

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

إعداد

د/ رمضان عاشور حسين سالم

أستاذ التربية الخاصة المساعد بقسم التربية الخاصة كلية التربية جامعة الباحة
أستاذ التربية الخاصة المساعد (المشارك) بكلية التربية جامعة حلوان

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

د/ رمضان عاشور حسين سالم *

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين، والكشف عن الفرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير الجنس، والعمر الزمني، والمستوى التعليمي للوالدين، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، واعتمدت الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين إعداد الباحث، وتكونت عينة الدراسة من (١٤٣) فرداً من والدي ذوي الإعاقة الفكرية، والذين تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٢٠-٤٨) سنة، بمتوسط عمري (٣٤.٦٢) سنة وانحراف معياري (٨.٢٠١) سنة، وبواقع (٦٨) آباء، (٧٥) أمهات)، وأظهرت النتائج جاء مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين بدرجة متوسطة، ووجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح الأمهات، ووجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً لمستوى تعليم الوالدين (قبل الجامعي، جامعي) لصالح مستوى التعليم الجامعي، ووجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة تُعزى للعمر الزمني للوالدين (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة) في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح العمر الزمني (٣١-٤٠ سنة)، وتبعاً لاختلاف العمر الزمني للوالدين (٢٠-٣٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى) في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح العمر الزمني (٤١ سنة فأعلى)، وتبعاً لاختلاف العمر الزمني (٣١-٤٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى) في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح العمر الزمني (٤١ سنة فأعلى).

الكلمات المفتاحية: الوعي، الغذاء الصحي، الإعاقة الفكرية.

* د/ رمضان عاشور حسين سالم: أستاذ التربية الخاصة المساعد بقسم التربية الخاصة كلية التربية جامعة الباحة، أستاذ التربية الخاصة المساعد (المشارك) بكلية التربية جامعة حلوان.

**The level of awareness of healthy food for students with
intellectual disabilities from the parents' point of view
according to some demographic variables**

Dr. Ramadan Ashour Hussein Salem

Assistant Professor of Special Education

Department of Special Education, Faculty of Education, Al-Baha University

Associate Professor of Special Education, Faculty of Education, Helwan University

Abstract:

The study aimed to identify the level of awareness of healthy food for students with intellectual disabilities from the point of view of the parents, and to reveal the difference between the average scores of the study sample members on the awareness scale of healthy food for students with intellectual disabilities according to the effect of the variables of gender, chronological age, and educational level of the parents. The study used The descriptive approach, and the study relied on a measure of awareness of healthy food for students with intellectual disabilities from the parents' point of view, prepared by the researcher. The study sample consisted of (143) individuals from parents of people with intellectual disabilities, whose chronological ages ranged between (20-48) years, with an average age of (34.62) years and a standard deviation of (8.201) years, with (68 fathers, 75 mothers). The results showed that the level of awareness of healthy food for students with intellectual disabilities from the parents' point of view was moderate, and there was a statistically significant difference at the significance level (0.001) between the average scores. Parents of people with intellectual disabilities in the total score of the healthy food awareness scale are in favor of the mothers, and there is a statistically significant difference at the level of significance (0.01) between the average scores of the parents of students with intellectual disabilities in the total score of the healthy food awareness scale according to the parents' level of education (pre-university, university) In favor of the level of university education, and the presence of a statistically significant difference at the significance level (0.001) between the average scores of the study sample members due to the chronological age of the parents (20-30 years, 31-40 years) on the healthy food awareness scale in favor of the chronological age (31-40 years). And according to the difference in the chronological age of the parents (20 - 30 years, 41 years and above) in the measure of awareness of healthy food in favor of the chronological age (41 years and above), and according to the difference in the chronological age (31 - 40 years, 41 years and above) in the measure of awareness of healthy food in favor of Chronological age (41 years and above).

Key Words: Awareness, Healthy Food, Intellectual Disability.

المقدمة:

يُعد الوعي بالغذاء الصحي من الموضوعات المهمة لجميع الطلبة بصفة عامة، وذوي الإعاقة الفكرية بصفة خاصة؛ حيث إن الغذاء هو محور رئيسي في حياة ذوى الإعاقة؛ نظرًا للصعوبات والمشاكل التي يعاني منها الأشخاص ذوى الإعاقة على المستويات الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والمعرفية، والتي تنعكس على عملياتهم التغذوية؛ ولهذا قد يحتاجون إلى أنواع خاصة من الغذاء، أو أشكال خاصة من التغذية (محمود والأشرم، ٢٠٢٠). كما تعتبر التغذية السليمة عاملاً رئيسياً في تحديد قدرات الطفل الجسدية، والفكرية، والنفسية، ويعتبر الغذاء من أهم العوامل البيئية التي تؤثر على جودة الحياة، حيث يحتاج الطفل إلى تناول الغذاء الصحي لضمان قدرته على أداء الأنشطة، كما أن الطعام الجيد يجعلنا أكثر قدرة على العمل وأقل عرضة للإصابة بالأمراض (الديب وآخرون، ٢٠٢٠). ومن المتطلبات الغذائية للأشخاص ذوى الإعاقة توفير السوائل المناسبة المهروسة، أو المفتتة، حسب الفروق الفردية، وتعديلات السلوك التي تمكن الطفل من الاعتماد على نفسه، ويتمكن من اكتساب مهارات الأكل، وتقييم الحالة التغذوية لذوى الإعاقة مثل أقرانهم العاديين، مع مراعاة المشكلات المرتبطة بالإعاقة الفكرية (خيرى، ٢٠١٥). وهنا يأتي أهمية وعى الوالدين بالغذاء الصحي لأبنائهم ذوى الإعاقة الفكرية، حيث أشارت أبو النيل (٢٠٢١) أن أساليب الحياة ترتقى داخل الأسرة؛ من خلال عملية متتالية تبدأ بأن الوالدين يصبحون أكثر وعياً بأهمية التغذية الصحية؛ نتيجة لوجود طفل ذوى إعاقة فكرية داخل الأسرة؛ مما يقود إلى تغيير في هوية الوالدين، واهتماماتهم، وتترجم لتغيرات إيجابية في الوعي الصحي الغذائي للأسرة.

ويواجه الطلبة ذوى الإعاقة الفكرية مشاكل غذائية عند تناول الطعام، فمثلاً يرفض الطفل تناول طعام معين، أو مجموعة من الأطعمة، أو يتصرف بشكل فوضوي عند تناول الطعام، أو يأكل عن طريق الخطأ مواد ضارة، كذلك يعانون من فقدان الشهية أو الشهية المفرطة (عبدالله، ٢٠٠٥). وتساهم الأسرة بشكل كبير في تطوير الوعي الغذائي الصحي لأبنائهم ذوى الإعاقة الفكرية نظراً لمعاناة ذوى الإعاقة الفكرية من عديد من المشكلات المتعلقة بعملية التغذية؛ ويقصد بالوعي بالغذاء الصحي تلك العادات والسلوكيات المرتبطة بالغذاء، والتي من شأنها أن تحسن صحة الطفل وتقيه من الأمراض (فخرو، ٢٠٠٣). لذا يأتي أهمية وعى الوالدين بالغذاء الصحي لأبنائهم ذوى الإعاقة الفكرية؛ وفي هذا الصدد أشار العجلونى وآخرون (٢٠١٢) إلى أنه يمكن أن ترجع السمنة لدى الأشخاص ذوى الإعاقة الفكرية إلى عدم قدرتهم على اتخاذ خيارات غذائية مناسبة، وصحية، ومتوازنة، كما قد ترجع أيضاً إلى مشاكل في عملية بلع الطعام، ومضغه وتذوق الطعام نفسه، ويمكن أيضاً أن تُعزى السمنة إلى نشاطهم الحركي

المحدود، وبالتالي تقليل إنفاق الطاقة في الجسم وحرق السعرات الحرارية، يمكن الوقاية من السمنة من خلال تجنب أسباب السمنة، وعلاجها من خلال اتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني، ويمكن اللجوء إلى الأدوية، رغم أنها غير مفيدة في كثير من الأحيان. وهو ما أشارت له دراسة (Elinder et al (2010 في أن ذوي الإعاقة الفكرية الذين يندمجون في أنشطة اجتماعية ورياضية كانت لديهم القدرة الأكبر على اتباع أنظمة غذائية صحية. وأشارت أيضاً دراسة (Murray and Ryan-Krause (2010 إلى أنه يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية تجنب السمنة من خلال النظام الغذائي، وتنظيم استهلاك الطاقة والتغذية المتوازنة، وممارسة التمارين الرياضية بانتظام؛ مما يساعد على تنظيم استهلاك الطاقة في الجسم وتحسين اللياقة البدنية، والصحة العضلية، والجسدية، والعقلية، وتحسين الوظائف الفسيولوجية.

مشكلة الدراسة:

تكتسب دراسة وعى والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية بالغذاء الصحي المتوازن والمناسب لأبنائهم أهمية كبيرة خاصة في ظل انتشار الأمراض خاصة في مراحل مبكرة من العمر، كما أن العلاقة بين ممارسة الوعي الصحي الغذائي، والتمتع بممارسات غذائية سليمة، والصحة النفسية، والعقلية والاجتماعية أصبحت علاقة واضحة، ويُمكن تطوير هذا التفاعل بشكل إيجابي من خلال وعى الوالدين بأهمية الغذاء الصحي المتوازن والمناسب لكل مرحلة من مراحل نمو ذوي الإعاقة الفكرية، ولن يتسنى ذلك كما أشار جابر والقص (٢٠١٦) إلا بالتربية الغذائية، أو الثقافة الغذائية؛ والتي تلعب دوراً مهم في استفادة الطفل من غذائه، وفي اختيار نوع، وكمية الغذاء المتناول وفقاً للاحتياجات اليومية الضرورية للجسم، والمتغيرات التي ترافق مراحل النمو، والحالة الصحية، أو النشاط الذي يؤديه. حيث أشار محمد (٢٠١٧) إلى أن الأشخاص ذوو الإعاقة الفكرية يواجهون عدداً من المشكلات المتعلقة بالثقافة الغذائية، بما في ذلك زيادة الوزن، والإفراط في تناول الطعام، وهذا يؤدي إلى السمنة المفرطة، بالإضافة إلى تساؤلات الوالدين عن كيفية تنظيم وتوعية هؤلاء الأطفال للتغذية السليمة. كذلك أشارت دراسة Sayin and Ilik (2017) إلى أن الأطفال ذوو الإعاقات الفكرية يستهلكون المزيد من عصائر الفاكهة والمشروبات السكرية إضافة إلى الألبان والحلويات، ويستهلكون حصصاً أقل بكثير من الخضروات يومياً مقارنةً بأقرانهم العاديين، وتتمثل المشكلات الأكثر انتشاراً في محدودية التنوع الغذائي، وتناول الطعام بسرعة، والإفراط في تناول الطعام. وبينت دراسة Bandini et al (2019) أن معدل رفض الطعام أعلى بشكل ملحوظ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالمقارنة بأقرانهم العاديين. وأوضحت دراسة (Kelly et al (2020 بلوغ نسبة السمنة لذوي

الإعاقة الفكرية (٤٥.٢%) للذكور، و(٥٠.٥) لدى الإناث، وكان الأشخاص المصابين بدرجة شديدة من الإعاقة الفكرية أقل بكثير في السمنة وزيادة الوزن من باقي درجات الإعاقة الفكرية. وتأسيساً على ما سبق تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين، كذلك الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات الوالدين على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير الجنس، والعمر الزمني، والمستوى التعليمي للوالدين.

