباحثين اعتبروا أن مشكلات تناول  
الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد تعد بمثابة خاصية لهذا الاضطراب ( Raiten and  
Massaro, 1986)، فضلاً عن أنهم ينتقون الطعام وفقاً لقوامه أو لونه أو نوعه ( Ahearn,  
Castine, Nault and Green, 2001.; Field, Garland & Williams,. 2003.;  
Schreck and Williams, 2006.; Johnson, Handen, Mayer-Costa, & Sacco,  
2008) كما أنهم يتميزون "بسلوكيات أكل طقوسية" مثل أكل أطعمة معينة والإصرار عليها، وطلب  
أطباق أو أدوات مائدة محددة، أو أن يقدم لهم الطعام بطريقة معينة ( Schreck, Williams &  
Smith, 2004)، ونظراً لأنهم يفتقدون بعض مهارات تناول الطعام الصحيحة لذلك فإنهم يتجاهلون  
الطعام الذي يتطلب هذه المهارات التي يفتقدونها (Martins, Young, & Robson, 2008).  
بينما اختلفت هذه النتائج مع أسفرت عنه دراسة (Schreck & Williams, 2006) في  
نتائجها والتي أوضحت أن قبول الأطفال ذوي اضطراب التوحد للطعام كان يرتبط بقبول أسرهم لهذا  
الطعام أكثر من ارتباطه بخصائص معينة لدى ذوي اضطراب التوحد.

**السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب****التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام؟**

وللإجابة عن هذا السؤال تم حساب الفروق بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن

وكبار السن في مشكلات تناول الطعام باستخدام اختبار "ت" t.test للمجموعات المستقلة، وجاءت

النتائج على النحو الموضح في الجدول (3).

**جدول (3)**

قيمة "ت" ومستوى دلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات الأطفال ذوي اضطراب

التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام

البعد	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام	مجموعة الأصغر سناً	58	10,966	3,212	0,347	0,729
	مجموعة الأكبر سناً	42	10,738	3,262		
رفض الطعام	مجموعة الأصغر سناً	58	12,483	3,743	1,668	0,099
	مجموعة الأكبر سناً	42	13,786	4,009		
المشكلات السلوكية	مجموعة الأصغر سناً	58	6,690	2,062	1,448	0,151
	مجموعة الأكبر سناً	42	7,381	2,714		
الانتقائية المفرطة للطعام	مجموعة الأصغر سناً	58	12,172	3,961	0,552	0,582
	مجموعة الأكبر سناً	42	12,619	4,036		
الدرجة الكلية	مجموعة الأصغر سناً	58	42,310	8,572	1,197	0,234
	مجموعة الأكبر سناً	42	44,524	9,843		

توصلت النتائج في الجدول (3) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي

اضطراب التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام، ويفسر الباحث هذه النتائج بأنه

وفقاً لنتائج الفرض السابق فإن أعراض اضطراب التوحد ترتبط بمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال،

ونظراً لأن أعراض اضطراب التوحد لا تنخفض لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد بتقدم أعمارهم الزمنية، ونظراً أيضاً لأن مشكلات تناول الطعام تنتشر بكثرة بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد لدرجة أن بعض الباحثين اعتبروا أن هذه المشكلات من خواص اضطراب التوحد ( Raiten & Massaro, 1986)، لذلك فإن حدة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا تنخفض هي الأخرى لدى هؤلاء الأطفال بتقدم أعمارهم الزمنية.

وتختلف هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن وكبار السن في مشكلات تناول الطعام لصالح الأطفال كبار السن بمعنى أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد صغار السن كانوا يعانون من مشكلات تناول الطعام أكثر من الأطفال كبار السن (Martins, Young & Robson, 2008)، وأن الأطعمة التي يتقبلها الأطفال ذوي اضطراب التوحد تزداد بزيادة أعمارهم الزمنية (Cashdan 1994; Pliner 1994; Pliner & Loewen 1997).

