فعالية برنامج تدريبي في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

د/ هالة أحمد سليمان حسنين [١]

مستخلص:

هدفت الدراسة الحالية التحقق من فعالية برنامج تدريبي مؤلف من (٣٠) جلسة تدريبية في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تضمنت أدوات الدراسة مقياس مشكلات الأكل (إعداد الباحثة)، والبرنامج التدريبي (إعداد الباحثة). تألفت عينة الدراسة من (٥) أطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بدرجة متوسطة، بلغ متوسط أعمارهم خمسة أعوام وأربعة أشهر، وأمهاتهم. باستخدام المنهج شبة التجريبي، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، وهي: وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد– برنامج تدريبي– مشكلات الأكل.

ABASTRCT

The efficacy of a training program in mitigation some eating problems among children with autism spectrum disorder

Presented by

Dr/ Hala Ahmad Solaiman Hasanen

Special Education Department – Faculty of Education

Al-Imam Mohammad Ibn Saud University - KSA

The aim of the present study is proving the efficacy of a training program consisted of (30) training sessions to mitigate some eating problems among children with autism spectrum disorder. Study instruments included eating problems scale (prepared by the researcher), and the training program (prepared by the researcher). Study sample included 5

[١] قسم التربية الخاصة – كلية التربية جامعة الإمام محمد بن سعود - السعودية

autistic children, with moderate degree of autism, their mean age is five years and four months, and their mothers. The study used quasi-experimental method, and the study concluded the following results: there are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the pre and post measurements on eating problems scale for children with autism, in favor of post measurement. There are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental group in the post measurement and follow-up on eating problems scale.

Key words: autism spectrum disorder – training program – eating problems.

مقدمة الدراسة:

اضطراب طيف التوحد(Autism Spectrum Disorder (ASD هو اضطراب عصبي نمائي يستمر مدى الحياة، ويبدأ تشخيصه في مرحلة الطفولة المبكرة، ومن خصائص هذا الاضطراب الضعف أو الخلل في ثلاثة جوانب رئيسة، هي التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية التكرارية. وغالباً ما يعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد-أيضاً- من مشكلات صحية ونفسية، مثل اضطرابات النوم، ومشكلات الأكل، والأعراض المعدية المعوية، وصعوبات التعلم، والقلق، وعدم الاستقرار الانفعالي، والعديد من هذه المشكلات يمكن أن يتعرض لها الأطفال ذوو النمو الطبيعي أيضاً (Safiza, & Lecouteur, 2015).

وبالإضافة إلى الخصائص التشخيصية الرئيسة، غالباً ما يعاني الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد من العديد من السلوكيات المضطربة، مثل إيذاء الذات، ونوبات الغضب الشديدة، ومشكلات الأكل، والعدوانية، ومشكلات استخدام دورة المياه، واضطرابات النوم (Seiverling, et al., 2010). ، وتتبنى الباحثة التوجه الذي يرى أن مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيب التوحد هى مشكلة سلوكية وليست نفسية ويرجع ذلك إلى خصائص الطفل التوحدي، كما ترى أن الأسباب النفسية المؤدية لمشكلات الأكل لا تتوفر في عينة الدراسة الحالية.

وإذا كان الأكل يمثل أهمية كبيرة للإنسان، لأنه يتعلق بالنمو السليم واستمرار الحياة، فإن مشكلات الأكل المزمنة تعرض الأطفال لخطر متعدد الجوانب، يشمل سوء التغذية، وتأخر النمو، والإجراءات الطبية الشاملة (مثل وضع أنبوب للإطعام)، والقصور الاجتماعي والنفسي، وضعف الإنجاز الأكاديمي (Sharp et al., 2010). ويتفق ذلك مع نتائج دراسة قراقيش (٢٠١٧) التي أكدت أن مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد أحد أهم التحديات للطفل وأسرته، وأن من أهم المشكلات المرتبطة بتناول الطعام هي الانتقائية المفرطة في تناول الطعام، تليها مشكلة رفض الطعام.

وغالباً ما تكون أسباب مشكلات الأكل في الطفولة معقدة ومتعددة العوامل، مثل الجوانب الحيوية، والقصور في معالجة المدخلات الحسية، سواء البصرية، أو الشمية، أو التذوقية (Seiverling et al., 2019).

ويعاني حوالي ٤٦٪ إلى ٨٩٪ من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من مشكلات في تناول الطعام وعادات الأكل (Seiverling et al., 2011)، ومعظم ما نعرفه عن أنماط الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مبني على خبرات سريرية طبية تصف أنماط الأكل غير المعتادة لدى هؤلاء الأطفال، ورفضهم للطعام، وإظهارهم استجابات انفعالية قوية للأطعمة الجديدة (Ahearn et al., 2001). وانتقائية الطعام (وفقاً للنوع، والملمس، والمظهر) هي مشكلة الأكل الأكثر ارتباطاً بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مع التفضيل القوى - عادةً- للكربوهيدرات، والوجبات الخفيفة، والأطعمة المعالجة، ورفض الفواكه والخضروات (Williams et al., 2005). وبصفة عامة تنقسم هذه المشكلات إلى ثلاث فئات: (١) انتقائية الطعام بناءً على النوع والملمس والشكل؛ (٢) رفض الطعام؛ (٣) السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الوجبات (Ahearn et al., 2001).

وفي الواقع، تتزايد مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لخمسة أضعاف هذه المشكلات لدى الأطفال ذوي النمو الطبيعي (Sharp et al., 2010)، ويمثل ذلك عبئاً على الأسرة، حيث إنها تقوم بإعداد أطعمة خاصة، وتُحرَم من المشاركة في المناسبات الاجتماعية التي تحتوي على أنواع مختلفة من الطعام (Schreck,& Williams, 2006)،وإذا كانت مشاركة الوجبات في المناسبات الاجتماعية يشجع الطفل ذا النمو الطبيعي على تنويع الأصناف التي يتناولها، فإن الطفل ذا اضطراب طيف التوحد يقيد نفسه بخيارات محدودة (Emond et al., 2010،كما أن المتطلبات الاجتماعية للوجبات يمكن أن تجعل هذا الوقت صعباً على ذوي اضطراب طيف التوحد، مما يؤدى إلى السلوكيات التجنبية.

وأوضحت عدة دراسات ومنها .Johnson et al,(٢٠١٤) أن السلوك العدواني أثناء الوجبات أكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو ما يسبب القلق الوالدي(Rogers et al., 2012). وفي دراسة صغيرة أجرت مقابلات مع (١٤) أم لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، أوضحت الأمهات أن انتقائية الطعام لدى الأطفال حدت من الخيارات الغذائية لأفراد الأسرة الآخرين، وأن أوقات الوجبات كان ينقصها التفاعل الإيجابي (Marquenie et al., 2011). وقابل (Auderau,& Jaurez, 2013) ست أمهات لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث أوضحن أن وقت الوجبات يمثل مصدراً للضغط والتوتر، وليس مصدراً لاستمتاع للأسر، ووثقت دراسة أخرى شملت والدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لإصرار هؤلاء الأطفال على التشابه والتماثل (مثل إصرارهم على إعداد الطعام وتقديمه بطرية محددة)، ورفضهم المجيء إلى المائدة، وصعوبة الجلوس للأكل، وقذف الطعام (Rogers et al,. 2012).

ولأهمية دراسة مشكلات تناول الطعام من مناحي كثيرة، اهتمت دراسة شارب وآخرين (Sharp et al., 2013) بالملاحظة المقننة لوقت وجبة الأكل للطفل ذي اضطراب التوحد، وذلك باستخدام مقياس تناول الطعام المفضل، ومقياس سلوك الأطفال ذوى اضطراب التوحد أثناء وقت تناول وجبة الطعام، وذلك على عينة قوامها (٣٠) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين٣-٨

سنوات، في محاولة لتقييم مدى التطابق بين الملاحظة المباشرة وتقارير الوالدين لاهتمامات تناول الطعام والحمية لدى أطفال التوحد. وخلال ملاحظة وقت تناول وجبة الطعام أظهر (١٤) طفلا إما رفضاً، وعددهم (٨) أطفال، أو قبولا، وعددهم (٦) أطفال لكل الطعام، بينما أظهر الأطفال المتبقون، وعددهم (١٦) طفلا، أنماطا مختارة للتقبل، اعتمادا على النوع، أو/ وبنية الطعام. وقد ظهر بين أفراد المجموعة الأخيرة أن الخضروات أكثر أنواع الطعام رفضا، وبشكل مستمر ومتكرر خلال الملاحظة السلوكية، وهو ما أكدته-أيضاً- تقارير الوالدين للعينة. وقد أظهرت الدراسة أن زيادة انتقائية الطعام ترتبط إيجابا بالمشكلات السلوكية خلال الملاحظة، في حين تبين عدم ارتباط شدة اضطرابات التوحد وبيانات الطعام.

ويمكن أن تكون المشكلات السابقة مزمنة، وتؤثر سلبياً على الأسرة، الأمر الذي يتطلب أن تكون الأسرة طرفاً في أي تدخل، وخاصة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والبحث عن الإجراءات السلوكية التي تخفف من مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد للحد من الروتين اليومي في عادات الأكل، وتدريب الطفل على الأنشطة الحسية (البصرية، واللمسية، والشمية، والسمعية.. الخ)، وتشجيعهم على الجلوس أثناء الطعام مع الأسرة دون استثناء(Bennetto, et al., 2012).

مشكلة الدراسة:

اضطراب طيف التوحدAutism Spectrum Disorder (ASD)هو اضطراب عصبي نمائي يتسم بقصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، وبالأنماط السلوكية التكرارية النمطية. ويزداد معدل إصابة الذكور بالأعراض عن الإناث، وتتفاوت الأعراض، من حيث الشدة، من الخفيفة إلى العميقة(Ma et al., 2016). وتنتشر مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد بمعدل خمسة أضعاف الأطفال العاديين، بالرغم من الاهتمام المحدود بتقييم سلوك الأكل لدى هذه الفئة (Seiverling et al., 2010). وجذبت هذه المسألة اهتمام الباحثين على مدار الـ١٠-١٥ عاماً الأخيرة (Curtin et al.,2015)، لذلك تعد مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من المشكلات التي يصعب على الأخصائيين والوالدين مواجهتها، خاصة إذا أصبحت ملحة وطويلة المدى (Safiza,& Lecouteur, 2015).