أسئلة الدراسة:

- ١- ما مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين؟
- ٢- هل يوجد فرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير الجنس (أباء، أمهات)؟
- ٣- هل يوجد فرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر العمر الزمني (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١ فأعلى)؟
- ٤- هل يوجد فرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير المستوى التعليمي (قبل الجامعي، جامعي)؟

أهداف الدراسة:

- ١- تعرف مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين.
- ٢- الكشف عن الفرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير الجنس (أباء، أمهات).
- ٣- التعرف على الفرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر العمر الزمني (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١ فأعلى).
- ٤- الكشف عن الفرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير المستوى التعليمي (قبل الجامعي، جامعي).

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في الآتي:

- الأهمية النظرية:

- ١- قلة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحث - التي تناولت متغير الوعي بالغذاء الصحي لوالدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، وتُعتبر الدراسة الحالية من الدراسات الجديدة التي سوف تُسهم في فتح المجال أمام الباحثين لدراسة متغير الوعي بالغذاء الصحي في ميدان التربية الخاصة بصفة عامة، والإعاقة الفكرية بصفة خاصة.
- ٢- إلقاء الضوء على متغير الوعي بالغذاء الصحي في مجال الإعاقة الفكرية، ومحاولة التأسيس النظري له، وذلك لإتاحة الفرصة أمام الباحثين بإجراء الدراسات من أجل تنمية الوعي بالغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية.
- ٣- توجيه النظر إلى مظاهر الوعي بالغذاء الصحي المتوازن والمناسب لذوي الإعاقة الفكرية؛ حيث يقع على عاتق الباحثين والوالدين والمعلمين مسؤولية كبيرة نحو أهمية التغذية الصحية المتوازنة والمناسبة لذوي الإعاقة الفكرية.
- ٤- قد تسهم نتائج الدراسة الحالية في زيادة رصيد المعلومات والحقائق عن الوعي بالغذاء الصحي المتوازن والمناسب لذوي الإعاقة الفكرية.

- الأهمية التطبيقية:

- ١- إمكانية الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في بناء برامج تدريبية لتنمية مهارات والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية حول الوعي بالغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية.
 - ٢- إثراء المكتبة العربية والمهتمين بمجال الإعاقة الفكرية، بمقياس للوعي الغذائي الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين تتحقق فيه الخصائص السيكومترية للقياس في البيئة العربية.
 - ٣- توجيه نظر القائمين على تعليم ورعاية الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية إلى إعداد برامج تدخلية تدريبية وإرشادية لتعزيز الوعي الغذائي الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية.
 - ٤- قد تسهم ما ستسفر عنه الدراسة الحالية من نتائج في توجيه اهتمام التربويين والقائمين على رعاية الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية إلى أهمية تضمين مناهج هؤلاء الطلبة ببعض المهارات والأنشطة التي من شأنها تعزيز الوعي بالغذاء الصحي المتوازن والمناسب.
- محددات الدراسة:** وتمثلت تلك المحددات فيما يلي:

- المحددات الموضوعية: تمثلت في المتغير الذي تناولته الدراسة الحالية وهو الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين.
- المحددات البشرية: طُبّق أداة الدراسة على والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية.

- المحددات الزمنية: طبقت أداة الدراسة خلال العام الدراسي ٢٠٢٣م.
 - المحددات المكانية: طبقت أداة الدراسة بمدارس التربية الفكرية بمحافظة القاهرة والجيزة.
- مصطلحات الدراسة:**

أولاً- الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية:

- عرفه الباحث بأنه وعى الوالدين بالغذاء الصحي المناسب للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية كتناول الأغذية الصحية المتوازنة الملائمة لمراحل النمو المختلفة دون زيادة أو نقصان.
- وعرفه الباحث إجرائياً بأنها الدرجة التي يحصل عليها والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية المستخدم في الدراسة الحالية.

ثانياً- والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية:

- ويعرفهم الباحث بأنهم أولياء أمور الطلاب والطالبات ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة الذين تتراوح معدلات ذكاءهم بين (٥٠-٧٥) الملتحقين بمدارس التربية الفكرية التابعة لإدارات التربية والتعليم، وكذلك مراكز التربية الخاصة بمحافظة الغربية.

الإطار النظري للدراسة:

أولاً- الإعاقة الفكرية:

مفهوم الإعاقة الفكرية:

عرفها Rooms et al (2004, p.53) بأنها: "وجود نقص في نسبة ذكاء الطالب بحيث تقل هذه النسبة عن (٧٠)، وترجع هذه الإعاقة إما لعوامل بيئية، أو عوامل وراثية، أو شذوذ في الكروموسومات؛ وتشير الجمعية الأمريكية للاضطرابات النمائية والإعاقة الفكرية (AAIDD) أن الإعاقة الفكرية "عبارة عن قصور جوهري في الأداء الوظيفي الراهن يتصف بأداء عقلي وظيفي دون المتوسط، يصاحبه قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل المهارات الاجتماعية المهارات الاستقلالية الحياة اليومية المنزلية العناية الشخصية الاستفادة من مصادر المجتمع التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، قضاء وقت الفراغ، وتظهر الإعاقة الفكرية قبل سن الثامنة عشر" (ماجدة عبيد ٢٠٠٧، ص٣٣). وعرفها الخطيب والحديدي (٢٠٠٩، ص٢٤٤) بأنها: "انخفاض ملحوظ في القدرات العقلية العامة وعجز في السلوك التكيفي يظهران في مرحلة النمو، ويشير الانخفاض الملحوظ في مستوي الأداء العقلي العام إلى تدني درجة ذكاء الطفل عن المتوسط".

ومن خلال ما سبق يتضح أن الإعاقة الفكرية تتمثل في قصور أو ضعف في القدرات العقلية، الذي يظهر خلال سنة قبل الثامنة عشر، ويكون مصاحباً لقصور في واحدة أو إثنين من مهارات السلوك التكيفي.

خصائص الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية:

١- **الخصائص الجسمية:** وتتمثل في أن حجم جسم ذوي الإعاقة الفكرية عادة يكون أصغر من أقرانهم العاديين، كذلك فإنهم يتأخرون في المشي فلا يبدؤون المشي قبل بلوغ سن الثلاث سنوات، كذلك يظهرون عدم التناسق الحركي، ويحققون معدلات نجاح في النمو الجسمي والحركي أعلى من معدلات النمو العقلي والمعرفي (عبدالنبي، ٢٠٠٤؛ العزه، ٢٠٠٢؛ مرسى، ١٩٩٩؛ المشرفي، ٢٠٠٩).

٢- **الخصائص العقلية المعرفية:** فالطفل ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة لديه قصور في القدرة العقلية، وقصور في معالجة المعلومات، واستخدام الذاكرة، والانتباه والتفكير، ويظهر القصور بداية في تصنيف المعلومات، أو الأشياء حيث لا يتمكن الطفل من ربط العلاقة بين الأشياء وتصنيفها إلى فئات مفيدة مثل: (كرسي طاولة أريكة) تُسمى أثنائاً، (تفاحة خوخ - كمثرى) تُسمى فواكه؛ ولذلك لا يتم تخزين المعلومات في الذاكرة بشكل صحيح، ويحتاج إلى تكرار المعلومات بصفة مستمرة، ويعتمد على الذاكرة قصيرة الأمد (Kirk et al., 2022).

٣- **الخصائص الاجتماعية والانفعالية:** وتتمثل في سهولة الانقياد وسرعة الاستهواء، والتبدل الانفعالي واللامبالاة، والانعزال في المواقف الاجتماعية، والشعور بالدونية، والإحباط، وضعف الثقة بالنفس، والتردد ويطء الاستجابة، والقلق، والرتابة، وسلوك المداومة، والنزعة العدوانية، والسلوك المضاد للمجتمع (المغازي، ٢٠٠٤).

٤- **الخصائص اللغوية:** أشارت (Erika ٢٠٠١) إلى أن ذوي الإعاقة الفكرية لديهم قدرات لغوية محدودة فلديهم اضطرابات معرفية متنوعة، وصعوبة في تسمية الأشياء، وتسمية فصول السنة؛ لذا يعاني أكثر من نصف الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من تأخر في الكلام.

ثانياً - مفهوم الوعي الغذائي:

عرف قنديل والحسين (١٩٩٣، ص٦) الوعي الغذائي بأنه: "الوعي بمعرفة وفهم المعلومات الخاصة بالغذاء والتغذية الصحيحة، والقدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة تكسبها شكل العادة التي توجه قدرات الفرد في تحديد واجباته المنزلية

المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته وذلك في ضوء حدود إمكانياته؛ ويرى الباحث أن نمط الغذاء هو النمط الذي يسلكه ذوي الإعاقة الفكرية في الأكل، ويظهر في تناول الأغذية الصحية المتوازنة الملائمة لمراحل النمو المختلفة دون زيادة أو نقصان". وعرفه خضر وعدنان (٢٠١٥، ص٦). بأنه "معرفة الأم بالغذاء الصحي المتكامل بالعناصر الغذائية المهمة لتغذية الطفل تغذية صحيحة". وعرفه محمد (٢٠١٧، ص١٠). بأنه: "الحصيلة التطبيقية الغذائية في كل مراحل العمر، وكذلك الحالات الصحية المتباينة للإنسان".