## التوصيات:

بناءً على ما ورد في الإطار النظري والدراسات السابقة، وما أسفرت عنه نتائج البحث الحالي

يوصي الباحث بما يلي:

- 1- ضرورة إجراء دراسات تضم أعداد كبيرة وفئات عمرية مختلفة تشمل الذكور والإناث للكشف عن مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد ومقارنة تلك المشكلات بينهم وفقاً للأعمار الزمنية، وللنوع.
- 2- عرض الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يعانون من مشكلات تناول الطعام على متخصصين في التغذية حتى يقوموا بإعداد برامج غذائية لهم تعوضهم عن النقص في كمية أو نوعية الطعام الذي يتناولونه لكي يجنبوهم التعرض لمخاطر سوء التغذية.
- 3- عمل برامج توعية للوالدين ولمن يقومون برعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد على كيفية التعامل مع مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوو اضطراب التوحد.

## المراجع

- 1- أبو هاشم، السيد (2004). الدليل الإحصائي في تحليل البيانات باستخدام SPSS. الرياض: مكتبة الرشد.
- 2- التميمي، أحمد عبد العزيز؛ سيد أحمد، السيد علي (2010). الخصائص السيكومترية للإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد على عينة من البيئة السعودية، الرياض، مجلة الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، العدد (17)، ص ص (85-108).
- 3- التميمي، أحمد عبد العزيز؛ سيد أحمد، السيد علي (مقبول للنشر). الخصائص السيكومترية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة العلوم التربوية- كلية التربية جامعة الملك سعود.
- 4- Ahearn, W. (2001). Help My son eats only macaroni and cheese: Dealing with feeding problems in children with autism. In Making a difference: Behavioral intervention for autism. (pp. 51-73). Austin: PRO-ED, Inc.
- 5- Ahearn, W., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism and Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31,505-511.
- 6- American Psychiatric Association. ( 2010 ) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- 7- Babbitt, R., Hoch, T., Coe, D., Cataldo, M., Kelly, K., Stackhouse, C., & Perman, J. (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 278-291.
- 8- Black, C., Kaye, J., & 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.
- 9- Brien, O.; Repp, S.; Williams, A. & Christophersen, G. (1991). Pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*, 15 (3), 394-418.
- 10- Cashdan, E. (1994). A sensitive period for learning about food. *Human Nature*, 5(3), 279-291.
- 11- Cornish, E. (1998). A balanced approach towards healthy eating in autism. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 501-509.
- 12- Croen, L. A., Najjar, D. V., Ray, G. T., Lotspeich, 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.
- 13- Eicher, P. (1997). Feeding. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (4th ed., pp. 621-641). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing.
- 14- Erickson, C., Stigler, K., Corkins, M., Posey, D., Fitzgerald, J. & McDougle, C. (2005). Gastrointestinal factors in autistic

- disorder: a critical review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(6), 713-727.
- 15- Gravestock, S. (2000). Eating disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 625-637.
- 16- Fodstad, J. & Matson, J. (2008). A comparison of feeding and mealtime problems in adults with intellectual disabilities with and without autism, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 541- 550.
- 17- Fredericks, D., Carr, J. & Williams, W. (1998). Overview of the treatment of rumination disorder for adults in a residential setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29 (1), 31-40.
- 18- Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatric Child Health*, 39, 299-304.
- 19- Luiselli, J. (1989). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders in developmental disabilities. In: M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, 24, 91-131. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- 20- Martins, Y., Young, R. & Robson, D. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children,. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38,1878-1887.

- 21- Mason-Brothers, A., Ritvo, E., Freeman, B., Jorde, L., Pingree, C., McMahon, W., et al. (1993). The UCLA-University of Utah epidemiological survey of autism: Recurrent infections. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 2(2), 79-90.
- 22- Matson, J. & Kuhn, D. (2001). Identifying feeding problems in mentally retarded persons: Development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). *Research in Developmental Disabilities*, 22 (2), 165-172.
- 23- Munk, D., & Repp, A. (1994). Behavioral assessment of feeding problems of individuals with severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 241-250.
- 24- Nicholls, D., Randall, C. and Lask, B. (2001). "Selective eating: symptom, disorder or normal variant," *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, (2), 257-270.
- 25- Nicklaus, S., Boggio, V., Chabanet, C., & Issanchou, S. (2005). A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite*, 44(3), 289-297.
- 26- Keen, D. (2008). Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy, Seven case studies, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17,209-216.
- 27- Kerwin, M., Eicher, P. and Gelsinger, J. (2005). "Parental report of eating problems and gastrointestinal symptoms in children with pervasive developmental disorders," *Children's Health Care*, 34, (3), 217-234.