وتعتبر الانتقائية في تناول الطعام هي أحد التحديات التي يواجهها الأطفال ذوو اضطراب التوحد، وبالنسبة للأطفال ذوي الاستجابات الفريدة للمعلومات الحسية، يعتبر الأكل مصدراً للصعوبات المستمرة (Sharp et al., 2013). ويمكن أن يصر الأطفال على تناول وجبات متشابهة يومياً، ويمكن أن يزعجهم أقل تغيير عن النظام الروتيني. وتناول أغذية محدودة لفترات طويلة يمكن أن يؤدى إلى مخاطر صحية تؤثر على نمو الأطفال (Cermak et al., 2010)، وينطبق علي كثير من هؤلاء الأطفال معايير اضطراب تجنب تناول الطعام/ الطعام المقيد، وهو فئة تشخيصية جديدة في قسم اضطرابات الطعام والأكل في الدليل الإحصائي والتشخيص للاضطرابات النفسية(American Psychiatric Association, 2013).

والأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد لا ينتقون ما يأكلونه فقط، ولكن غالباً ما تكون لديهم ردود فعل شديدة تجاه ملمس، ورائحة، وشكل الطعام نتيجة تحسسهم لبعض العناصر الغذائية مثل الحليب والقمح والجلوتين(Rogers et al., 2012)، مما يجعل أوقات الوجبات صعبة على الأسرة، بالإضافة إلى عدم القدرة على تناول الوجبات خارج المنزل.

لذلك، فإن التحكم في مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد يمكن أن يكون صعباً جداً بالنسبة للأسر والأخصائيين، لأن هذه المشكلات تكون معقدة، حيث إنها تتضمن مزيجاً من العوامل، مثل سمات التوحد، وأداء الطفل، وممارسات الوالدين المرتبطة بعادات الأكل، وهناك تقارير توضح أنه بالنسبة لبعض الأطفال ذوى اضطراب التوحد يمكن أن تتداخل مشكلات الأكل مع الأعراض المَعِدِية المعوية الأخرى، وكذلك بعض سمات التوحد، مثل الجمود السلوكي، والصعوبات الحسية كذلك، وهذا يجعل والدي هؤلاء الأطفال يعانون من معدلات مرتفعة من التوتر مقارنة بأولياء أمور الأطفال ذوى الإعاقات الأخرى (Safiza,& Lecouteur, 2015)، الأمر الذي يتطلب توفير برامج توعوية وتدريبية لأسر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، وهناك العديد من التعريفات لبرامج تعليم الوالدين، منها تعريفها بأنها الأنشطة النظامية التي يقوم المختصون بتطبيقها لمساعدة الوالدين في تحقيق أهداف ونتائج محددة مع أطفالهم، أو التدخلات التي تهدف تحسين مهارة الوالدين لزيادة صحة، وأمان، ونمو أطفالهم، حيث يتعلم الوالدان كيفية التعامل مع السلوكيات المشكلة، وزيادة الاستقلالية في مهارات الحياة اليومية، وتشجيع التواصل الوظيفي، وزيادة مهارات اللعب لدى الطفل، مما يساعده في اكتساب المهارات، وتسهيل محافظته عليها، وزيادة تعميمها عبر الأشخاص، والأوضاع، والسلوك. وبالرغم من أن معظم برامج تعليم الوالدين تميل إلى مواجهة الأعراض الأساسية لاضطراب التوحد (مثل: مشكلات التواصل والتفاعل الاجتماعي)، أو السلوك المشكل (مثل: عدم الامتثال، والعدوان)، فإن هناك برامج أخرى تواجه حالات أكثر تحديداً (مثل: النوم، واستخدام الحمَّام، والتغذية) (الغنيمي، ٢٠١٧)، وبالتالي تعد مشكلة الأكل مشكلة تتطلب التدخل في المراحل المبكرة حتى لا تؤثر بالسلب -مستقبلاً- على جوانب النمو للطفل ذي اضطراب طيف التوحد.

بالإضافة إلي ما سبق، لاحظت الباحثة العديد من السلوكيات المرتبطة بالأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد الملتحقين بمؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (SERO) بمدينة بنها بمحافظة القليوبية، وخاصة السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والانتقائية في تناول الطعام لكثير من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بالمؤسسة، وشكوى المدرسة من تكرار هذه العادات السلوكية الخاطئة، الأمر الذي تطلب دعوة أولياء الأمور، خاصة الأمهات، لمناقشة هذه المشاكل المرتبطة بأطفالهم، وأهم السلوكيات التي يلاحظها أولياء الأمور أثناء تناول أطفالهم الطعام، حيث اتضح أن الأسر -أيضاً- تعاني مع أبنائها دون إبلاغ المؤسسة بذلك، واتضح من المقابلات ضعف الوعي المعلوماتي للأمهات عن الأطعمة التي يرفض الطفل تناولها طبقا لخاصية اللون، والرائحة، والشم ...الخ، والاكتفاء بالأطعمة التي يفضلها الطفل–فقط- والعمل على إشباع رغباته في الأكل المفضل لديه بغض النظر عن مدى توافر القيمة الغذائية له من عدمه، وغير ذلك من معلومات خاطئة من المحيطين بهم عن مشاكل الأكل لأطفالهم، وأنه سوف يتخطى هذه المشاكل مستقبلا مع تقدم العمر، وأنه

سوف يأكل حينما يشعر بالجوع، أو سوف يأكل ما يجبر عليه ...الخ، وغير ذلك من أفكار ومعلومات خاطئة، وممارسات سلبية قد تجعل الطفل أكثر عرضة للمخاطر الصحية والاجتماعية والأكاديمية بعد ذلك، ونظراً لأن فريق العمل بالمؤسسة فريق مهني متخصص، يقوم بالاطلاع على الوجبات المرسلة مع الطفل يوميا إلى المؤسسة، والتي اتضح أنها نمطية، وروتينية، ومتكررة دون تغيير، رغم الطلب المستمر للأمهات بتنوع الوجبات دون اهتمام، الأمر الذي دفع الباحثة وفريق العمل بالمؤسسة إلي العمل على وضع برنامج تدريبي للأطفال في المؤسسة بشراكة الأمهات في بعض الجلسات لدراسة سلوكيات الأكل للطفل، والظرف التي تحدث فيها خلال الوجبات ضمن سياق الأسرة، بالإضافة إلي جلسات توعوية للأمهات، بحيث تكون المؤسسة والبيت في خط متوازن في خطة الطفل لضمان نجاح التدخل واستمرارية السلوك الإيجابي للأكل داخل المؤسسة وخارجها.

وبالتالي، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الآتي: **ما فعالية برنامج تدريبي في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟**

١- هل يوجد اختلاف بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده الفرعية؟

٢-هل يوجد اختلاف بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده الفرعية؟

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلي تخفيف بعض مشكلات الأكل لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال البرنامج التدريبي، ومعرفة مدي استمرارية تأثير البرنامج –إن وجد– إلى ما بعد الانتهاء البرنامج خلال فترة المتابعة.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

تنبع الأهمية النظرية للدراسة من تناولها لموضوع مهم جدًا في حياة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهي مشكلات تناول الطعام، والتي تعتبر أحد السمات الأساسية لهم، مما يساعد في التعرف على أكثر سلوكيات تناول الطعام غير المناسبة لديهم، والعمل على وضع البرامج والتدخلات المناسبة لهم.

الأهمية التطبيقية:

١- إعداد مقياس لمشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٢- إعداد برنامج تدريبي لتخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

٣- تطبيق البرنامج التدريبي الذي يمكن أن يسفر عن نتائج تساعد في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما يمكن الإفادة منه في تنمية الجوانب الإيجابية لديهم.

مصطلحات الـدراســـة:

١-فعـــاليـــة Effectiveness:

لغة مقدرة الشيء على التأثير (المعجم الوجيز،٢٠٠١، ٤٧٧).

اصطلاحا عرفها زيتون (١٩٩٧، ٤١) " القدرة على إنجاز الأهداف لبلوغ النتائج المرجوة، والوصول إليها بأقصى حد.

التعريف الإجرائي: تعني نجاح استخدام البرنامج التدريبي في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفقًا للبرنامج التدريبي، وبيان أثر البرنامج على عينة الدراسة.

٢-البرنامج التدريبي:

هو "مجموعة من الجلسات المخططة والمنظمة وفق الفنيات والتدخلات المناسبة لتعديل سلوك الأكل للأطفال ذوي اضطراب التوحد الحاصلين على درجات مرتفعة على مقياس مشكلات الأكل، ويهدف البرنامج إلي تخفيف مشكلات الأكل المختلفة "السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، رفض تناول الطعام، انتقائية الطعام "للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عينة الدراسة".

٣-مشكلات الأكل:

وتعرفها الباحثة بأنها السلوكيات النمطية للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، والتي تتضمن السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والانتقائية في تناول الطعام.

إجرائيا: هي الدرجة التي يحصل عليها أطفال التوحد عينة الدراسة على مقياس مشكلات الأكل لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

٤-التوحد:

هو اضطراب نمائي عصبي معقد يظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة، يؤثر على وظائف الدماغ المسؤولة عن التفاعلات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، والأنشطة الترفيهية، والاهتمامات، والنشاط التخيلي (Autistic Society of America, 2017).

وإجرائياً: هم الأطفال الملتحقون بمؤسسة التربية الخاصة التأهيل (SERO)، والمصنفون باضطراب طيف التوحد، ممن يبلغ متوسط أعمارهم ٥ أعوام و٤ أشهر. والمطبق عليهم المقاييس والاختبارات المرتبطة بتشخيص اضطراب التوحد، والمعتمدة في المؤسسة.

حـــــدود الـــدراســـة:

الحدود الزمنية: تم تنفيذ البرنامج التدريبي على مدار (٣٠) جلسة، بواقع (٤) جلسات أسبوعية، خلال الفترة من ٢٠١٩/٦/٩ إلي ٢٠١٩/٨/٨م، بخلاف جلستي القياس القبلي والبعدي وكذلك جلسة القياس التتبعي للتحقق من استمرارية فعالية البرنامج، والتي تم تنفيذها بعد فترة من انتهاء البرنامج، وتستغرق كل جلسة ما بين ٤٥ - ٦٠ دقيقةً ما عدا الجلسةَ الأولى والتي تم تخصيصها للتعارف بين الباحثة وعينة الدراسة.

الحـــــدود البشرية: تم تنفيذ البرنامج التدريبي على عينة قوامها (٥) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد ممن يبلغ متوسط أعمارهم خمسة أعوام وأربعة أشهر، والملتحقين بمؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (**SERO**).

الحدود المكانية: تم تنفيذ البرنامج في مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (**SERO**) بمحافظة القليوبية - بنها.