ومن خلال ما سبق يتضح أن الوعي الغذائي يتمثل في إلمام الوالدين بمعرفة واعية حول الغذاء الصحية المناسب والمتوازن، وأهميته ووظيفة كل عنصر لجسم الطفل ذوي الإعاقة الفكرية

الغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية:

أوضح خيرى (٢٠١٥) أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يحتاجون على العناصر الغذائية نفسها التي يحتاجها أقرانهم العاديين، إضافة إلى أن هناك عوامل مؤثرة في الاحتياجات الغذائية من عناصر غذائية وسعرات حرارية لذوي الإعاقة الفكرية، ويتمثل العامل الأول في تركيب الجسم، والنمو والتطور، وتناول الأدوية وتداخلاتها، والمشاكل التغذوية للمعاقين، وهي تركيب الجسم حيث قد تختلف مكونات جسم الأطفال ذوي الإعاقة عن العاديين، أما العامل الثاني فهو النمو والتطور ويتمثل في التأخر في النمو ونقصان الوزن أو ظهور السمنة من أهم المشاكل الغذائية التي يعاني منها ذوي الإعاقة، وأكثرها شيوعاً، أما العامل الثالث فهو تناول الأدوية وتداخلاتها؛ حيث يتناول العديد من ذوي الإعاقة الفكرية أنواعاً مختلفة من الأدوية لمعالجة حالات مصاحبة عدة منها الصرع وفرط الحركة وتحسين المشاكل السلوكية، أما العامل الرابع فهو المشاكل التغذوية لذوي الإعاقة؛ حيث قد يعاني ذوي الإعاقة من واحد أو أكثر من المشاكل التغذوية الآتية: بطء في النمو (الطول) ونقصان الوزن، زيادة في الوزن بالنسبة إلى الطول، السمنة، نقص عنصر الحديد (فقر الدم الناتج عن نقص الحديد)، رفض الطفل تناول أكل معين أو مجموعة من الأغذية، السلوك الفوضوي عند تناول الطعام مثل التمسك بالأكل بشكل روتيني وفرط الحركة، أكل مواد غير الأطعمة (غير غذائية) مثل التراب أو الطمي أو الورق وغيرها، فقدان الشهية، فرط الشهية، والحساسية لبعض الأطعمة والأغذية، وقلة تناول السوائل أو فقد السوائل بكثرة بلا تعويض، والتقيؤ والاجترار، والإمساك، وعدم قدرة الطفل على إطفاء نفسه بنفسه، ورفض الطفل التوجيهات وتدريب التحسن في سلوك الطعام مثل أن يعتمد على نفسه أو يتناول أغذية غير سائبة أو مهروسة، وعدم القدرة على القضم أو المضغ أو المص، وقلة فترات الانتباه (تشتت الانتباه) في أثناء الطعام، واستمرار هذه المشكلات وتفاقمها بسبب جهل

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

القائمين على الطفل، أو عدم مقدرة الطفل أو عدم توفر الوقت الكافي لإطعامه، أو الخوف من رفض الطعام بما يستتبع بقاء هذه المشكلات التغذوية وتفاقمها مع الوقت.

وأشار Cross (2000) إلى عدة اعتبارات للتغذية السليمة والصحية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وهي كالآتي:

١- **الاعتبارات الطبية:** فإذا كان هناك حاجة إلى غذاء صحي، فيجب استشارة أخصائي التغذية قبل البدء في عملية التغذية للنظر في المشكلات التي يمكن أن تنتج عن التغذية غير الصحية.

٢- **السلامة:** ويشمل ذلك التأكد من أن الأطفال لا يأكلون بسرعة كبيرة، واختيار الأطعمة التي يمكنهم مضغها وبلعها بسهولة.

٣- **التغذية:** يجب توفير الأغذية الصحية المناسبة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وخاصة الذين يعانون من مشاكل صحية، حيث يحتاج هؤلاء الأطفال إلى وجبات مغذية خاصة، ومن المهم ضمان تلبية الاحتياجات الغذائية.

٤- **جدول وقت الطعام:** ويشير إلى متى وكيف تُعطى الوجبات وانسجامها مع الجدول اليومي، وتشمل الأشياء التي تحدث قبل وبعد وجبات الطعام، والالتزام بالجدول الاعتيادي اليومي لتناول الطعام هام جداً للطفل لأنه يؤثر على مزاجه واستعداده لتناول الطعام.

٥- **القدرات البدنية:** وتشمل قدرة الطفل ذوي الإعاقة الفكرية على الجلوس في وضعية صحيحة وآمنة للتغذية وقدرته على استخدام الفك والضم واليد ويشمل الخدين والشفيتين واللسان والأسنان، وتحريك الطعام في فمه ومضغه حتى ابتلاعه، ويعاني ذوي الإعاقة صعوبة مع هذه الأجزاء من تناول الطعام، وقد يحتاجون إلى المعدات المخصصة لتحديد الجلوس والتغذية أحياناً.

٦- **المنبهات الحسية:** وتشمل جميع الأشياء المحيطة بالطفل خلال تناوله الطعام، فهو يسمع ويرى ويشم الروائح ويتذوق الطعام خلال تناول الوجبة، وبعض الأطفال لديهم حساسية الضوضاء؛ مما يؤدي للامتناع عن تناول الطعام، وبعضهم لا يحبون أن يشعروا بالأطعمة اللزجة في أفواههم، وهذا يتطلب العمل لإعداد مواد غذائية تساعد الطفل على تقليل الشعور بالتوتر وتناول الطعام بهدوء.

٧- **التفاعل والتواصل الاجتماعي:** وتشمل الطرق التي يُعبر الأطفال فيها للكبار على ما يريدون ومتى يتم الانتهاء من الطعام، وكيف يتواصل الكبار أو يفهمون تلك الرسائل من

الطفل، وكيف يكون الطفل قادرًا على التفاعل اجتماعيًا مع العائلة أو زملائه الذين هم أيضًا معه في تناول الوجبة.

٨- ذاتية التغذية: ويشمل جميع الطرق التي تساعد الطفل أن يكون أكثر استقلالية بإطعام نفسه، تبدأ بمهارات في غاية البساطة مثل إمساك زجاجة أو كوب، ووصولاً لاستخدام أواني من دون مساعدة، وعادة ما يستغرق الأطفال ذوي الإعاقة مزيد من الوقت والممارسة لتعلم هذه المهارات، ويعتمد على القدرات الجسمية والمهارات الموجودة لديهم والدافعية لإطعام نفسه، وعلى الأسرة أن تختار أدوات الطعام المناسبة لإعاقة الطفل، وتدريبه على الاعتماد على نفسه في تناول الطعام، وإن يشترك كل من الأسرة والأخصائي في التدريب على مهارة تناول الطعام.

تأثير التغذية غير الصحية على ذوي الإعاقة الفكرية:

العادات الغذائية الخاطئة يمكن أن تسبب العديد من المشاكل، منها صعوبة التركيز، وضعف الأداء الأكاديمي، وفقر الدم، والصداع، واضطرابات النوم، ومشاكل السمنة، وفقر الدم الناتج عن نقص الحديد في الجسم ويتميز بانخفاض مستويات الهيموجلوبين وينتج عن سوء التغذية (الديب، ٢٠٢٠).

لذلك لأيد من الاهتمام بالنظام الغذائي الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، بحيث يكون متوازنًا، ويحتوي على العناصر الأساسية، كما يجب الاهتمام بتناول الفيتامينات ومنها: فيتامين C لتحسين امتصاص الحديد، والتأكد من تناول الأطفال لوجبة الإفطار، وتناول التمر في الصباح، والاهتمام بنظافة الطعام، والابتعاد عن الملوثات، والتغذية السليمة، والتركيز على نوعية الطعام وليس كميته، وتشجيع ذوي الإعاقة الفكرية على شرب الماء طوال الوقت بكميات وفيرة.

وتمثل السمنة وزيادة الوزن أحد أكثر الإضرابات شيوعًا الناتجة عن التغذية غير الصحية، وغير المتوازنة وهو ما اتفقت عليه غالب الدراسات السابقة (الخطيب وآخرون، ٢٠١٣؛ والعطيوي، ٢٠١٥؛ Choi et al, 2012؛ Emerson & Robertson, 2010؛ Fox et al, 2015؛ Kelly et al, 2020؛ Neter et al, 2011؛ Nogay, 2013؛ Rubin et al, 1998؛ Sanjay & Nadgir, 2013؛ Salaun et al, 2011).

وُتُعرف بأنها (Antipatis and Gill (2001, p.4) "زيادة في وزن الجسم عن حده الطبيعي نتيجة تراكم الدهون فيه، وهذا التراكم ناتج عن عدم التوازن بين الطاقة المتأولة من الطعام والطاقة المستهلكة في الجسم"؛ وعرفها الخطيب وآخرون (٢٠١٣، ص.١٢١) أن "السمنة وزيادة الوزن لدى ذوي الإعاقة الفكرية بأنها ناتج قسمة وزن الجسم بالكيلوجرام على

مربع الطول بالمتري، المعروفة بمؤشر كتلة الجسم والذي يزيد عن (٢٥) زيادة الوزن، و(٣٠) فأكثر وفق مؤشرات منظمة الصحة العالمية".

والسمنة تنتج عن خلل في النظام الغذائي، حيث إن تناول الأطعمة ذات السرعات الحرارية العالية دون حرق تلك السرعات الحرارية يمكن أن يتسبب في تراكم الدهون في جسم الطفل، وتنتج السمنة أيضاً عن قلة النشاط وممارسة الرياضة (العجلوني وآخرون، ٢٠١٣).

الدراسات السابقة:

يستعرض الباحث في هذا الجزء الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت الوعي بالغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية، وسوف يتم تناولها من القديم إلى الحديث كالآتي:

- أجرى (Stanek et al (1990) دراسة في إطار توضيح أهمية الغذاء الصحي المتوازن للأطفال، من خلال فحص الحالة الغذائية وتأثيرها على الصحة والنمو العقلي للأطفال، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، على عينة الدراسة مكونة من (٢٩٢) من الأطفال، وتمثلت أدوات الدراسة في: المقاييس الجسمية ومقاييس القدرات العقلية، واستمارة للحالة الغذائية إعداد الباحثان، وبعض الفحوصات الكيميائية، وأظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الحالة الغذائية والنمو العقلي، ودرجة تعليم الوالدين والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، بينما توجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الحالة الغذائية وحجم الأسرة.

- وهدفت دراسة (Rubin et al (1998) إلى الكشف عن نسب انتشار السمنة لذوي الإعاقة الفكرية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٨٣) من الأطفال ذوي متلازمة داون، وأظهرت نتائجها أن نسبة الإصابة بالسمنة بلغت (٣٣% للذكور، و٣٦% للإناث)، وارتفاع نسبة الإصابة بالسمنة لذوي متلازمة داون الذين يعيشون في جو أسرى مقارنة بأولئك الذين يعيشون في مجموعة المنزل المستقل.