- 28- Prontnicki, J. (1995). Presentation: Symptomatology and etiology of dysphagia. In S. Rosenthal, J. J. Sheppard & M. Lotze (Eds.), *Dysphagia and the child with developmental disabilities: Medical, clinical, and family interventions* (pp. 1-14). San Diego: Singular Publishing Group.
- 29- Raiten, D. & Massaro, T. (1986). Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16(2), 133-143.
- 30- Reichelt, K. & Knivsberg, A. (2003). Can the pathophysiology of autism be explained by the nature of the discovered urine peptides? *Nutritional Neuroscience*. 6 (1), 19-28.
- 31- Ruble, L. (1998). Comparative study of the natural habitat behaviors of children with autism and children with down syndrome: An ecological approach. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(5-B), 2459.
- 32- Rurangirwa, J., Van Naarden, K., Schendel, D., & Yeargin-Allsopp, M. (2006). Healthy behaviors and lifestyles in young adults with a history of developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 27,381-399.
- 33- Riordan, M., Iwata, B., Wohl, M. & Finney, J. (1984). Behavioral treatment of food refusal and selectivity in developmentally disabled children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 95-112.
- 34- Jacobi, C., Agras, S., Bryson, S. & Hammer, L. (2003). "Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky

- eating in childhood," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, (1), pp. 76-84.
- 35- Johnson, C., Handen, B., Mayer-Costa, M. & Sacco, K. (2008). Eating Habits and Dietary Status in Young Children with Autism, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 437- 448.
- 36- Totsika, V., Hastings, R, Emerson, E., Lancaster, G. & Berridge, D. (2001). A population-based investigation of behavioral and emotional problems and maternal mental health: associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, (1), 91-99.
- 37- 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.
- 38- Shattock, P. & Lowdon, G. (1991). Proteins, peptides and autism. *Brain Dysfunction*, 4, 323-334.
- 39- Schreck, K. & Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), 353-363.
- 40- Schreck, K., Williams, K. & Smith, A. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 433-438.

- 41- Seiverling, L.; Williams, K. & Sturmey, P. (2010). Assessment of Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorders,. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22, 401-413.
- 42- Strobel, S. & Hourihane, J. (2001). Gastrointestinal allergy: clinical symptoms and immunological mechanisms. *Pediatric Allergy and Immunology*, 12, Supplement 14, 43 -46.
- 43- Sullivan, P., Lambert, B., Rose, M., Ford-Adams, M., Johnson, A., & Griffiths, P. (2000). Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42 (10), 674-680.
- 44- McDermott, M., McVicar, K., Rapin, I., Wershil, B., Cohen, H., & Shinnar, S. (2006). Frequency of gastrointestinal symptoms in children with autistic spectrum disorders and association with family history of autoimmune disease. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), S 128—S 136.
- 45- Whitely, 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.
- 46- Whitely, P., Rodgers, J., & Shattock, P. (2000). Commentary: Feeding patterns in autism. *Autism*, 4(2), 207-211.
- 47- Williams, P., Dakymple, N., & Neal, J. (2000). Eating habits of children with autism. *Pediatric Nursing*, 26(3), 259-264.

- 48- Williams, K. & Seiverling, L. (2010). Eating problems in children with autism spectrum disorders. *Topics in Clinical Nutrition*, 25, 27-37.
- 49- Xia, W. ; Zhou, Y.; Sun, C, Wang, J & Wu, L. (2010). A preliminary study on nutritional status and intake in Chinese children with autism, *European Journal of Pediatrics*, 169, pp: 1201-1206.