إطـار نظـري ودراسـات سـابقـة:

سوف تتناول الباحثة في سياق عرضها للإطار النظري والدراسات السابقة محورين، بيانهما كالآتي:

أولاً: اضطراب طيف التوحد: المفهوم ومشكلات الأكل:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أشد الاضطرابات النمائية انتشارا في عالمنا المعاصر، حيث أصبحت الإصابة به تتزايد يوما عن يوم؛ لذلك أطلق عليه من قبل بعض الباحثين اسم الاضطراب النمائي الشائع Pervasive- Development- Disorder، وذلك إشارة إلى مجموعة من المشكلات النفسية والاجتماعية التي يبدأ ظهورها خلال السنوات الأولى من فترة الطفولة المبكرة من حياة الطفل، وكذلك أطلق عليه اسم "الخطر الصامت"، حيث يتضمن قصورا في النمو المعرفي، والاجتماعي، والانفعالي، والسلوكي للطفل (الخولي، ٢٠٠٨).

ويعرف عبد الله(٢٠١٤، ١١) التوحد بأنه "اضطراب نمائي عصبي معقد، يتعرض له الطفل قبل الثلاث سنوات من عمره، ويلازمه مدى حياته، ويؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته".

وعند وصف الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد للمرة الأولى، ذكر Kanner (١٩٩٣) أن مشكلات الأكل، وخاصة التي تتضمن التقييد الغذائي، منتشرة، وأوضح (Ledford, & Gast, 2006)أن٤٦٪ إلى ٨٩٪ من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم قبول انتقائي للأكل، أو رفض لتناول معظم الأطعمة بدون تفسير طبي واضح، وذخيرة محدودة من 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، وصعوبة تقبل الأطعمة الجديدة. والمشكلة الأكثر انتشاراً هي انتقائية الطعام (Williams,& Seiverling, 2010)، والإصرار على تناول القليل من الأطعمة فقط، ويختار الأطفال الأطعمة وفقاً لنوعها، أو حرارتها، أو ملمسها، أو

صنفها، أو حتى لونها. والمشكلات الأقل انتشاراً بين ذوي اضطراب طيف التوحد تشمل تجنب السوائل، والتجميع (أي الاحتفاظ بالطعام في الفم لفترات طويلة)، والأكل السريع (أي الأكل بسرعة كبيرة لا تسمح بالمضغ والبلع بشكل سليم (Seiverling et al., 2010).

ومن خلال خبرة الباحثة، يعاني الكثير من الأطفالذوي اضطراب التوحد من العديد من المشكلات ذات العلاقة بتناول الطعام، 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. وفي ضوء النسبة المرتفعة لمشكلات الأكل لدى أطفال طيف التوحد وتأثيرها السلبي على الصحة العامة، 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 أحيانًا على الحصول على العناصر الغذائية والسعرات الحرارية من خلال أنابيب،وبالتالي فإن مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد معقدة ومتنوعة، وهناك حاجة إلى دراسة هذه السلوكيات، والعمل على التخفيف منها مع مراعاة أهمية التدخل الأسري.

وحاولت دراسة بروفوست وآخرين(Provost, Crowe, Skipper, & 2010) التعرف على سلوكيات وقت تناول الطعام لأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٣-٦) عاماً، ومقارنة تلك السلوكيات بسلوكيات الأطفال العاديين في نفس المرحلة العمرية. تكونت عينة الدراسة من (٤٨) من آباء الأطفال، تم تقسيمهم إلي مجموعتين، أجاب (٢٤) أبا من آباء أطفال طيف التوحد، و(٢٤) أبا من آباء الأطفال العاديين على أداة : سلوك الأطفال أثناء وجبة تناول الطعام لتقييم التاريخ المبكر لوقت وجبة الطعام، ووقت تناول الطعام، والمكان والسلوك، والطعام المفضل، ومشكلات تناول الطعام. وقد ازدادت اهتمامات الآباء -بدرجة دالة- بعد العام الأول بمشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة بين مجموعتي الأطفال في سلوكيات محددة أثناء وجبة تناول الطعام. ووجد أن عدداً أكبر من أطفال التوحد يتناولون أنواعاً محددة من الطعام، وتميز الأطفال ذوو اضطراب التوحد بمقاومتهم للأطعمة الجديدة، وأكل أنواع محددة من الطعام بناء على ملمسها، ومشكلات تقيؤ الطعام، وصعوبة في تناول الطعام في المطاعم أو في المدرسة، ومقاومة الجلوس على الطاولة، ورمي الطعام. وقد استفادت الباحثة من هذه السلوكيات في بناء المقياس وبرنامج الدراسة الحالية.

وحاولت دراسة (Sharp et al., 2013) استعراض شامل وتحليل عميق للأبحاث الخاصة، وعدد (١٧) دراسة مرتبطة بمشكلات الأكل والوضع الغذائي بين الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد. أوضحت النتائج أن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات طعام أكثر من العاديين، ويجب أن تتناول الأبحاث المستقبلية المسائل الهامة المتعلقة بأسباب وآثار المشكلات الغذائية بعيدة المدى، وكيفية التغلب عليها في هذه الفئة من الأطفال.

وتري الباحثة أن السبب وراء استمرار الطفل ذي اضطراب طيف التوحد في تأدية هذه السلوكيات النمطية في عادات الأكل ربما يرجع إلى خوف الوالدين من إجراء أي تعديلات أو

محاولات للتغيير لكسر الروتين الذي يعتاد عليه الطفل حتى لا يصاب بنوبات الغضب الشديدة مما يترتب عليه عدم الأكل، أو إيذاء الذات، أو الغير، أو تخريب الأكل، والمائدة.

وتشير الباحثة إلى أن ثقافة الأمهات ووعيهن بحالة أبنائهن أحد العوامل الهامة في طريق العلاج، وأن استخدام وتقديم البرامج التدريبية والإرشادية لهذه الفئة أمر هام، إذ يفيد هذه الفئة والأسر في كيفية التعامل مع هذه الاضطرابات، وكذلك معرفة أحدث الوسائل المستخدمة والمتبعة في أساليب التدخل العلاجي لاضطراب طيف التوحد والأطفال المصابين باضطرابات الأكل، وتشير الباحثة إلى أهم أنواع هذه الأساليب العلاجية المتمثلة في العلاج الغذائي عن طريق الحمية الغذائية إذ يساعد الأطفال المصابين باضطرابات الأكل، وكذلك الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في تحسن حالاتهم، والحد من هذه المشكلات.

ثانيا: الإجراءات السلوكية لتخفيف مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب التوحد:

لأهمية دور أسرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ذكر شريك وآخرون (Schreck, et al., 2004) أن الآباء يعانون مع مشكلات تناول الطعام العامة والذخيرة المحدودة من أنواع الطعام لدى أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، ويطلبون تقديم الغذاء بطريقة وأدوات محددة، وأن 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.

والعديد من التقارير توثق حالات الأطفال الذين يحصلون على تدخل الانتقائية الشديدة للطعام، وغالباً في شكل التدخل السلوكي الذي يهدف إلى تعزيز تنوع الأطعمة (Sharp et al,. 2010)، لذلك هناك حاجة لصورة عامة عن أنماط الأكل والوضع الغذائي للأطفال ذوى اضطراب التوحد.

وقد اتضح أن الإجراءات السلوكية تخفف من مشكلات الأكل لدى بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، خاصة في الدراسات الصغيرة التي تضم التصميمات التجريبية أحادية المفحوص (Seiverling et al,. 2011)، وبالرغم من أن التقارير تعطى أوصافاً دقيقة للاستراتيجيات الفردية، إلا أن معظم هذا العمل تم في برامج متخصصة مثل البرامج التي تقدمها المستشفيات، بحيث لا يشارك الوالدان في التدخل، أو يتم تعليمها التدخلات السلوكية -فقط- بعد نجاح المعالجين المتخصصين في الإطعام، بالإضافة إلى ذلك، فإن توافر برامج قليلة تضطر الأسر -غالباً- للسفر لمسافات طويلة من أجل التدخل، ثم يعودون بقدر محدود من التدريب، مع انخفاض المتابعة والمساندة (Gale et al., 2011).

وقد استخدام جال وآخرون (Gale, et al., 2012) طريقة المقابلة والملاحظة لسلوك ثلاثة أطفال توحديين وقت تناول الطعام متضمنة تقبل الطعام، ونظافة الفم، والمقاطعة والرفض، وغير ذلك من سلوكيات الفوضى، مثل الصراخ، ورمي المعلقة، 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 استخدام مع جميع الأطفال المشاركين ثباتا وفعالية في العلاج، فقد تضمن علاج الأطفال المشاركين تقديم الطعام بملعقة لمدة ٣٠ 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.

ويتعامل الوالدان مع سلوكيات الطفل السلبية أثناء الوجبات والأكل الانتقائي بالجمود، مما يؤدى إلى التوتر وزيادة العبء الأسرى (Nadon et al., 2011)، ونظراً لدور الوالدين في تعزيز نمو الأطفال، يجب الاهتمام بتدريبهم على التدخلات المناسبة للعديد من المشكلات، مثل مشكلات السلوك والسمنة(Slusser et al., 2012). وهناك -أيضاً- دراسات عن التدريب السلوكي للوالدين الخاص بمشاكل الأكل بين الأطفال بصفة عامة(Adamson et al,. 2013).

وبالرغم من أن بعض الأبحاث توضح أن المساندة والتعاون بين الزوجين يمكن أن يساعد في التحكم في الضغط أو التوتر الناتج عن رعاية طفل ذي إعاقة (Norlin,& Broberg, 2013)، إلا أن أعمالاً قليلة -فقط- هي التي تتناول كيفية عمل الوالدين معاً من أجل رعاية الطفل ذي اضطراب طيف التوحد، وكيفية ارتباط نوعية التعاون بشعور الوالدين بالضغط المتعلق برعاية الطفل. وأحد أهم التحديات التي تواجه تربية الطفل ذي اضطراب التوحد هي المتعلقة بالطعام والأكل (Ledford,& Gast, 2006)،ويعد الأكل عنصراً ضرورياً في الحياة اليومية، لذلك فإن آثار مشكلات الأكل تشمل كلاً من صحة الطفل وأداء الوالدين والأسر. وتعامل الوالدين مع بعضهما البعض أثناء مواجهة تحديات رعاية الطفل ذي اضطراب التوحد يسهم في تعزيز التعامل الصحيح مع هذه التحديات، الحد من مستوى التوتر (Hock et al., 2012).