- وأجرى عبدالمجيد (١٩٩٨) دراسة هدفت إلى تقييم الحالة الغذائية للأطفال ذوي الإعاقة في بعض المدارس الابتدائية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (١٦٠) طفلاً من ذوي الإعاقة من الحضر وعدد (٧٤) طفلاً من ذوي الإعاقة بالريف، وتمثلت أدوات الدراسة في استمارات تقييم الحالة الغذائية، ومعرفة المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والمقاييس الجسمية، وأظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى تعليم الوالدين والحالة الغذائية للأطفال وبين دخل الأسرة والحالة الغذائية.

- وأجرى (2010) Elinder et al دراسة هدفت إلى الكشف عن الآثار المترتبة على نوعية النظام الغذائي والنشاط البدني، ومؤشر كتلة الجسم وفقاً لنوعية الحياة، وكذلك دراسة تأثير الإقامة وروتين العمل على النظم الغذائية الصحية والنشاط البدني لذوي الإعاقة الفكرية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتم الاعتماد على قياسات الطول والوزن، ومؤشر كتلة الجسم، والاستبانة والمقابلات الشخصية وتحليل السجلات كأدوات لجمع البيانات، وأوضحت نتائجها أن ذوي الإعاقة الفكرية الذين يندمجون في أنشطة اجتماعية ورياضية كانت لديهم القدرة الأكبر على اتباع النظام الغذائي الصحي.
- وأجرى (2010) Emerson and Robertson دراسة هدفت إلى تحديد معدلات انتشار السمنة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٦ - ٧) سنوات، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وأوضحت نتائجها عن انتشار السمنة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بصورة مرتفعة بالمقارنة بأقرانهم العاديين.
- وفي نفس الاتجاه قام (2011) Salaun et al بدراسة بهدف الكشف عن مدى انتشار السمنة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (١٩٢) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة الفكرية، واستخدمت الدراسة مؤشر تقييم الوزن والطول وكتلة الجسم، ومحيط الخصر، وأسفرت النتائج عن إصابة (٢٦%) من ذوي الإعاقة الفكرية بالسمنة وزيادة الوزن، كذلك وجود فائض من الدهون في الجسم في (٤٤.٩%) من الذكور، و(٤٧%) من الإناث، وأوصت الدراسة باتباع استراتيجية وقائية للأكل الصحي للحماية من أخطار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية خاصة في مرحلة البلوغ.
- وكذلك هدفت دراسة (2011) Neter et al إلى تقدير انتشار السمنة وزيادة الوزن لدى الأطفال ذوي الإعاقات والعاديين، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠٧٢) من الأطفال في المدرسة الابتدائية العادية و(٨٥) طفلاً من ذوي الإعاقة بالمدارس الابتدائية، وقدم للآباء استبانة عن التغذية المقدمة للطفل وخصائص السلوك البدني والحركي، وأوضحت نتائجها أن معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال ذوي الإعاقات بلغ (٣٠.٦%) وبلغت نسبتها بين الأطفال العاديين (١٠.٦%) فقط، كما أظهرت الدراسة فروقاً دالة احصائياً في التغذية والنشاط البدني بين ذوي الإعاقة وأقرانهم العاديين لصالح العاديين، وأوصت الدراسة بضرورة تعزيز التغذية الصحية للحد من انتشار وزيادة الوزن والسمنة لدى الأطفال ذوي الإعاقة.

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

- كذلك هدفت دراسة (Choi et al (2012) إلى تقدير مدى انتشار السمنة وزيادة الوزن لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤٠٤) من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٧-١٨) سنة، وقد تم تحليل بياناتهم من خلال سجلات الصحة المدرسية، وقد تم تقييم الفروق بين البنين والبنات بالنسبة للطول والوزن للأطفال، وأوضحت نتائجها إصابة ما يقرب من (٢٥%) من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بمعدل أكبر من السمنة وزيادة الوزن، وكان هذا المعدل أكثر لدى الإناث (بين ١٥- إلى ١٨ سنة) عنه لدى الذكور.
- وهدفت دراسة (Sanjay and Nadgir (2013) إلى الكشف عن نسبة انتشار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٥- ١٥) سنة، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٥) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة الفكرية، وأسفرت نتائجها عن انتشار السمنة والوزن الزائد لدى الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية.
- وفي نفس الاتجاه قام الخطيب وآخرون (٢٠١٣) بدراسة هدفت على تقدير مدى انتشار السمنة وزيادة الوزن من خلال البيانات الخاصة بكتلة الجسم لدى عينة من الطلاب ذوي الإعاقة الفكرية في ضوء بعض المتغيرات التربوية مثل العمر الزمني والعقلي ونسبة الذكاء ودرجة الإعاقة الفكرية، إضافة إلى المرحلة الدراسية الملتحق بها الطالب ونوعية البرنامج التربوي، واقتراح تصور تربوي يُمكن أن يسهم في الوقاية من السمنة وزيادة الوزن لدى هؤلاء الطلبة، وتكونت عينة الدراسة من (٤٣٨) طالباً من ذوي الإعاقة الفكرية في محافظة جدة بالمملكة العربية السعودية، وقد أوضحت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى السمنة وزيادة الوزن لدى الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، بينما لم تجد الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية عن باقي المتغيرات نسبة الذكاء، ودرجة الإعاقة الفكرية، والمرحلة الدراسية الملتحق بها الطالب ونوعية البرنامج التربوي.
- وأجرى (Nogay (2013) دراسة هدفت إلى تقييم الحالة الغذائية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على أساس مؤشرات الأنثروبومترية والاستهلاك الغذائي، وتكونت عينة الدراسة من (٧٧) طفلاً ذوي إعاقة فكرية، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٠- ١٨) سنة، وتم حساب مؤشر كتلة الجسم ونسبة الدهون في الجسم للطفل من خلال قياس وزن الجسم والطول، وسمك طبقة الدهن تحت الجلد، ثم تم تسجيل استهلاكهم الغذائي لمدة ثلاث أيام من أجل تحديد كمية المغذيات، وأسفرت النتائج عندما تم تقييم وزن الجسم للأطفال ذوي

الإعاقة الفكرية وفقاً لأعمارهم أن (١٤%) من الأطفال يعانون من النحافة، وأن الإناث يعانين من ميل أعلى إلى السمنة من الذكور، ونسبة (٧٠%) من العينة يعانون من قلة تناول الأغذية الغنية بالكالسيوم، ونسبة (٩٠%) من العينة لا يتناولون الماء بكمية كافية وفق احتياجاتهم اليومية، وكذلك فإن سوء التغذية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية منتشر نتيجة قلة الوعي الكافي لديهم.

- وأجرى (Bouza 2014) دراسة هدفت على تقنين مقياس للثقافة الغذائية لذوي الإعاقة الفكرية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٥٥) من ذوي الإعاقة الفكرية بولاية تكساس بالولايات المتحدة الأمريكية التابعين لبرنامج الأولمبياد الخاص بولاية تكساس ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٠ - ١٥) سنة، واستخدمت الدراسة مقياس الثقافة الغذائية والذي تضمن العادات الغذائية إعداد الباحث، وأوضحت نتائجها أن جزء من عينة الدراسة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لديهم بعض المعلومات الثقافية الصحيحة حول التغذية وهم من تعرضوا للبرنامج الصحي للأولمبياد في حين عدم امتلاك العديد من أفراد العينة للثقافة الغذائية السليمة، مما يعزو إلى عدم تلقيهم لبرامج صحية تستهدف تدعيم الثقافة الغذائية.

- وأجرى العطوي (٢٠١٥) دراسة بهدف الكشف عن مدى انتشار السمنة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٢) من ذوي الإعاقة الفكرية، حيث تم قياس الطول والوزن لهم، وبعد ذلك تم حساب متوسط مؤشر كتلة الجسم وتمت مقارنة المتوسط بالمعيار العالمي لتصنيف وزن الجسم الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وقد أوضحت نتائجها أن المتوسط الحسابي لمؤشر كتلة الجسم لدى عينة الدراسة ذوي الإعاقة الفكرية كان (١٩.٤) وتعنى هذه القيمة أن السمنة لا تنتشر لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، لأن القيمة (١٩.٤) تقع ضمن الوزن الطبيعي الذي يتراوح بين (١٨.٥ - ٢٤.٩).

- وفي نفس الاتجاه أجرى (Fox et al 2015) دراسة هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (١١٥٢) من ذوي الإعاقة الفكرية، وبينت نتائجها انتشار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية البالغين وبلغت نسبتها ما بين (٦.٩ - ٣٨.٢%) وذلك اعتماداً على عوامل الجنس والعمر الزمني وشدة الإعاقة، وقد تبين أن مشكلات الوزن أكثر انتشاراً لدى الإناث منها لدى الذكور، وأنها أكثر انتشاراً بين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة منها لدة ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة، وأنها أكثر انتشاراً مع تقدم العمر الزمني.

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

- وأجرى (Sayin et al (2017) دراسة هدفت إلى تحديد أنماط التغذية ومشاكل التغذية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، حيث تم تقييم أنماط التغذية ومشاكل التغذية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٢٠) طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية، وأسفرت نتائجها عن أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من نقص المتناول من الخضروات والفاكهة وزيادة تناول الحلويات، مع وجود بعض المشكلات الأخرى الخاصة بتناول الطعام مثل تناول الطعام بسرعة مع صعوبة في البلع، ورفض تناول بعض الأطعمة المفيدة.
- وقام النواصرة والحوارنى (٢٠١٧) بدراسة هدفت على الكشف عن السلوك الصحى لدى الأطفال المعوقين من وجهة نظر أمهاتهم فى محافظة عجلون فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية ودرجة ونوع الإعاقة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفى المسحى، واعتمدت الدراسة على اختبار السلوك الصحى إعداد الباحثان، وتكونت عينة الدراسة من (٨٣) طفلاً وطفلة من ذوي الإعاقة، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحى بين الأطفال ذوي الإعاقة منخفض.
- وهدفت دراسة (Bandini et al (2019) إلى مقارنة انتقائية الطعام (وقت الأكل، رفض الطعام، وسلسلة المواد الغذائية المحدودة) بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وأقرانهم العاديين، وتكونت عينة الدراسة من (٥٩) من الأطفال العاديين، و(٥٦) من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٣- ٨) سنوات، واستخدمت الدراسة استبانة تكرار الأكل لذوى الإعاقة الفكرية والعاديين إعداد الباحثين، وأسفرت نتائج الدراسة عن أن معدل رفض الطعام أعلى بشكل ملحوظ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.
- وأجرى (Kelly et al (2020) دراسة بهدف التعرف على نسبة انتشار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفى، وتكونت عينة الدراسة من (٥٥٣) من ذوي الإعاقة الفكرية ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٨- ٤٠) سنة، من خلال استخدام مؤشر كتلة الجسم، وأسفرت نتائجها عن انه بلغت نسبة السمنة وزيادة الوزن لدى ذوي الإعاقة الفكرية (٤٥.٢%) للذكور، و(٥٠.٥) لدى الإناث، وكان الأشخاص المصابين بدرجة شديدة من الإعاقة الفكرية أقل بكثير في السمنة وزيادة الوزن من باقي درجات الإعاقة الفكرية.
- وهدفت دراسة محمود وآخرون (٢٠٢٠) إلى مقارنة عادات الأكل لدى فئات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور

الانتباه وفرط الحركة) وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٣) طفلاً وطفلة من ذوي الاضطرابات النمائية العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي تراوحت أعمارهم بين (٤-١٠) سنوات بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائياً في عادات الأكل بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالح الأطفال ذوي النمو الطبيعي، ووجود فروق دالة احصائياً في عادات الأكل بين الذكور والإناث ذوي الإعاقة الفكرية لصالح الإناث ذوات الإعاقة الفكرية.