وهناك سبب آخر لأهمية الوالدية تحديداً في الأسر التي بها طفل ذو اضطراب التوحد، وهو أن معظم استراتيجيات التعامل مع السلوك السلبي أو العلاج تقوم على الجانب السلوكي، وتتطلب مجهود الأسرة ككل. وبالرغم من أن التدخل السلوكي يحسن سلوكيات معينة، إلا أنه لازالت هناك تحديات متعلقة بتطبيق هذا التدخل في البيئة الأسرية الطبيعية (Sharp et al,. 2014). ويعتمد ثبات واستمرارية تطبيق الاستراتيجيات السلوكية على قدرة الوالدين على التحكم في التوتر، والعمل معاً على رعاية الطفل، لذلك من المهم تخطى ما يفعله أي من الوالدين فيما يتعلق برعاية الطفل ذي اضطراب التوحد من أجل فهم دور التعاون. وقد توصل (May et al., 2015)إلى وجود علاقة سلبية بين كفاءة الوالدية والتوتر والضغط الوالدي تتوسطها الوالدية المشتركة، مما يقترح أن الكفاءة الوالدية الأعلى لن تتحول إلى توتر أقل إلا إذا دعمتها خبرة الوالدية المشتركة الإيجابية. ومن خلال التركيز على جوانب العلاقات الوالدية الخاصة بالتربية يمكن أن تتعامل جهود التدخل المستقبلية -بشكل أفضل- مع التوتر والضغط الوالدي (Feinberg, 2003).

وفي هذا الصدد هدفت دراسة (Johnson et al., 2015) إلي التحقق من برنامج التدريب السلوكي للوالدين للتعامل مع مشكلات الأكل بين الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد. شارك في الدراسة أولياء أمور (١٤) طفل لديهم اضطراب طيف التوحد، متوسط أعمارهم(٤) سنوات، شارك الآباء والأمهات في برنامج مكون من (٩) جلسات يتم تقديمه فردياً على مدار (١٦) أسبوع. أوضحت النتائج فعالية التدريب السلوكي للوالدين للتعامل مع مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلي الرضا المرتفع للوالدين، ولوحظ انخفاض دال في توتر الوالدين أثناء الدراسة، وارتفاع نسبة تناول الأطفال للوجبات، بالإضافة إلى انخفاض وقت الوجبة.

وأكدت دراسة (Curtin et al., 2015) على أن مشكلات السلوك أثناء الوجبات والتوتر الأسرى تنتشر بين أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تم تقييم الارتباط بين انتقائية الطعام المرتفعة ومشكلات السلوك أثناء الوجبات وتوتر الزوجين والتأثير على أعضاء الأسرة بين (٥٣) طفلاً توحدياً و(٥٨) طفلاً طبيعياً، ممن تتراوح أعمارهم بين ٣ و١١ عاماً. بالمقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي، كانت انتقائية الطعام أعلى بين الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد، وكذلك مشكلات السلوك أثناء الوجبات والتوتر بين الوالدين، والتأثير على ما يأكله أفراد الأسرة الآخرين، وارتبطت انتقائية الطعام المرتفعة بمشكلات السلوك أثناء الوجبات لدى كلا المجموعتين، كما اتضح أن التدخلات التي تقلل من انتقائية الطعام يمكن أن تؤدى إلى انخفاض مشكلات السلوك أثناء الوجبات.

وحاولت دراسة عمر وآخرين (٢٠١٥) العمل على زيادة وعي أباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم ذوي اضطراب التوحد، واستخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياساً للوعي الوالدي بالحميات الغذائية الفعالة في اضطراب التوحد، وتم إعداد (١١) جلسة إرشادية تم تطبيقها على عينة تكونت من مجموعتين، الأولى تجريبية وعدد أفرادها (١٥) من أباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والثانية ضابطة وعدد أفرادها (١٥)، وبإجراء المعالجات الإحصائية، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أطفال التوحد لصالح القياس البعدي.

وحاولت دراسة (Thullen,& Bonsall, 2017) دراسة جودة الوالدية المشتركة والتوتر الوالدي ومشاكل الأكل لدى (١١) من أولياء أمور الأطفال ذوي طيف اضطراب التوحد، وأوضحت النتائج أن انتقائية الطعام هي النوع الأكثر انتشاراً من مشكلات الأكل، ولكنها كانت -أيضاً- سلوك الأكل السلبي الوحيد غير المرتبط بالتوتر والضغط الوالدي. وارتبط التوتر الوالدي المرتفع بانخفاض الوالدية المشتركة والمساندة، وارتبط سلوك الطفل العنيف أثناء الوجبات بجودة الوالدية المشتركة، مما نبه إلى ضرورة العمل على أهمية التعامل مع تحديات الأكل، بالإضافة إلى انتقائية الطعام، مثل السلوكيات العنيفة أثناء الوجبات، والقيام بذلك داخل إطار الأسرة والبيئة المنزلية.

فــروض الــدراســة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده الفرعية(السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والانتقائية في تناول الطعام) في القياسين القبلي والبعدي، وذلك لصالح القياس البعدي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده الفرعية(السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والانتقائية في تناول الطعام) في القياسين البعدي والتتبعي.

الطـــريقـــة والإجـــــراءات:

أولاً: المنهج المستخدم في الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، تصميم المجموعة الواحدة، وقامت بالتقييم القبلي والبعدي والتتبعي لدرجات عينة الدراسة التجريبية على مقياس مشكلات الأكل، ويعد هذا المنهج ملائماً لطبيعة الدراسة الحالية، من حيث محاولتها الكشف عن فعالية برنامج تدريبي في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

ثانياً: عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة الحالية من الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (SERO)، والذين تم تشخيصهم منذ التحاقهم بالمؤسسة لتلقي الرعاية اليومية باستخدام مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد(عبدالله، عادل، ٢٠١٦)،حيث يعانون من َاضطراب طيف التوحد بدرجة متوسطة، وتكونت العينة في صورتها النهائية من (٥) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذكور، والذين تقع درجاتهم في الإرباعي الأعلى على مقياس مشكلات الأكل بأبعاده الثلاث، تراوحت بين (١٦٥-١٨٠)، بمتوسط قدره (١٧٢,٥)، وتراوحت أعمارهم ما بين (٤-٦) عاماً، بمتوسط عمري قدره٥ سنوات و٤ أشهر، وتراوحت درجات الذكاء لديهم على مقياس ستانفورد-بينيه بين (٨٠-٩٥) درجة، بمتوسط قدره (٨٦,١٥) درجة، وانحراف معياري قدره (١,٤١٥) درجة. وتوافر في هذه العينة عدم وجود أي إعاقات أخري لديهم، وعدم خضوعه ملحمية غذائية، وعدم معاناتهم من مشكلات عضوية بالجهاز الهضمي، وتطابق ملاحظة فريق العمل بالمؤسسة مع ملاحظة الأمهات فيما يتعلق بمشكلات الأكل لأطفالهن.

ثالثاً: أدوات الـــــدراســـــة:

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية، استخدمت الباحثة الأدوات الآتية:

١ـ مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، إعداد/ الباحثة:

للوصول إلى الصورة النهائية للمقياس اتبعت الباحثة الخطوات الآتية:

أ- مراجعة الإطار النظري، والدراسات السابقة الخاصة بمشكلات الأكل أو مشكلات تناول الطعام، وخصائص الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والاطلاع على بعض المقاييس التي تناولت مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك لإعداد الصورة الأولية للمقياس، ومن هذه المقاييس مقياس التميمي، سيد (٢٠١٤)، ومقياس مشكلات الأكل الحسية (Sensory Eating Problems Scale (SEPS لسيفرلنج (Seiverling, 2019).

ب- إجراء دراسة استطلاعية في شكل تساؤل، للاستفادة منها في تحديد أهم مشكلات الأكل/تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد وجه هذا التساؤل لبعض أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومعلمي الأطفال في المؤسسة وغيرهم من المتخصصين في التوحد، باعتبارهم أكثر الأفراد تعاملاً مع هؤلاء الأطفال، وكان على النحو الآتي:

ما أهم مشكلات الأكل/ تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، سواء كانت هذه المشاكل أثناء تناول الطعام، من حيث سلوكهم أثناء الجلوس على المائدة، واستخدامهم للأدوات، والتعبيرات التي يعبر عنها أثناء تناول الطعام، أو مشكلات سلوكية مرتبطة بالرفض لأنواع محددة من الأطعمة والفواكه، والصراخ، ...إلخ، أو تفضيله لأنواع محددة من الأطعمة دون الأخرى.. إلخ؟

وبناء على نتائج الدراسة الاستطلاعية، والإطار النظري، والدراسات السابقة، وبعض المقاييس التي تناولت مشكلات الأكل، استطاعت الباحثة تحديد ثلاثة أبعاد تغطي المشكلات، وهي: السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والانتقائية في تناول الطعام. وبلغ عدد العبارات تحت هذه الأبعاد (٦٠) عبارة، تمثل كل عبارة مشكلة يعاني منها الطفل أثناء تناول الطعام بشكل يؤثر على نظامه الغذائي وحالته الصحية والجو الأسري، وخطة العمل في المؤسسة، وذلك على النحو الآتي: السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام (٢٥) عبارة، رفض تناول الطعام (١٧) عبارة، الانتقائية في تناول الطعام (١٨) عبارة.

وللوصول إلى الصورة النهائية للمقياس قامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، وذلك على النحو الآتي:

صدق المقياس:

١- صدق المحكمين: قامت الباحثة بعرض الصورة الأولية للمقياس على مجموعة من السادة المحكمين الأساتذة في مجال التربية الخاصة، وذلك للحكم على المقياس، من ناحية وضوح العبارة، وسلامة صياغتها، وانتماء كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه، وتعديل أية عبارات تحتاج إلى تعديل، وإضافة أية عبارات مقترحة. وتم اختيار العبارات التي حازت على ٩٠٪ -على الأقل- من إجماع المحكمين، مما أسفر عن حذف الباحثة لمجموعة من العبارات بلغت (١٠) عبارات ، ليصبح العدد النهائي للعبارات الواردة بالمقياس (٥٠) عبارة، مندرجة تحت (٣) أبعاد، وذلك على النحو الآتي: السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام (٢٠) عبارة، رفض تناول الطعام (١٥) عبارة، الانتقائية في تناول الطعام (١٥) عبارة، وبعد تحديد الصورة الأولية للمقياس، قامت الباحثة بتحديد نظام الاستجابة وفقا لنظام ليكرت الخماسي على المقياس، من جانب مقدمي الرعاية (معلمة/الأمهات)، وكذلك مفتاح التصحيح، على النحو الآتي: دائماً (٤) درجات، غالباً (٣) درجات، أحياناً(٢) درجتان، نادراً (١) درجة، أبداً (صفر) درجة. ومن ثم تكون الدرجة الكلية في البعد الأول (٨٠)، والثاني (٦٠)، والثالث (٦٠)، وتكون الدرجة الكلية للمقياس ككل (٢٠٠). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للطفل على المقياس بين (صفر) و(٢٠٠).

وصاغت الباحثة بعد ذلك تعليمات تطبيق المقياس، حيث طلبت فيها من القائم بالرعاية اختيار استجابة واحدة من الاستجابات التي أمام كل عبارة، بوضع علامة (√) أمام الاستجابة التي تنطبق على الطفل.

٢- صدق الاتساق الداخلي للمقياس:

قامت الباحثة بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق:

أ- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بعد حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد، ويوضح جدول (١) نتائج هذا الإجراء:

جدول (١) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بعد حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد

البعد الأول: السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام		البعد الثاني: رفض تناول الطعام		البعد الثالث: الانتقائية في تناول الطعام	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠,٧٦	١	٠,٨٠	١	٠,٧٤
٢	٠,٧٤	٢	٠,٧٨	٢	٠,٨٣
٣	٠,٨٢	٣	٠,٧٩	٣	٠,٧٧
٤	٠,٨١	٤	٠,٧٦	٤	٠,٧٧
٤	٠,٧٣	٤	٠,٧٨	٤	٠,٧٩
٥	٠,٨٢	٥	٠,٨٦	٥	٠,٨٣
٦	٠,٧٥	٦	٠,٨٠	٦	٠,٨٦
٧	٠,٧٦	٧	٠,٧٨	٧	٠,٧٨
٨	٠,٨٢	٨	٠,٧٥	٨	٠,٨٦
٩	٠,٨٦	٩	٠,٨٦	٩	٠,٧٤
١٠	٠,٧٣	١٠	٠,٧٦	١٠	٠,٧٦
١١	٠,٨٢	١١	٠,٧٧	١١	٠,٨٩
١٢	٠,٧٣	١٢	٠,٨٦	١٢	٠,٨٦
١٣	٠,٧٥	١٣	٠,٧٩	١٣	٠,٧٢
١٤	٠,٨٣	١٤	٠,٧٦	١٤	٠,٨٤
١٥	٠,٨٠	١٥	٠,٨٣	١٥	٠,٨٢
١٦	٠,٧٢				
١٧	٠,٨٥				
١٨	٠,٨٢				
١٩	٠,٧٦				
٢٠	٠,٨٣				

يتضح من جدول (١) أن معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بعد حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيا عند (٠,٠١)، وهذا يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمقياس.

ب- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول (٢) نتائج هذا الإجراء:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط
السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام	٠,٨٦
رفض تناول الطعام	٠,٧٨
الانتقائية في تناول الطعام	٠,٨٥
الدرجة الكلية للمقياس	٠,٨٣

يتضح من جدول (٢) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد من الدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائيا عند (٠,٠١)، وهذا يؤكد صدق الاتساق الداخلي للمقياس.

ثبات المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات المقياس بعدة طرق:

١- إعادة تطبيق المقياس: تم تطبيق المقياس على أفراد عينة التقنين، وهي (٢٥) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد ممن يتراوح أعمارهم بين(٤-٦) أعوام، تم اختيارهم من مؤسسات التربية الخاصة بنها-من غير عينة الدراسة الأساسية-، ثم أعيد تطبيقه بفاصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيقين الأول والثاني، وكان معامل ثبات المقياس (٠,٨٣)، وهو دال إحصائيا عند مستوى (٠,٠١).

٢- ثبات الاتساق الداخلي للمقياس:

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق:

ت- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح جدول (٣) نتائج هذا الإجراء:

جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد

البعد الأول: السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام		البعد الثاني: رفض تناول الطعام		البعد الثالث: الانتقائية في تناول الطعام	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠,٧٥	١	٠,٧٠	١	٠,٦٢
٢	٠,٨٩	٢	٠,٧٦	٢	٠,٧٢

٣	٠,٨٦	٣	٠,٧٤	٣	٠,٧٤
٤	٠,٨٢	٤	٠,٧٣	٤	٠,٧٦
٤	٠,٧٦	٤	٠,٧٧	٤	٠,٨٠
٥	٠,٧٧	٥	٠,٧٣	٥	٠,٧٧
٦	٠,٧٩	٦	٠,٦٥	٦	٠,٧٨
٧	٠,٨١	٧	٠,٦٨	٧	٠,٨٢
٨	٠,٨٠	٨	٠,٧٢	٨	٠,٨٥
٩	٠,٧٦	٩	٠,٦٩	٩	٠,٧٨
١٠	٠,٨٦	١٠	٠,٧١	١٠	٠,٧٣
١١	٠,٧٥	١١	٠,٦٨	١١	٠,٧٧
١٢	٠,٨٢	١٢	٠,٦٨	١٢	٠,٧٩
١٣	٠,٧٦	١٣	٠,٧٣	١٣	٠,٦٨
١٤	٠,٦٨	١٤	٠,٧٠	١٤	٠,٧٢
١٥	٠,٧٢	١٥	٠,٧٦	١٥	٠,٦٩
١٦	٠,٦٩				
١٧	٠,٨٢				
١٨	٠,٧٩				
١٩	٠,٨٥				
٢٠					

بالرجوع إلي جدول (٣) يتضح أن جميع معاملات الارتباط بين مفردات المقياس وأبعاده دالة إحصائيا عند (٠,٠١)، وهذا يؤكد على التجانس، وكلها ذات قيم مرتفعة، مما يحقق صدق الاتساق الداخلي للمقياس، والاتساق بين مفردات مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد.

٣- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول (٤) نتائج هذا الإجراء:

جدول (٤) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

البعد	معامل الارتباط
السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام	٧٣٥,**
رفض تناول الطعام	٧١٥,**
الانتقائية في تناول الطعام	٧٢٨,**
الدرجة الكلية للمقياس	٧٢٧,**

**** مستوى الدلالة ٠,٠١**

يتضح من جدول (٤) أن معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس مشكلات الأكل والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (٠١,)، مما يدل على ثبات مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد.

٤-تم حساب معامل الثبات باستخدام معامل ألفا – كرونباخ، وكانت القيم مرتفعة، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي والثبات.

جدول (٥)معاملات ثبات مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد باستخدام معامل ألفا - كرونباخ

م	الأبعاد	معامل ألفا
١	السلوكيات السالبة أو العنيفة أثناء تناول الطعام	٠,٩٦
٢	رفض تناول الطعام	٠,٩٤
٣	الانتقائية في تناول الطعام	٠,٩٣
	الدرجة الكلية للمقياس	٠,٩٥

يتضح من جدول (٥) تمتع مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بدرجة عالية من الثبات.

٢- استمارة جمع بيانات عن الطفل ذي اضطراب التوحد:

استمارة جمع بيانات عن الطفل هي وسيلة مساعدة في التشخيص، وكذلك لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الطفل، وسلوك الطفل أثناء الأكل خلال الوجبات، والأطعمة التي يرفضها والتي يفضلها، والفواكه التي يرفضها والتي يفضلها، والخضروات التي يرفضها والتي يفضلها.

٣- البرنامج التدريبي، إعداد/الباحثة:

الهدف العام للبرنامج:

تخفيف مشكلات الأكل لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

الأهداف الفرعية للبرنامج

١. التعريف باضطراب التوحد وخصائصه.
٢. تنمية مهارات الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
٣. تدريب طفل التوحد على التحكم في الذات أثناء الطعام
٤. تدريب طفل التوحد على الجلوس الصحيح أثناء الطعام.
٥. مناقشة مشاكل الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع الأمهات.
٦. تدريب الأطفال على نظام الجلوس على مائدة الطعام.
٧. تدريب الأطفال على نظام الأكل الصحي " عادات الأكل الصحية ".
٨. تنمية المهارات الحركية لأعضاء الفم أثناء الأكل للأطفال.
٩. تدريب الأمهات باستراتيجيات التعامل مع السلوكيات السلبية أثناء الطعام.

١٠. تدريب الأطفال على كيفية تناول وتذوق الأطعمة.
١١. تدريب الأطفال على كيفية تناول وتذوق الفواكه.
١٢. تدريب الأطفال على كيفية تناول وتذوق الخضروات.
١٣. التعامل مع ما يرفضه أو يفضله الطفل أثناء الطعام من أطعمة – فواكه – خضروات.
١٤. التدريب على استخدام الأنشطة الحسية " البصرية، واللمسية، والشمية، والسمعية "
١٥. تنمية المفاهيم اللغوية المرتبطة بالأكل للأطفال.
١٦. التعامل مع انتقائية الطعام للأطفال.
١٧. تدريب الامهات على التعامل مع انتقائية الطعام لأطفالهم.

الأسس النفسية والتربوية للبرنامج:

١. مراعاة خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد واحتياجاتهم.
٢. مراعاة الفروق الفردية بين أطفال التوحد.
٣. مراعاة آثار وجود طفل ذو اضطراب طيف التوحد في الأسرة.
٤. توفير بيئة تدريب ملائمة يتوافر فيها كل المستلزمات المكانية والتجهيزية " الإضاءة، التهوية، طاولة طعام، حمام، أدوات التدريب "معالق – صحون – فواكه – خضروات – مياه معدنية.. إلخ" التي تتوافق مع الأنشطة الحسية للبرنامج والعمر الزمني لعينة الدراسة.
٥. التنوع في استخدام الأنشطة الحسية (اللمسية، الشمية، السمعية، البصرية ... الخ).
٦. مراعاة عوامل الشبع والحرمان لعينة الدراسة قبل البدء في جلسات البرنامج.
٧. رغبة الأمهات ودافعيتهم للمشاركة ومتابعة حالة الطفل.
٨. وجود فريق عمل متكامل في المؤسسة يساعد الباحثة في تنفيذ التعليمات منذ دخول الطفل المؤسسة وحتى نهاية اليوم.

مصادر اشتقاق البرنامج:

- الإطار النظري والدراسات السابقة.
- مقابلات مع الاختصاصين / الخبراء في مجال التربية الخاصة والتغذية.
- مقابلات مع أولياء الأمور وخاصة أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- معايشة الباحثة للعمل في مجال ذوي الإعاقة، كمتخصصة في المجال، وقيادتها لمؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (SERO) وفريق العمل بالمؤسسة وأنشطتها والتي من أهمها رعاية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتوفير الخدمات المساندة لهم والاستفادة من الإمكانات المتوافرة في المؤسسة من فريق عمل، وغرف يتوافر فيها احتياجات الأطفال ذوي الإعاقة عامة واضطراب طيف التوحد خاصة، وغرفة تكامل حسي.. إلخ، بل وتعد المؤسسة أحد بيوت الخبرة في المجال في محافظة القليوبية.
- مراجعة النظام الغذائي الصحي والمتوافر على موقع وزارة الصحة المصرية.