تعليق على الدراسات السابقة:

يتضح من العرض السابق للدراسات السابقة تركيزها على أهمية الغذاء الصحي للطلبة كدراسة (Stsnek et al (1990)، كذلك اتفاقها على وجود مشكلات في التغذية الصحية المتوازنة والمناسبة لذوي الإعاقة الفكرية؛ مما يترتب عليه السمنة وزيادة الوزن (الخطيب وآخرون، ٢٠١٣؛ والعطيوي، ٢٠١٥؛ Choi et al, 2012؛ Emerson & Robertson, 2010؛ Fox et al, 2015؛ Neter et al, 2011؛ Kelly et al, 2020؛ Nogay, 2013؛ Rubin et al, 1998؛ Salaun et al, 2011؛ Sanjay & Nadgir, 2013).

في حين بينت دراسة (Sayin et al (2017) أن الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يعانون من نقص المتناول من الخضروات والفاكهة وزيادة تناول الحلويات، مع وجود بعض المشكلات الأخرى الخاصة بتناول الطعام مثل تناول الطعام بسرعة مع صعوبة في البلع، ورفض تناول بعض الأطعمة المفيدة. وربطت بعض الدراسات بين الحالة الغذائية للطلبة ومستوى تعليم الوالدين كدراسة عبدالمجيد (١٩٩٨). وبينت دراسة (Bouza (2014) ضعف الوعي بالغذاء الصحي لدى ذوي الإعاقة الفكرية، واتفقت معها دراسة النواصرة والهوراني (٢٠١٧)، أما دراسة (Bandini et al (2019) أوضحت أن معدل رفض الطعام أعلى بشكل ملحوظ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. وأشارت بعض الدراسات إلى أهمية ممارسة الأنشطة الاجتماعية والرياضية لتحسين النظام الغذائي الصحي لذوي الإعاقة الفكرية (Elinder et al (2010). وأوصت الدراسات بضرورة تعزيز التغذية الصحية السليمة والمتوازنة والمناسبة لذوي الإعاقة الفكرية (Neter et al, 2011؛ Salaun et al, 2011).

وجميعها تناول دراسة الغذاء الصحي لدى عينة ذوي الإعاقة الفكرية، ولم يتم دراسته من وجهة نظر الوالدين، كذلك لم تتم دراسة الفروق بين الوالدين في مستوى الوعي الغذائي الصحي تبعاً للجنس، والعمر الزمني، والمستوى التعليمي، والعمر الزمني لذوي الإعاقة الفكرية، وقد استفاد منها الباحث في صياغة مشكلة الدراسة الحالية، وإعداد أداة الدراسة، وتفسير النتائج.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أولاً- منهج الدراسة: تم استخدام المنهج الوصفي لملائمته لأهداف الدراسة الحالية، التي تستهدف دراسة الظاهرة ووصفها كما هي في الواقع الميداني ورصدها ووصفها باستخدام أدوات موضوعية ذات ثبات ومصداقية لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها، وهو منهج ملائم لأهداف الدراسة ومتغيراتها، وقد صمم المقياس ليعكس أهداف هذا الدراسة حيث تكون من (٢٩) مفردة تستهدف تقييم مستوى الوعي بالغذاء الصحي لدى آباء وأمهات الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، وأيضاً التحقق من طبيعة الفروق على مقياس الوعي بالغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية التي تُعزى لجنس الوالدين (آباء، أمهات)، والمستوى التعليمي (قبل الجامعي، جامعي)، والعمر الزمني للوالدين (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى).

ثانياً- عينة الدراسة:

انقسمت عينة الدراسة الحالية إلى:

١- **عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية لأداة الدراسة:** تكونت تلك العينة من (١٢٠) فرداً من والدي ذوي الإعاقة الفكرية، والذين تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٢٠-٤٨) سنة، بمتوسط عمري (٣٤.٨٤) سنة وانحراف معياري (٨.٠٧٦) سنة، وبواقع (٥٨ آباء، ٦٢ أمهات) الملتحق بأبنائهم ذوي الإعاقة الفكرية بمدارس التربية الفكرية التابعة لإدارة التربية والتعليم بمحافظة القاهرة والجيزة، والجدول (١) يوضح المؤشرات الإحصائية الوصفية لعينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

جدول (١)

المؤشرات الإحصائية الوصفية لعينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة

المتغير التصنيفي	المجموعات	ن	متوسط أعمارهم الزمنية	الانحراف المعياري للعمر الزمني	النسبة المئوية
الجنس	آباء	٥٨	٣٣.٥٥	٨.٤٤٦	%٤٨.٣٣
	أمهات	٦٢	٣٦.٠٥	٧.٥٨٤	%٥١.٦٧
المستوى للتعليمي للوالدين	قبل الجامعي	٥٢	٣٣.٩٠	٧.٩٨٨	%٤٣.٣٣
	جامعي	٦٨	٣٥.٥٦	٨.١٢٨	%٥٦.٦٧
العمر الزمني للوالدين	٢٠-٣٠ سنة	٤٣	٢٥.٥٨	٢.٨٧٢	%٣٥.٨٣
	٣١-٤٠ سنة	٣٥	٣٥.٨٣	٣.٢٣١	%٢٩.١٧
	٤١ سنة فأعلى	٤٢	٤٣.٥٠	٢.١٥٦	%٣٥
العينة ككل		١٢٠	٣٤.٨٤	٨.٠٧٦	%١٠٠

٢- **العينة الأساسية:** تكونت تلك العينة من (١٤٣) فرداً من والدي ذوي الإعاقة الفكرية، والذين تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٢٠-٤٨) سنة، بمتوسط عمري (٣٤.٦٢) سنة

وانحراف معياري (٨.٢٠١) سنة، وواقع (٦٨ آباء، ٧٥ أمهات) الملتحق أبناءهم ذوي الإعاقة الفكرية بمدارس التربية الفكرية التابعة لإدارة التربية والتعليم بمحافظة القاهرة والجيزة، والجدول (٢) يوضح المؤشرات الإحصائية الوصفية للعيينة الأساسية.

جدول (٢) المؤشرات الإحصائية الوصفية لعيينة الدراسة الأساسية.

المتغير التصنيفي	المجموعات	ن	متوسط أعمارهم الزمنية	الانحراف المعياري للعمر الزمني	النسبة المئوية
الجنس	آباء	٦٨	٣٢.٨١	٨.٥٧٧	%٤٧.٥٥
	أمهات	٧٥	٣٦.٢٥	٧.٥٣٢	%٥٢.٤٥
المستوى التعليمي للوالدين	قبل الجامعي	٧٢	٣٣.٧٢	٨.٣٩٦	%٥٠.٣٥
	جامعي	٧١	٣٥.٥٢	٧.٩٥٥	%٤٩.٦٥
العمر الزمني للوالدين	٢٠-٣٠ سنة	٥٣	٢٥.٣٦	٢.٦٣٩	%٣٧.٠٦
	٣١-٤٠ سنة	٤٠	٣٥.٦٥	٣.٠٦٠	%٢٧.٩٧
	٤١ سنة فأعلى	٥٠	٤٣.٦٠	٢.٠٣٠	%٣٤.٩٧
العيينة الأساسية ككل					
		١٤٣	٣٤.٦٢	٨.٢٠١	%١٠٠

ثالثاً أداة الدراسة:

اشتملت أداة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين إعداد الباحث، وفيما يلي عرض موجز لخطوات إعداد تلك الأداة وخصائصها السيكمترية:

مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين إعداد الباحث:

قام الباحث الحالي بإعداد مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين حيث هدف المقياس إلى قياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، ومن خلال الاطلاع الأطر النظرية والدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت متغير الوعي بالغذاء الصحي، كما هو موضح بالإطار النظري والدراسات السابقة للدراسة، كذلك الاطلاع على مقياس الثقافة الغذائية لذوي الإعاقة الفكرية إعداد (Bouza, 2014)، ومقياس الوعي الغذائي المصور لذوي الإعاقة الفكرية إعداد محمد (٢٠١٧)، واستبانة المشكلات الغذائية أثناء تناول الطعام للمعاقين فكرياً إعداد عطايا (٢٠١٨)، ثم تحديد التعريف الإجرائي للوعي بالغذاء الصحي، وصياغة مفردات المقياس بأسلوب بسيط، وخالي من الغموض ويناسب طبيعة العينة، ومستواهم الثقافي والاجتماعي والاقتصادي، وتكون المقياس في صورته الأولى من (٣٣) مفردة ثم قام الباحث بالتحقق من الخصائص السيكمترية للمقياس كالتالي:

التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام الباحث بالتحقق من الخصائص السيكومترية من خلال حساب الصدق والثبات والاتساق الداخلي للمقياس، وجاءت النتائج على النحو التالي:

أولاً- صدق المقياس:

قام الباحث بحساب صدق المقياس بعدة طرق للتأكد من أنه يقيس ما وضع لقياسه وهذه الطرائق هي: صدق المحتوى، صدق المقارنة الطرفية، صدق التكوين الفرضي، وفيما يلي النتائج التي حصل عليها الباحث:

أ- صدق المحتوى (صدق المحكمين):

قام الباحث بعرض المقياس على عدد (١٣) من الأساتذة المتخصصين في مجالات التربية الخاصة والتربية وعلم النفس؛ لإبداء الآراء والمقترحات حول مفردات المقياس من حيث مدى وضوح الصياغة اللغوية ومدى ملائمة المفردة لقياس العامل الذي تنتمي إليه، وقد أسفرت عن تعديل بعض المفردات وحذف المفردات (٦، ١٢، ٢٣، ٢٨)، وتم الاعتماد على نسبة اتفاق المحكمين بنسبة (٩٠%) ليصبح المقياس مكون من (٢٩) مفردة.