وقد قامت الباحثة بمجموعة من الخطوات في سبيل إعدادها لبرنامج الدراسة الحالية، وذلك على النحو الآتي:

١-الاطلاع على بعض البرامج التدريبية في مجال اضطراب التوحد، خاصة البرامج التي قامت على استخدام تعديل / تحليل السلوك التطبيقي.

٢-وضع تصور مقترح للبرنامج التدريبي، والفنيات المتعلقة به.

٣-تم عرض البرنامج على مجموعة من المختصين في ميدان التربية الخاصة، ومعلمي الأطفال ذوي اضطراب التوحد(عددهم سبعة)، وتم الأخذ بتوجيهاتهم لضمان استفادة الأطفال ذوي اضطراب التوحد من البرنامج.

الفنيات والتدخلات السلوكية:

تري الباحثة أنه يجب التأكيد على أهمية الإجراءات السلوكية في التخفيف من مشكلات الأكل لدى بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذا ما أكده (Seiverling et al,. 2011). ومن التدخلات السلوكية الآتي: (١) **تدخلات ضبط المثير** (إدخال الأطعمة الجديدة، تشكيل سلوك الأكل الجديد، تقديم التركيب وترسيخ المثيرات الفارقة)؛ (٢) **نظم التعزيز**(المدح، الانتباه الإيجابي، الحصول على الألعاب والأطعمة المفضلة)؛ (٣) **إطفاء السلوكيات السلبية** أثناء الوجبات (إزالة الإثابة على السلوكيات غير المناسبة من خلال الإبقاء على الملعقة بالرغم من الرفض؛ (٤) **تعليم الخضوع** لقواعد تناول الوجبات ورفع الدافعية (مثلاً، من خلال الحد من الوجبات الخفيفة).

ويجب التأكيد على أن البرنامج التدريبي اعتمد في تطبيقه على استخدام فنيات تحليل السلوك التطبيقي، وتم استخدام أسلوب الممارسة الفعلية للطفل للنشاط (تناول الطعام) بعد تعلمه، والتعميم بعد التمكن من إجراءات المهارة في المؤسسة والبيت، واستخدم وسائل بصرية (صور)، حيث إن بعض الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لهم مهارات بصرية قوية، وقد يفهمون المعلومات التي تعرض لهم بوسيلة بصرية بصورة أفضل من تلك التي تعرض لهم سماعياً (شفهياً)، وتم تنظيم البيئة (خلال وجبات الأكل)،وتم التنويع في استخدام الوسائل البصرية الوظيفية، والبيئة الهادفة لتعلم سلوك الأكل الإيجابي، ثم اقتران السلوك بالتعزيز المناسب، مما يسمح له بالمشاركة في عملية التعلم بسلاسة أكثر، حتى نتمكن من إزالة التوتر والإحباط والقلق لدي الطفل أثناء تناول الطعام، كما استخدمت الباحثة بعض الفنيات مثل: الحث والتلقين، التدعيم أو التعزيز، التشكيل، التسلسل، التمييز، التعديل البيئي، النمذجة، لعب الدور، المناقشة والحوار، والواجب المنزلي. كذلك، يوجد عدة استراتيجيات وطرق علاجية وتربوية للتغلب على مشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، منها القصة الاجتماعية كإحدى الاستراتيجيات المستخدمة في تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد السلوكيات الاجتماعية. كما يساعد استخدام القصة الاجتماعية القصيرة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على الفهم الواضح للمواقف الاجتماعية الممكنة مع الآخرين والتوافق مع التغيرات التي تحدث في المواقف الروتينية التي يتمسكون بها وتعليمهم المهارات الاجتماعية على حسب قدراتهم (Kuoch, & Mirenda, 2003).وبالتالي، تري الباحثة أن القصص الاجتماعية التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد تعتمد على مجموعة من الصور المتسلسلة الواضحة المبسطة التي تصف موقف معين(سلوك الأكل على المائدة) وتقدم معلومات عن ذلك الموقف مع التركيز على الأحداث والأفعال المتوقع حدوثها تجاه الأحداث في مواقف مشابهة، فالقصص الاجتماعية تعتبر

استراتيجية فعالة لتقديم المعلومات للأطفال ذوي اضطراب التوحد وتعديل السلوكيات والتصرف في المواقف الاجتماعية.

جلسات البرنامج:

قامت الباحثة بتصميم جلسات البرنامج وفقا للأسس التطبيقية لتعديل السلوك، والفنيات المرتبطة به، وقامت الباحثة بتقسيم جلسات البرنامج إلى (30) ثلاثون جلسةً تدريبية، بواقع أربع جلسات أسبوعيا، وتراوحت مدة كل جلسة بين (٤٥–٦٠) دقيقةً.

محتوى جلسات البرنامج:

تقدم الباحثة فيما يلي مخططًا أو وصفًا موجزًا لجلسات البرنامج التدريبي، متضمنًا هدف الجلسة، والفنيات والأساليب المستخدمة، وبيان ذلك في جدول (٦):

جدول(٦)

خطة الجلسات التدريبية

رقم الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
١	التعارف بين الباحثة وعينة الدراسة والقياس القبلي – وكسب الثقة بين الباحثة وأمهات الأطفال لضمان تعميم ما تعلمه الأطفال في البيت	المحاضرة والمناقشة الجماعية. التعزيز، التحفيز اللفظي، التلقين الملاحظة، والتسجيل، والتعزيز
٢	التعريف باضطراب التوحد وخصائصه(للأمهات)	المحاضرة، المناقشة الجماعية، الندوات، الأفلام التدريبية، التوضيح والتفسير، المواجهة، إعادة تشكيل البناء المعرفي.
٣-٤	التعريف بمشاكل الأكل وكيفية التعامل معها (لأمهات عينة الدراسة)	الحث – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
٥-٦	تنمية مهارات الانتباه المشترك للأطفال	الحث – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
٦-٧	التدريب على نظام الجلوس على مائدة الطعام	الحث – النمذجة – التعزيز – تبادل الصور - الواجب المنزلي
٧-٨	التدريب على نظام الأكل الصحي " عادات الأكل الصحية "للأطفال"	الحث – النمذجة – التعزيز – القصة الاجتماعية - الواجب المنزلي
٨-٩	تنمية المهارات الحركية لأعضاء الفم أثناء الأكل للأطفال	الحث – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
١٠-١١	التعامل مع السلوكيات السلبية أثناء الطعام (	الحث – النمذجة ـــ التلاشي – التقديم

رقم الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة
	جلسة للأمهات والأطفال)	المتزامن - التعزيز – القصة الاجتماعية - الواجب المنزلي
١٣-١٢	التدريب على استخدام الأنشطة الحسية" البصرية ، واللمسية ، والشمية ، والسمعية " في تناول وتذوق الاطعمة	الحث – النمذجة ـــ التلاشي – التقديم المتزامن - التعزيز –تبادل الصور - الواجب المنزلي
١٥-١٤	التدريب على استخدام الأنشطة الحسية" البصرية ، واللمسية ، والشمية ، والسمعية " في تناول وتذوق الفواكه	الحث – النمذجة – التلاشي – التقديم المتزامن - التعزيز –تبادل الصور- الواجب المنزلي
١٧-١٦	التدريب على استخدام الأنشطة الحسية" البصرية ، واللمسية ، والشمية ، والسمعية " في تناول وتذوق الخضروات	الحث – النمذجة ـــ التلاشي – التقديم المتزامن - التعزيز –تبادل الصور - الواجب المنزلي
٢٠-١٨	التعامل مع ما يرفضه أو يفضله الطفل أثناء الطعام من أطعمة – فواكه - خضروات (جلسة للأمهات والأطفال)	الحث – النمذجة ـــ التلاشي – التقديم المتزامن - التعزيز – الواجب المنزلي
٢٣-٢١	تنمية المفاهيم اللغوية المرتبطة بالأكل	التشكيل، التعزيز التمييزي، تبادل الصور، تقديم الطلبات، مبادأة التواصل، تمييز الرموز، بناء جملة، الإجابة عن الأسئلة، التعليق.
٢٥-٢٤	التدريب على الاستقلالية في الأكل للأطفال	–الحث – النمذجه – التعزيز
٢٧-٢٦	التعامل مع انتقائية الطعام	الحث – النمذجة – التعزيز
٢٩-٢٨	التعامل مع انتقائية الطعام(جلسة للأمهات والأطفال)	الحث – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
٣٠	التعميم لما التدريب عليه حتى يتعامل الطفل في كل المواقف وكل الأماكن	الحث – النمذجة – التعزيز – الواجب المنزلي
ختام البرنامج والقياس البعدي		المحاضرة والمناقشة الجماعية.
القياس التتبعي		المحاضرة والمناقشة الجماعية.

تحكيم البرنامج:

قامت الباحثة بعرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من أساتذة التربية الخاصة لتحكيمه (سبع محكمين)، من حيث أهميته، ووضوح أهدافه، وطبيعة جلساته، وعددها، ومحتوى الجلسات، والأنشطة، والوسائل المستخدمة، وقامت الباحثة ببعض التعديلات التي نوه إليها المحكمون.

تطبيق البرنامج:

طُبق البرنامج على (٥) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد (العينة التجريبية)، بمؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (SERO) بمدينة بنها – محافظة القليوبية.

إجراءات الدراسة:

- ملاحظة الباحثة، بحكم خبرتها وتخصصها ودورها في مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل (SERO) كأمين للمؤسسة وإشرافها على كل أنشطة وفعاليات المؤسسة، وزيارتها للعديد من المؤسسات والمراكز المتخصصة في المملكة العربية السعودية.
- إعداد وتقنين مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- إعداد البرنامج التدريبي.
- تحديد عينة الدراسة.
- القياس القبلي لمقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد عينة الدراسة.
- تطبيق البرنامج على العينة التجريبية.
- قياس مشكلات الأكل لدى عينة الدراسة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
- قياس مشكلات الأكل لدى عينة الدراسة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة.
- رصد درجات عينة الدراسة وجدولتها، ومعالجتها إحصائياً، لاستخلاص النتائج.
- تفسير نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري، والدراسات السابقة، واقتراح التوصيات.

نتـــائـــج الـــــدراســـــة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول للدراسة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده الفرعية(السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام، ورفض تناول الطعام، والانتقائية في تناول الطعام)، وذلك لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Wicoxon (W) للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الصغيرة المرتبطة. ويوضح جدول (٧) نتائج ذلك:

جدول (٧) نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (W) للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشكلات الأكل

مقياس مشكلات الأكل	القياس (قبلي/بعدي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام	الرتب السالبة	٥	٣	١٥	٢,٠٢٣-	.٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				
رفض تناول الطعام	الرتب السالبة	٥	٣	١٥	٢,٠٢٣-	.٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				
الانتقائية في تناول الطعام	الرتب السالبة	٥	٣	١٥	٢,٠٣٢-	.٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٥	٣	١٥	٢,٠٣٢-	.٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				

يتضح من الجدول (٧) وجود فروق دالة –إحصائياً- عند مستوى (٠٥.) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشكلات الأكل وأبعاده الفرعية، وذلك لصالح القياس البعدي، مما يحقق صحة الفرض الأول.

نتائج الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني للدراسة على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مشكلات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأبعاده الفرعية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Wicoxon (W) للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعات الصغيرة المرتبطة. ويوضح جدول (٨) نتائج هذا الاختبار:

جدول (٨) نتائج اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon (W للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مشكلات الأكل

مقياس مشكلات الأكل	القياس (بعدي/تتبعي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام	الرتب السالبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠	-٠,٦٨٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٥,٠٠	٥,٠٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				
رفض تناول الطعام	الرتب السالبة	٢	٠٢,٥٠	٠	٠,٠٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٥٠	٠		
	العلاقات	١				
	الإجمالي	٥				
الانتقائية في تناول الطعام	الرتب السالبة	٤	٣,١٣	١	-١,٤١٤	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٣,١٣	٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٣,٣٣	١٠,٠٠	-٠,٦٨٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠		
	العلاقات	٠				
	الإجمالي	٥				

يتضح من جدول (٨) عدم وجود فروق دالة –إحصائياً- عند مستوى (٠٥.) بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مشكلات الأكل وأبعاده الفرعية، وبذلك تتضح صحة الفرض الثاني.

منـــاقشـــة النتـــائـــج:

أوضحت نتائج البرنامج أهمية التدخل السلوكي وإشراك الأمهات في البرنامج لتخفيف السلوكيات السلبية أو العنيفة أثناء تناول الطعام لدي أطفال العينة،ونتيجةً لهذا التزايد المستمر في أعداد الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والذين هم في حاجة إلى التدخل، عرض العديد من الباحثين تدريب وتعليم الوالدين كإجراء فعال وبديل للتدخلات المباشرة من جانب المختصين، وذلك لزيادة فرص التعليم، والتعميم، وتقليل تكلفة علاج هؤلاء الأطفال (الغنيمي ، ٢٠١٧)، بالإضافة إلي استخدام الباحثة فنيات الحث، والنمذجة، والتعزيز، والواجب المنزلي والتأكيد على أمهات الأطفال باستخدام هذه الفنيات في المنزل، والتأكيد على ضرورة فعل السلوك الإيجابي وإلزام الطفل به، وحثه على ذلك واستخدام بعض أشكال النمذجة، سواء كانت نمذجة باستخدام نموذج واقعي، أو باستخدام فيديو صغير، وتعزيز الطفل فور إصداره السلوك الصحيح، مما

ساعد على تثبيت السلوك عند الطفل، وساعد على ذلك الواجبات المنزلية التي بدأت الأمهات في تنفيذها في المنزل.

وتؤكد فعالية البرنامج ما تضمنه من خلال تدريب الطفل بنفسه على الأنشطة التي تساعده على ممارسة المهارات الحياتية من خلال الاعتماد على نفسه دون مساعدة الآخرين. فبرنامج تحليل السلوك التطبيقي أعطي الفرصة للأطفال ذوي اضطراب التوحد بالاعتماد على أنفسهم والاستقلالية في أداء مهاراتهم المختلفة، كل هذا جعل الطفل يعمل جاهداً للتحكم في الاعتماد على نفسه، هذا إلى جانب تعزيز الباحثة لسلوك الأطفال الإيجابي، وما يحصلون عليه من تغذية راجعة عند تقييم سلوكهم من قبل الباحثة مما شجعهم على الالتزام بممارسة العادات الصحية بالأكل بالاعتماد على أنفسهم، ولعبت نتيجة تعديل السلوك دوراً كبيرا في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخري من عدمه، ومع تعزيز الطفل على سلوك مرغوب قام به مع تكرار هذا السلوك الذي تم تعزيزه، وينطفئ السلوك في حالة عدم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكرار هذا السلوك. ووفقاً للقاعدة السلوكية التي تنص على أن السلوك تدعمه نتائجه الفورية.

وتشير الباحثة إلى أن ثقافة الأمهات ووعيهن بحالة أطفالهم من ذوى اضطراب طيف التوحد أحد العوامل الهامة في طريق العلاج، وأن تقديم البرامج التدريبية والتدريبية لهن أمر هام إذ يفديهن في كيفية التعامل مع هذه الاضطرابات، وكذلك معرفة أحدث الوسائل المستخدمة والمتبعة في أساليب التدخل العلاجي لاضطراب طيف التوحد والأطفال المصابين باضطرابات الأكل.

ويتضح من خلال النتائج أيضا تعديل سلوك رفض الطعام للأطفال ، وترجع الباحثة هذه النتائج إلى تأثير استخدام البرنامج التدريبي في تعديل سلوكيات الأكل المضطربة والتخفيف من حدة هذا الاضطراب، ومراعاة مبدأ الفروق الفردية لكل طفل، وما تضمنه من فنيات ومواقف واستراتيجيات وأنشطة متنوعة ومختلفة مناسبة لحالة الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، وكذلك حرص الأمهات على المشاركة الفعالة أثناء بعض الجلسات وسرد خبراتهن في تغذية أطفالهن واستيعابهن لأهمية البرنامج وأهمية البرنامج وأهمية موضوع الدراسة في تحسين حالات أطفالهن والمشكلات السلوكية التي تظهر على أطفالهن ويجدون صعوبة في التعامل معها.

هذا بالإضافة إلى استخدام الباحثة لأسلوب التعزيز بأنواعه المختلفة في أغلبية جلسات البرنامج وهو ما ساعد الأمهات على المشاركة والقابلية على التفاعل البناء، ويتفق هذا مع (سليمان، ٢٠١٢)، حيث بين أن الاستجابة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من عملية حدوثه في المستقبل، أو هو إجراء من شأنه أن يغير تكرار أو احتمال صدور استجابة ما، حيث ذكر الغنيمي (٢٠١٧) أن التدريب السلوكي للوالدين -مثلاً- يكسب الوالدين القدرة على تطبيق إجراءات تحليل السلوك التطبيقي مع أطفالهم في المنزل وجهاً لوجه، مثل أن يقدم الوالدان لأطفالهم العديد من المهام التعليمية المنفصلة، مثل اتباع الأوامر خطوةً بخطوة (مثل: أشر إلى الكرة الحمراء، المس أنفك)، والقيام بالتقليد اللفظي (مثل: قل: أ، قل: ب)، ومطابقة الأشياء، وبعد تقديم كل توجيه إما أن تتم مكافأة الطفل، بعد إعطاء الإجابة الصحيحة، أو يتم عقابه بعد إعطاء إجابة خاطئة، كما تتضمن برامج تعليم الوالدين تعليمهم الدفاع عن أطفالهم، وإمداد الآباء الآخرين بالمعلومات والدعم ، ويؤكد وهبة (٢٠١٨) أن معظم السلوكيات الإنسانية إنما هي

مجموعة من الاستجابات ترتبط ببعضها البعض من خلال مثيرات محددة وتنتهي بالتعزيز، وهذا ما أثبتته جلسات البرنامج في تعديل سلوك رفض الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مثل مهارة التدرج في المضغ والبلع.

ومن خلال نتائج الدراسة الحالية يلاحظ أيضا فاعلية وتأثير فنيات التدخل السلوكي على خفض حدة سلوكيات رفض الطعام حيث ساهمت في تبسيط التدريب على الأطفال، وكذلك تقبلهم لأداء المهارة مثل فنية التسلسل وهو الإجراء الذي نستطيع من خلاله مساعدة الطفل على تأدية سلسلة سلوكية وذلك بتعزيزه عند تأدية للحلقات التي تتكون منها تلك السلسلة على نحو متتال، وكذلك فنية التشكيل والتي تعد أسلوبا مهما في تعليم وتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة عندما تحاول المعلمة / الإخصائية إكساب الطفل سلوكيات أو مهارات جديدة وشاقة على الطفل في تعلمها، وهذا ما يتفق مع دراسة (Gabrielle et al, 2017:217)، والتي استخدمت برنامج سلوكي قائم على الفن للتغلب على السلوكيات المضطربة من خلال الاستفادة من نهج تحليل السلوك التطبيقي ABA، وتم اختيار الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد الذين يعانون من نوبات انفعالية وسلوكية متكررة ومضطربة وعدم وجود تفاعل مناسب لديهم مع الآخرين في السياقات الاجتماعية، وأشارت النتائج إلى أن هذا البرنامج ساعد على تسهيل التعبير عن مشاعرهم فضلا عن تحسن التفاعلات الاجتماعية في المدرسة والمنزل.

وتري الباحثة أنه من الضروري لخفض عقبات السلوك ومن ثم تطوير السلوك الايجابي أن يكون هناك فهم لمبادئ شرح كيفية حدوث السلوكيات المختلفة، لذلك اهتمت الباحثة باستخدام بعض الفنيات السلوكية أثناء الجلسات التدريبية مما كان له أثر إيجابي على خفض مشكلات الأكل لدي أطفال عينة الدراسة ذوي اضطراب طيف التوحد. ويتفق مع ذلك ما أشار إليه (العثمان، وآخرون، ٢٠١٤) من أن التدخل السلوكي يعتمد على فنيات إدارة السلوك، وذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة، والتقليل من الأفعال والسلوكيات التكرارية النمطية وغير المرغوب فيها، وغيرها من أشكال السلوك غير التوافقي، وذلك التشريط الإجرائي الذي يفيد في هذه الفنيات من خلال تعزيز السلوك الإيجابي (مثل مضغ الأكل بطريقة جيدة، والتدرج في الأكل)، والتقليل من السلوك السلبي ومحاولة استبعاده. وهذا ما تؤكده دراسة (Rivard et al, 2016) حيث أشارت إلى تحسن السلوكيات المضطربة لدي نصف عدد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المشاركين في الدراسة والبالغ عددهم (١٣) طفلا، وكان ذلك نتيجة التدخل من خلال برنامج سلوكي.

وتفسر الباحثة أيضا عدم وجود فروق في القياس البعدي والتتبعي على مقياس مشاكل الأكل إلى متابعة الأمهات لتقدم وتطور أطفالهن أثناء البرنامج وبعده، إلى جانب الاستمرار في تقديم الوصفات الجديدة ومراعاة مشاركة الأسرة فيها، والتي كانت لها دور وعامل لتعزيز وتفعيل جدوى البرنامج، حيث ساهمت في إقبال الأمهات على تجريب وتنفيذ وصفات جديدة مناسبة لحالات أطفالهن، وتدريبهن على تعديل وتهذيب سلوكيات الأكل المضطربة لديهم.