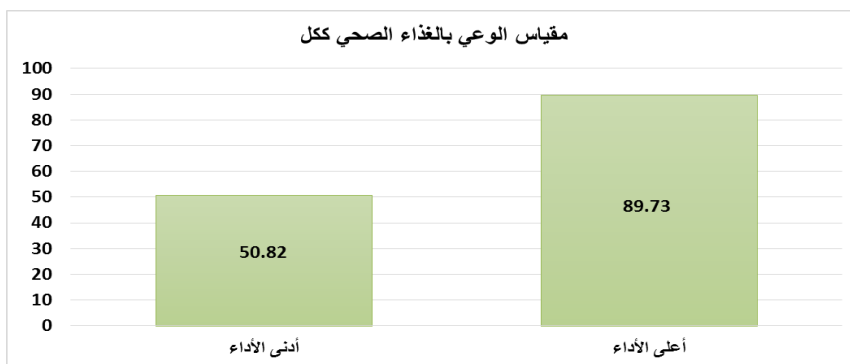
ب- صدق المقارنة الطرفية:

قام الباحث بحساب صدق المقارنة الطرفية على عينة بلغت (١٢٠) فرداً من والدي ذوي الإعاقة الفكرية، وقام بتحديد أعلى (٢٧%) وكذلك أدنى (٢٧%)، وقد بلغت مجموعة أعلى الأداء (٣٣)، وكذلك مجموعة أدنى الأداء، ثم قام الباحث بحساب "ت" T-TEST البارمترية للتحقق من دلالة الفروق بين عينتين مستقلتين، ويوضح جدول (٣) النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٣) نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية

مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
أدنى الأداء	٣٣	٥٠.٨٢	٥.٦٩٨	٢٦.٩٤٨-	٠.٠٠٠٠	دالة عند ٠.٠٠٠١
أعلى الأداء	٣٣	٨٩.٧٣	٦.٠٢٧			

يتضح من خلال جدول (٣) أن قيمة (ت) المحسوبة قد بلغت (-٢٦.٩٤٨)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠٠١)؛ الأمر الذي يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد مجموعتي أدنى وأعلى الأداء في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لذوي الإعاقة الفكرية في اتجاه مجموعة أعلى الأداء؛ ما يدل على القدرة التمييزية العالية للمقياس، وهذا ما يوضحه الشكل البياني التالي:



شكل بياني (١)

الفروق في أداء مجموعتي أدنى وأعلى الأداء على مقياس الوعي بالغذاء الصحي.

ج- صدق التكوين الفرضي (البناء الداخلي للمقياس):

تم التحقق من التجانس الداخلي للمقياس على عينة قوامها (١٢٠) فردًا من والدي ذوي الإعاقة الفكرية، ثم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستويي دلالة (٠.٠٠٥، ٠.٠٠١)، والجدول (٤) يوضح النتائج التي تم التوصل لها:

جدول (٤) قيم معاملات ارتباط بيرسون بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية

لمقياس الوعي بالغذاء الصحي

المفردة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	المفردة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
١	**٠.٤٩٦	١٦	**٠.٣٣٤
٢	**٠.٤٥١	١٧	**٠.٤٢١
٣	**٠.٢٦٧	١٨	**٠.٤٤٩
٤	**٠.٢٩٣	١٩	**٠.٤١٣
٥	**٠.٥٧٦	٢٠	**٠.٤٩٧
٦	**٠.٥١٠	٢١	**٠.٥٧٠
٧	**٠.٥٠٠	٢٢	**٠.٣٣٢
٨	**٠.٥٥٥	٢٣	**٠.٤٤٧
٩	**٠.٣٣٩	٢٤	**٠.٢٣٥
١٠	**٠.٥٨٦	٢٥	**٠.٣٧٣
١١	**٠.٥٦٨	٢٦	*٠.٢٣٠
١٢	**٠.٥٦٤	٢٧	**٠.٤٢٠
١٣	**٠.٥١٧	٢٨	**٠.٤١١
١٤	**٠.٦٣٥	٢٩	**٠.٣١٢
١٥	**٠.٦٣٣		

(**) دال عند مستوى

(*) دال عند مستوى ٠.٠٥

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

ويتبين من جدول (٤) أن قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٢٣٠* : ٠.٦٣٥**)، وبهذا فإن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس موجبة ودالة إحصائيًا عند مستويي دلالة (٠.٠٠١، ٠.٠٠٥)؛ الأمر الذي يشير إلى الاتساق الداخلي لمفردات المقياس وتجانسها.

ثانياً- ثبات المقياس:

قام الباحث بتطبيق المقياس على (١٢٠) فردًا من والدي ذوي الإعاقة الفكرية، ثم قام بالتحقق ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة ألفا-كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلتَي سبيرمان براون وجوتمان بين نصفي الاختبار (الزوجي والفردية) لمقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل، وفيما يلي توضيح لمعاملات الثبات باستخدام الطريقتين:

جدول (٥) معاملات ثبات مقياس الوعي بالغذاء الصحي.

معامل ألفا- كرونباخ	التجزئة النصفية		عدد المفردات	مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل
	جوتمان	سبيرمان-براون		
٠.٨٥٩	٠.٦٦٦	٠.٦٨٩	٢٩	

ويتضح من خلال جدول (٥) أن معاملات ثبات ألفا-كرونباخ، ومعاملات ثبات التجزئة النصفية باستخدام معادلتَي سبيرمان-براون وجوتمان مرتفعة؛ مما يدل على تمتع المقياس بالثبات والاستقرار.

الصورة النهائية للمقياس وكيفية تصحيحه:

تكونت المقياس في صورتها النهائية من (٢٩) مفردة، تهدف إلى تقييم مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، ويتعين على القائم بتطبيق المقياس (من الوالدين) أن يختار إجابة واحدة لكل مفردة من المفردات، وذلك وفقاً لتدرج خماسي (أوافق بشدة- أوافق بدرجة كبيرة- أوافق بدرجة متوسطة- أرفض إلى حد ما- أرفض بشدة)، حيث تُعطى المفردات درجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) بالترتيب، والدرجة المرتفعة تدل على ارتفاع مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين، والدرجة المنخفضة تدل على انخفاض مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين، وتتراوح الدرجة العظمى للمقياس (١٤٥)، والدرجة الصغرى (٢٩).

الأساليب الإحصائية:

تم استخدام الترتيب الوارد في جدول (٦) لتفسير مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلاب ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين بناءً على قيم المتوسط الحسابي لكل مفردة:

جدول (٦) درجة الموافقة ومدى الموافقة وفقاً لميزان ليكرت الخماسي

استجابات الاستبانة	الترميز	مدى الموافقة	مستوى التقييم
أرفض بشدة	١	من ١ إلى ١.٨٠	منخفض جداً
أرفض إلى حد ما	٢	١.٨١ إلى ٢.٦٠	منخفض
أوافق بدرجة متوسطة	٣	٢.٦١ إلى ٣.٤٠	متوسط
أوافق بدرجة كبيرة	٤	٣.٤١ إلى ٤.٢٠	مرتفع
أوافق بشدة	٥	٤.٢١ إلى ٥	مرتفع جداً

ولتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي جمعت من خلال المقياس في الجانب الميداني، استُخدمت عدد من الأساليب الإحصائية تمثلت في المتوسطات الحسابية والمرجحة والانحرافات المعيارية، واختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطات العينات المستقلة، وتحليل التباين الأحادي One-Way AnovaK، ومعامل الارتباط الخطي لبيرسون، ومعامل ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية (معادلتى سبيرمان-براون، جوتمان).

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

تناولت الدراسة في هذا الجزء النتائج التي تم التوصل إليها، وتفسيرها في ضوء الدراسات والأدبيات النظرية التي اهتمت بدراسة متغير الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، وفيما يلي النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

نتائج الإجابة عن السؤال الأول ومناقشته وتفسيرها:

للإجابة عن السؤال الأول الذي نص على "ما مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين؟" تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والمتوسطات المرجحة لدرجات أفراد عينة الدراسة وفقاً لمستوى التقييم (تكون قيمة المتوسط المرجح مرتفعة جداً من ٤.٢١ إلى ٥، مرتفعة من ٣.٤١ إلى ٤.٢٠، متوسطة من ٢.٦١ إلى ٣.٤٠، منخفضة من ١.٨١ إلى ٢.٦٠، منخفضة جداً من ١ إلى ١.٨٠)، والجدول (٧) يوضح هذه النتائج:

جدول (٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المرجحة

لمقياس الوعي بالغذاء الصحي

م	المفردة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
١	أعرف النظام الغذائي الصحي المتوازن الذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية المتنوعة (بروتين، نشويات، ألياف)، المناسب لأبني ذوي الإعاقة الفكرية.	٢.٧٨	١.٣٥٩	متوسط	١٣
٢	أعرف جيداً الخيارات الغذائية والبدائل الصحية المناسبة المتوازنة لأبني ذوي الإعاقة الفكرية.	٢.٨٧	١.١٥	متوسط	٨

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

م	المفردة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
٠٣	أعي جيداً كيفية تجنب وقوع أبني ذوي الإعاقة الفكرية في السمنة المفترطة.	١.٩١	٠.٧٣١	منخفض	٢٨
٠٤	أعي جيداً كيفية أتجنب وقوع أبني ذوي الإعاقة الفكرية في نقص الوزن دون الحد الطبيعي.	٢.٩٢	١.١٩	متوسط	٥
٠٥	أتجنب اعتماد أبني ذوي الإعاقة الفكرية على الوجبات السريعة.	٣.٠١	١.٣٣٥	متوسط	٤
٠٦	أختار لأبني ذوي الإعاقة الفكرية الأطعمة المناسبة لكل مرحلة من مراحل نموه.	٢.٦٢	١.١١٩	متوسط	٢٣
٠٧	أعرف جيداً كيفية تجنب تركيز أبني ذوي الإعاقة الفكرية على أطعمة معينة في غذائه.	٢.٧٣	١.١٧	متوسط	١٥
٠٨	أحرص على تناول أبني ذوي الإعاقة الفكرية كميات مناسبة من الأطعمة لمرحلته العمرية.	٢.٦٤	١.٢٠٧	متوسط	٢٠
٠٩	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على عدم تناول أطعمة غذائية محدودة للغاية.	٢.٧٨	١.٢٤٧	متوسط	١٤
٠١٠	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على عدم تناول الغذاء بصورة سريعة عن المعتاد.	٢.٦٦	١.٢٧٢	متوسط	١٩
٠١١	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول كميات مناسبة من الخضروات.	٣.١٤	١.٢٥٤	متوسط	١
٠١٢	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول كميات مناسبة من المشروبات السكرية أو المحلاة.	٢.٧٩	١.٣٧٣	متوسط	١٢
٠١٣	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تجربة الأطعمة غير المعتاد عليها.	٢.٦٢	١.٣٦٨	متوسط	٢٤
٠١٤	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على عدم تناول الطعام بشراهة.	٢.٠٨	٠.٧٨٣	منخفض	٢٦
٠١٥	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول الغذاء عندما يشعر بالجوع فقط.	٢.٠١	٠.٨٠٨	منخفض	٢٥
٠١٦	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على اختيار الأطعمة الصحية.	٢.٨	١.٢٤٢	متوسط	١٠
٠١٧	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول وجبات خفيفة بانتظام.	٢.٩٢	١.٢٦٤	متوسط	٦
٠١٨	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول الدهون أو البروتين بكميات مناسبة.	٢.٧٣	١.٠٤٩	متوسط	١٦
٠١٩	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول وجبة الإفطار.	٢.٦٣	١.٢٩٨	متوسط	٢٢
٠٢٠	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول السوائل بكميات كافية.	٢.٦٤	١.٠٣٨	متوسط	٢١
٠٢١	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على الأنشطة الحركية لتجنب السمنة.	٢.٩٢	١.٢٦٤	متوسط	٧
٠٢٢	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على مضغ الأطعمة.	٣.١١	١.٣٤٣	متوسط	٢

م	المفردة	المتوسط المرجح	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
٢٣.	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على بلع الأطعمة.	٣.٠٤	١.٢٦١	متوسط	٣
٢٤.	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تذوق الأطعمة.	٢.٨	١.٣٠٨	متوسط	١١
٢٥.	أستشير أخصائي التغذية قبل البدء بتغذية أبني ذوي الإعاقة الفكرية.	٢.٨٤	١.٤٠٢	متوسط	٩
٢٦.	أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على اختيار الأطعمة التي يمكنهم مضغها وبلعها بسهولة.	٢.٧٣	١.٣١٢	متوسط	١٧
٢٧.	ألتزم بجدول يومي اعتيادي لتغذية أبني ذوي الإعاقة الفكرية.	١.٩٦	٠.٨١٣	منخفض	٢٧
٢٨.	أقدم المساعدة لأبني ذوي الإعاقة الفكرية للجلوس في وضعية صحيحة وأمنة للحصول على التغذية.	٢.٦٨	١.١١٧	متوسط	١٨
٢٩.	عند تقديمي للتغذية لأبني ذوي الإعاقة الفكرية أوعي المنبهات الحسية حوله التي يمكن أن تمنعه من تناول الطعام.	١.٨٢	٠.٧٢٨	منخفض	٢٩
المتوسط المرجح لمقياس الوعي بالغذاء الصحي		٢.٦٦٤		متوسط	

يُلاحظ من جدول (٧) أن المتوسطات المرجحة لاستجابات العينة الأساسية تراوحت ما بين (١.٨٢ : ٣.١٤) بانحراف معياري ما بين (٠.٧٢٨ : ١.٤٠٢)، وقد تصدرت المفردة رقم (١١) والتي تنص على "أحرص على تدريب أبني ذوي الإعاقة الفكرية على تناول كميات مناسبة من الخضروات" في المرتبة الأولى بمتوسط مرجح (٣.١٤)، بينما وقعت المفردة رقم (٢٩) والتي تنص على "عند تقديمي للتغذية لأبني ذوي الإعاقة الفكرية أوعي المنبهات الحسية حوله التي يمكن أن تمنعه من تناول الطعام" في المرتبة الأخيرة بمتوسط مرجح (١.٨٢)، فضلاً عن أن مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلاب ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر الوالدين متوسط، حيث بلغت قيمة المتوسط المرجح للدرجة الكلية لمقياس (٢.٦٦٤).

ويفسر الباحث النتيجة الحالية بأنها تعزو إلى طبيعة الإعاقة الفكرية وكثرة مشاكلها، وانخفاض مستوى السلوك الصحي لذوي الإعاقة الفكرية، ومعاناة ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات التغذية المتمثلة في السمنة وزيادة الوزن عن المعدل الطبيعي؛ مما يفسر وجود مستوى متوسط من الوعي بالغذاء الصحي لأبنائهم ذوي الإعاقة الفكرية، ومما يدعم وجهة النظر ما أشار له عبدالله (٢٠٠٥) في أن المشكلات الغذائية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية تتمثل في السمنة، أو النحافة؛ نتيجة زيادة تناول الدهون، أو البروتين فيؤدي إلى السمنة، أو نقص المتناول منها من السعرات؛ فيؤدي إلى النحافة، وكذلك نقص الحديد فيؤدي إلى ظهور الأنيميا، ومن علامتها شحوب الوجه، والضعف العام، وزيادة التنفس، أو ضيق التنفس، وقد تكون الأنيميا طفيليات، أو نقص فيتامين (ج) الذي يساعد على امتصاص الحديد. كذلك ما أوضحته دراسة النواصرة والحراني (٢٠١٧) في أن مستوى السلوك الصحي بين

الأطفال ذوي الإعاقة منخفض، كذلك ما يفسر هذه النتيجة ما يعانيه ذوي الإعاقة الفكرية من مشكلات السمنة والوزن الزائد وهو ما أشار له (Stedman and Leland 2010) في أن السمنة تنتشر لدى ذوي الإعاقة الفكرية بنسبة (١٠.٢%) مقابل نسبة (٢٢.٩٩%) في العاديين، وهذا أيضاً ما بينته نتائج دراسة (Rimmer, Yamaki et al 2010) حيث أشارت إلى أن البالغين ذوي متلازمة داون هم الأكثر سمنة بالمقارنة بباقي فئات ذوي الإعاقة، وأشارت إلى تأثيرات السمنة الخطيرة على حياة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لارتباطها بكثير من المشاكل الصحية، ولا سيما عند الكبر مثل ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري ومشاكل القلب، كذلك ما تسببه السمنة من مشكلات نفسية للطفل ذوي الإعاقة الفكرية حيث يضايقه أقرانه فيطلقون عليه أسماء لسمنته؛ مما يتسبب له في الشعور بالإحباط وتدني مفهوم الذات. وقد أشار الشناوي (١٩٩٧) إلى أن أسباب انتشار السمنة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بأنها تعزو إلى ضعف النشاط البدني، والارتكاز على نمط حياة قوامه الجلوس بصفة دائمة والعزلة الاجتماعية واستخدام الوالدين الطعام كوسيلة للتعبير عن الحنان أو نوع من المكافأة دون الالتزام بمعايير الأمان والسلامة الخاصة بالتغذية. وأوضحت دراسة الهزاع (٢٠١٠) أن فئة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية غير المصابين بمتلازمة داون كانت الأكثر وزناً بالمقارنة بأقرانهم العاديين وذوي متلازمة داون، وتلتها فئة متلازمة داون، ثم فئة الأطفال العاديين.

ومما يدعم هذه النتيجة أيضاً ما بينته دراسة (Neter et al 2011) في أن معدل انتشار زيادة الوزن والسمنة بين الأطفال ذوي الإعاقات بلغ (٣٠.٦%) وبلغت نسبتها بين الأطفال العاديين (١٠.٦%) فقط، كما أظهرت الدراسة فروقاً دالة احصائياً في التغذية، والنشاط البدني بين ذوي الإعاقة، وأقرانهم العاديين لصالح العاديين، وهو ما أكدته دراسة (Salaun et al 2011) حيث أوضحت إصابة (٢٦%) من ذوي الإعاقة الفكرية بالسمنة، وزيادة الوزن، كذلك وجود فائض من الدهون في الجسم في (٤٤.٩%) من الذكور، و(٤٧%) من الإناث، وأوصت الدراسة باتباع استراتيجية وقائية للأكل الصحي للحماية من أخطار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية خاصة في مرحلة البلوغ. وهو ما أكدته أيضاً نتائج دراسة (Choi Park et al 2012) حيث أوضحت إصابة ما يقرب من (٢٥%) من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بمعدل أكبر من السمنة وزيادة الوزن، وكان هذا المعدل أكثر لدى الإناث (بين ١٥- إلى ١٨ سنة) عنه لدى الذكور.

كذلك مما يفسر النتيجة الحالية ما أوضحت نتائج دراسة (Doody and Doody 2012) من أن نسبة انتشار السمنة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية بلغ (٥٩%) مقارنة بأقرانهم العاديين. وبينت دراسة الخطيب وأبو الحسن (٢٠١٣) ارتفاع مستوى السمنة وزيادة الوزن لدى الطلبة ذوي

الإعاقة الفكرية. حيث أكدت دراسة (Spanos et al (2013) على أهمية اتباع نظام غذائي صحي، ومتوازن، وممارسة التمارين الرياضية لتجنب السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية. وأوضحت دراسة (Nogay (2013) أنه تم تقييم وزن الجسم للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وفقاً لأعمارهم فقد وجد أن (١٤%) من الأطفال يعانون من النحافة، وأن الإناث يعانون من ميل أعلى إلى السمنة من الذكور، ونسبة (٧٠%) من العينة يعانون من قلة تناول الأغذية الغنية بالكالسيوم، ونسبة (٩٠%) من العينة لا يتناولون الماء بكمية كافية وفق احتياجاتهم اليومية، وكذلك فإن سوء التغذية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية منتشر نتيجة قلة الوعي الكافي لديهم. وتُعد السمنة من المشكلات الصحية التي تظهر لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (Rimmer & Yamaki 2006).

كذلك ما بينته دراسة (Grondhuis and Aman (2014) في أن مشكلة السمنة تنتشر لدى ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة مرتفعة مقارنة بأقرانهم العاديين؛ حيث تبلغ نسبة انتشار السمنة بينهم (٢١.٩%)، في حين تبلغ نسبة انتشار الوزن الزائد لديهم (٣٥%). وكذلك أشارت نتائج دراسة (Hsieh et al (2014) إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية أكثر عرضة للإصابة بالسمنة مقارنة بالعاديين. وأوضحت نتائج دراسة (Fox and Rotatori (2015) انتشار السمنة لدى ذوي الإعاقة الفكرية البالغين وبلغت نسبتها ما بين (٦.٩ - ٣٨.٢%)، وما يدعم هذه النتيجة ما بينته دراسة (Bandini et al (2019) في أن معدل رفض الطعام أعلى بشكل ملحوظ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية.

نتائج الإجابة عن السؤال الثاني ومناقشتها وتفسيرها:

نص هذا السؤال على أنه "هل يوجد فرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير الجنس (آباء، أمهات)؟"، وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المستقلة Independent sample T. Test لتعرف دلالة الفروق واتجاهها، وجدول (٨) يوضح الفروق بين متوسطي درجات آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية على المقياس المستخدم في الدراسة.