بناء على ما سبق يتضح أن البرنامج الحالي له دور في التخفيف من مشاكل الأكل التي يعاني منها بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو ما يعزز دور البرنامج والتدخلات العلاجية والتدريبية في تعديل وتحسين سلوكيات الأكل المضطربة للأطفال التوحد ، وهذا ما يجب على جميع المؤسسات والمراكز مراعاته خلال الرعاية النهارية للأطفال ذوى اضطراب

طيف التوحد وأهمية أشراك الأمهات في برنامج الطفل لضمان تفعيل جهود التدخلات السلوكية التي تقدم للطفل في مؤسسات الرعاية النهارية.

التـــوصيـــات:

فيما يلي بيان بأهم التوصيات المنبثقة من الدراسة على النحو التالي:

١- ضرورة إجراء التحاليل الطبية للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد للوقوف على مدى معاناة هؤلاء الأطفال من أي حساسية غذائية أو اضطرابات معوية معينة.
٢- ضرورة تدريب أطفال التوحد منذ الصغر على عادات الأكل السليمة والأكل الصحي وعدم تركها حتى تصل إلى مرحلة رفض الطعام والسلوكيات السلبية.
٣- أهمية مراجعة أسر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد متخصصاً معتمداً في التغذية لتأسيس المعلومات الغذائية لأطفالهم وتحديد الفيتامينات والمكملات الغذائية الصيدلانية، وألا تكون معلومات الأسر مستقاة من خبرات وتجارب شخصية سابقة لأسر مختلفة.
٤- التأكيد على أن الخطوة الأولى في رعاية الطفل ذوي اضطراب التوحد غذائياً هو الغذاء الطبيعي العضوي والابتعاد عن الأغذية المعلبة المضاف عليها المواد المصنعة أو تلك التي تكون مجهولة المصدر.
٥- أهمية توافر فريق عمل متخصص في المؤسسات / المراكز التي تقدم رعاية نهارية وخدمات للأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد واتباع الخطة الفردية للطفل.
٦- دور وزارة الصحة ووزارة التضامن والتربية والتعليم في عمل برامج للتوعية الغذائية لأسر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد للتقليل من المشاكل الغذائية التي يعاني منها الأطفال.
٧- دور وزارة الصحة في عقد العديد من الورش التدريبية حول الأغذية العضوية وأنظمة التغذية الأساسية والحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
٨- ضرورة عمل دورات إرشادية للأمهات عن حمية الكازينو الجلوتين والطريقة الصحيحة لتطبيقها بالتعاون مع الجهات المختصة.
٩- ضرورة تفعيل الأبحاث التي تتناول مشاكل الأكل لدى الأطفال ذوى الإعاقة عامة وأطفال التوحد بصفة خاصة.

المـــــراجـــــع

إبراهيم العثمان، إيهاب الببلاوي، لمياء بدوي (٢٠١٤). مدخل إلى اضطرابات التوحد، الرياض: دار الزهراء.

الخولي، هشام (٢٠١٨). حياتي والأوتيزم " التوحد" (قضية معاصرة)، بنها:دار المصطفي للطباعة.

التميمي، أحمد وسيد أحمد، على (2014). الخصائص السيكومترية لمقياس تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد. مجلة العلوم التربوية، جامعة الملك سعود، الرياض، 26، (1)، 199- 219.

الغنيمي، إبراهيم (٢٠١٧). البرامج التربوية للتلاميذ ذوى اضطراب طيف التوحد . دار الزهراء للنشر والتوزيع: الرياض.
زيتون، كمال (١٩٩٧). التدريس نماذجه ومهاراته. المكتب العلمي للنشر والتوزيع ، الإسكندرية
عبد الله، عادل (٢٠١٤). استراتيجيات التعليم والتأهيل وبرامج التدخل، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
عبدالله، عادل (٢٠٠٠). مقياس الطفل التوحدي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
قراقيش، صفاء (٢٠١٧). مشكلات تناول الطعام لدى أطفال التوحد وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر ودرجة الإعاقة ، المجلة الدولية للأبحاث التربوية ، ٤١، ٣، ١٩٦- ٢١٨.
عمر، محمد كمال وأبو راسين ، محمد وتيراب، أحمد والسواح، صالح (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي لتوعية آباء وأمهات أطفال التوحد (الأوتيزم) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم،مجلة التربية الخاصة والتأهيل،٢(٨)، ٨٥- ١٣٢.
مجمع اللغة العربية (٢٠٠١). المعجم الوجيز. طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم.
الخولي، هشام (٢٠٠٨). الأوتيزم (التوحد) "الإيجابية الصامتة استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم"، القاهرة: دار صفاء.
الشامي، وفاء على (٢٠٠٤). علاج التوحد: الطرق التربوية والنفسية والطبية، جدة: الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية في المملكة العربية السعودية.
Adamson, M., Morawska, A., & Sanders, M. R. (2013). Childhood feeding difficulties: a randomized controlled trial of a group-based parenting intervention. *Journal of Developmental and Behavioral, Pediatrics, 34*(5), 293–302.
Ahearn, W. H., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism or pervasive developmental disorder—Not otherwise specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 31*, 505–511.
American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed, Text Revision ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
Ausderau, K., & Juarez, M. (2013). The impact of Autism spectrum disorders and eating challenges on family mealtimes. ICAN: Infant, *Child, & Adolescent Nutrition, 5*(5), 315–323.
Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., . . . Must, A. (2010). Food selectivity in children

with Autism Spectrum Disorders and typically developing children. *The Journal of Pediatrics, 157*(2), 259–264.

Bennetto, L., Zampella, C. J., Kuschner, E. S., Bender, R. G., & Hyman, S. L. (2012). Food preferences in autism spectrum disorders and their relationship to sensory and behavioral symptoms. *Paper presented at the International Meeting for Austim Research, Toronto.*

Cermak, S. A., Curtin, C., & Bandini, L. G. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association, 110* (2), 238–246.

Curtin,C; Hubbard, K;Anderson;S & Mick,E (2015),Food Selectivity, Mealtime Behavior Problems, Spousal Stress, and Family Food Choices in Children with and without Autism Spectrum Disorder, *J Autism Dev Disord , 45*, 3308–3315.

Cynthia R. Johnson,C; Foldes, F; DeMand ,A. & Brooks,M. (2015). Behavioral Parent Training to Address Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorder:A Pilot Trial, *J Dev Phys Disabil , 27*, 591–607.

Emond, A., Emmett, P., Steer, C., & Golding, J. (2010). Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics, 126*(2), 337–342. doi:10.1542/peds.2009-2391.

Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological con text of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting Science and Practice, 3* (2), 95–131.

Gabrielle T. Lee, Wan- Chi Chou, Hua Feng (2017): Social engagement through art activities for two children with autism spectrum disorders, *international Journal of education through art, 13* (2),. 217-233.

Gahagan, S. (2012). Development of eating behavior: biology and context. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 33*(3), 261–271. doi:10.1097/DBP.0b013e31824a7baa.

Gale, C., Eikeseth, S., & Rudrud, E. (2011). Functional assessment and behavioural 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.

Hock, R. M., Timm, T. M., & Ramisch, J. L. (2012). Parenting children with autism spectrum disorders: A crucible for couple relationships. *Child and Family Social Work, 17*, 406–415.

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

Johnson1.C.R; DeMand.A & Mori.M. B (2015).Behavioral Parent Training to Address Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorder: A Pilot Trial, *J Dev Phys Disabil , 27*,591–607.

Ledford, J. R., & Gast, D. L. (2006). Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21*, 153–166.

Ma.N; Thompson.C & Weston.S. (2016) Brief Report: Scurvy as a Manifestation of Food Selectivity in Children with Autism. *J Autism Dev Disord , 46*,1464–1470.

Marquenie, K., Rodger, S., Mangohig, K., & Cronin, A. (2011). Dinnertime and bedtime routines and rituals in families with a young child with an autism spectrum disorder. *Australian Occupational Therapy Journal, 58* (3), 145–154.

May, C., Fletcher, R., Dempsey, I., & Newman, L. (2015). Modeling relations among coparenting quality, autism-specifc parenting self-efcacy, and parenting stress in mothers and fathers of children with ASD. *Parenting: Science and Practice, 15*, 119–133.

Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Mealtime problems in children with autism spectrum disorder and their typically developing siblings: a comparison study. *Autism, 15*(1), 98–113. doi: 10.1177/1362361309348943.

Norlin, D., & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: Couple relationship and individual wellbeing. *Journal of Intellectual Disability Research, 57* (6), 552–566.

Rivard Melina, Forget Jacgues, Giroux Normand et al (2016): observation of socially appropriate and inappropriate behaviors among children with autism spectrum disorder during an early behavioral

intervention program, *JODD Journal on developmental disorder, 22* (1), 30, 52-67.

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

Safiza,N. & Le Couteur ,A. (2015).Spectrum of feeding problems and gastrointestinal symptoms in children with autism spectrum disorders: A scoping review, *Malaysian Journal of Nutrition, 21*(1),105-119.

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.

Seiverling, L. J., Williams, K. E., Hendy, H. Yusupova,S. &Kaczor ,A (2019). Sensory Eating Problems Scale (SEPS) for children: Psychometrics and associations with mealtime problems behaviors, *Appetite, 133* , 223–230

Seiverling, L. J., Williams, K. E., Ward-Horner, J., Sturmey, P., Matson, J. L., & Sturmey, P.(2011).Interventions to treat feeding problems in children with autism spectrum disorders: a comprehensive review International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (pp. 491–508). New York: Springer.

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.

Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., et al. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43* (9), 2159–2173.

Sharp, W. G., Burrell, L., & Jaquess, D. L. (2014). The Autism MEAL Plan: A parent training curriculum to manage eating aversions and low intake among children with autism. Autism: *the international journal of research and practice, 18* (6), 712–722.

Sharp, W. G., Jaquess, D. L., Morton, J. S., & Herzinger, C. (2010). Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 348–365.

Slusser, W., Frankel, F., Robison, K., Fischer, H., Cumberland, W. G., & Neumann, C. (2012). Pediatric overweight prevention through a parent training program for 2–4 year old Latino children. *Child-hood Obesity, 8*(1), 52–59. doi:10.1089/chi.2011.0060.

Thullen,M & Bonsall, A (2017). Co-Parenting Quality, Parenting Stress, and Feeding Challenges in Families with a Child Diagnosed with Autism Spectrum Disorder , *J Autism Dev Disord , 47*, 878–886.

Williams, K. E., Gibbons, B. G., & Schreck, K. A. (2005). Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 17*, 299–309.