جدول (٨) نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق على مقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً للجنس (آباء، أمهات).

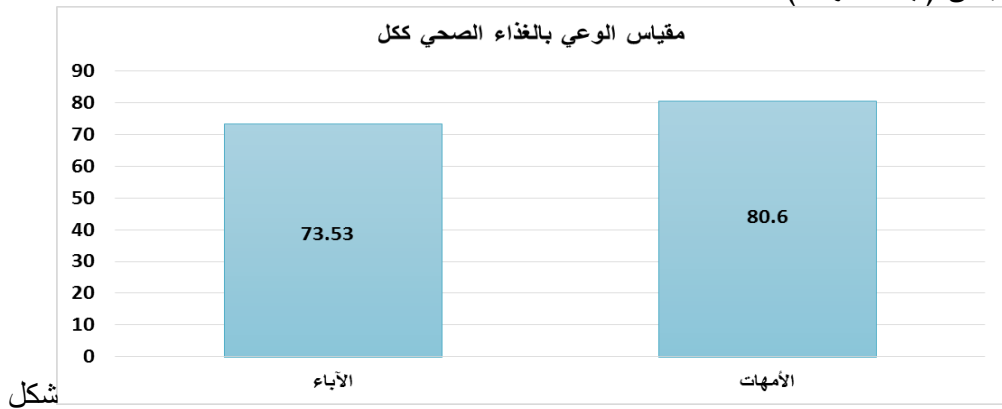
الدلالة الإحصائية	قيمة "ت" المحسوبة	درجات الحرية "د.ح"	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	حجم العينة (ن)	الجنس	مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل
٠.٠٠٠١ عند (٠.٠٠٠٠) دال	٣.٨٧٣-	١٤١	١٣.٥٥٧	٧٣.٥٣	٦٨	آباء	
			٧.٧٤٨	٨٠.٦٠	٧٥	أمهات	

قيمة "ت" الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٥ = ١.٩٦٠.

قيمة "ت" الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠١ = ٢.٥٧٦.

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

يتضح من خلال النتائج الواردة في جدول (٨) أن قيمة "ت" المحسوبة على مستوى الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي قد بلغت (-٣.٨٧٣)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) وذلك مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي دلالة (٠.٠٠١) لدرجات حرية (١٤١)؛ وهذا يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح أمهات الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية، والشكل البياني (٢) يوضح الفروق في استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً لاختلاف الجنس (آباء، أمهات):



بياني (٢) الفروق في استجابات أفراد عينة البحث تبعاً لاختلاف الجنس (آباء، أمهات). ويفسر الباحث وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح أمهات الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية إلى أنه يعزو إلى طبيعة الأسرة وتحمل الأم العبء الأكبر في تربية أبنائها ذوي الإعاقة الفكرية سواء من حيث تنمية مهارته التكيفية من مأكّل وملبس، ومشرب، بالمقارنة بالأب الذي ينشغل بالعمل خارج المنزل فترات طويلة، ويلقي المسؤولية على الأم.

نتائج الإجابة عن السؤال الثالث ومناقشتها وتفسيرها:

نص هذا السؤال على أنه "هل يوجد فرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر متغير المستوى التعليمي (قبل الجامعي، جامعي)؟"، وللاجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المستقلة Independent sample T. Test لتعرف دلالة الفروق واتجاهها، والجدول (٩)

يوضح الفروق بين متوسطي درجات والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية على المقياس المُستخدم في الدراسة تبعًا لمستوى تعليم الوالدين، وفيما يلي جدول (٩) يوضح النتائج التي تم الحصول عليها.

جدول (٩) نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق على مقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعًا

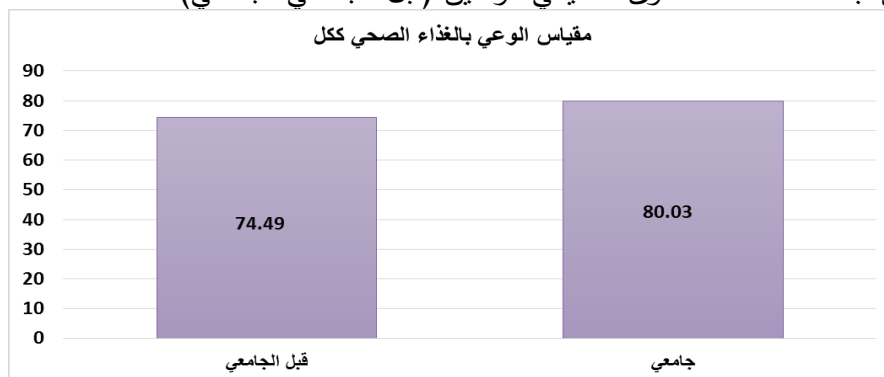
للمستوى التعليمي للوالدين

الدلالة الإحصائية	قيمة "ت" المحسوبة	درجات الحرية "د.ح"	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط الحسابي (م)	حجم العينة (ن)	المستوى التعليمي	مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل
(٠.٠٠٣)	٢.٩٧٩-	١٤١	١٠.٥٥٤	٧٤.٤٩	٧٢	قبل الجامعي	
دال عند ٠.٠١			١١.٦٧٠	٨٠.٠٣	٧١	جامعي	

قيمة "ت" الجدولية عند مستوى دلالة $0.05 = 1.960$

قيمة "ت" الجدولية عند مستوى دلالة $0.01 = 2.576$

يتضح من خلال النتائج الواردة في جدول (٩) أن قيمة "ت" المحسوبة على مستوى الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي قد بلغت (-٢.٩٧٩)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) وذلك مقارنة بقيم "ت" الجدولية عند مستويي دلالة (٠.٠٥، ٠.٠١) لدرجات حرية (١٤١)، وهذا يشير إلى وجود فرق دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطي درجات والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعًا لمستوى تعليم الوالدين (قبل الجامعي، جامعي) لصالح مستوى التعليم الجامعي، والشكل البياني (٣) يوضح الفروق في استجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعًا لاختلاف المستوى التعليمي للوالدين (قبل الجامعي، جامعي):



شكل بياني (٣) الفروق في استجابات أفراد عينة الدراسة تبعًا لاختلاف المستوى التعليمي للوالدين (قبل الجامعي، جامعي).

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

ويفسر الباحث وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسطي درجات والدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً لمستوى تعليم الوالدين (قبل الجامعي، جامعي) لصالح مستوى التعليم الجامعي، بأنه يعزو إلى أن الوالدين الحاصلين على التعليم الجامعي لديهم قدر أكبر من المعلومات والمعارف عن طبيعة الغذاء الصحي، وكميته المتوازنة، والمناسبة التي ربما تعلموها من خلال التعليم الجامعي، أو من خلال التعلم الذاتي من خلال الانترنت، بالمقارنة بالوالدين الذين حصلوا على مستوى تعليم قبل الجامعي، وهو ما يتفق مع ما بينته دراسة (عبدالمجيد، ١٩٩٨؛ Stane et al,1990) من وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الحالة الغذائية للطفل ودرجة تعليم الوالدين.

نتائج الإجابة عن السؤال الرابع ومناقشتها وتفسيرها:

نص هذا السؤال على أنه "هل يوجد فرق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية تبعاً لأثر العمر الزمني للوالدين (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى)؟"، وللإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار تحليل التباين One- Way Anova للكشف عن الفروق على مقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً للعمر الزمني للوالدين، وفيما يلي جدول (١٠) يوضح النتائج التي تم الحصول عليها.

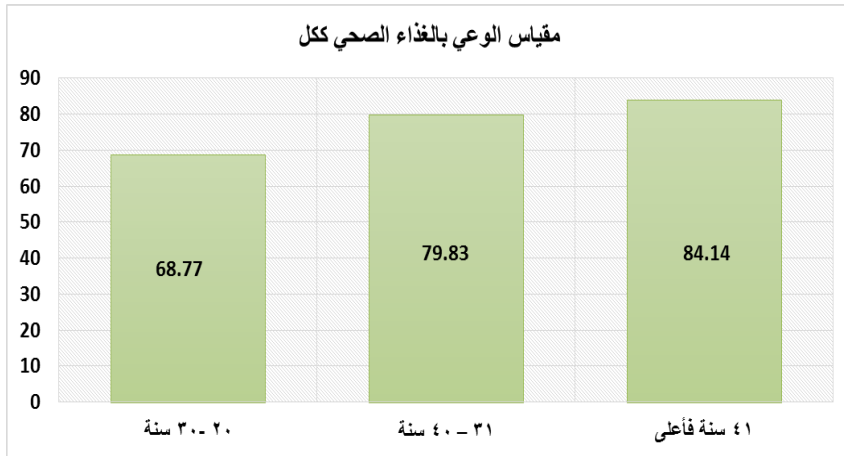
جدول (١٠)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لمقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً للعمر الزمني للوالدين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة (ن)	العمر الزمني للوالدين	مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل
٩.٢٥٢	٦٨.٧٧	٥٣	٢٠ - ٣٠ سنة	
٧.٥٩٢	٧٩.٨٣	٤٠	٣١ - ٤٠ سنة	
١٠.٤٩٢	٨٤.١٤	٥٠	٤١ سنة فأعلى	
١١.٤٢٦	٧٧.٢٤	١٤٣	ككل	

والشكل البياني (٤) يوضح الفروق في مقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً لاختلاف العمر الزمني للوالدين (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى):



شكل بياني (٤) الفروق في استجابات أفراد العينة على المقياس تبعاً

لاختلاف العمر الزمني للوالدين

جدول (١١) نتائج تحليل التباين الأحادي على المقياس تبعاً لاختلاف العمر الزمني للوالدين.

الدالة الإحصائية	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل
(٠.٠٠٠)	٣٧.٣١٧	٣٢٢٣.٤١٩	٢	٦٤٤٦.٨٣٨	بين المجموعات	
دالة عند		٨٦.٣٧٩	١٤٠	١٢٠٩٣.٠٧٨	داخل المجموعات	
٠.٠٠١			١٤٢	١٨٥٣٩.٩١٦	ككل	

يتضح من جدول (١١) أن قيمة "ف" المحسوبة على مستوى الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي قد بلغت (٣٧.٣١٧)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١)؛ وهذا يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة في الدرجة الكلية لمقياس الوعي بالغذاء الصحي تبعاً لاختلاف العمر الزمني للوالدين (٢٠-٣٠ سنة، ٣١-٤٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى)، ولتحديد اتجاه الفروق ووجهة هذه الفروق استخدم الباحث اختبار أقل فرق معنوي L.S.D للمقارنات البعدية، وفيما يلي النتائج:

جدول (١٢)

نتائج اختبار أقل فرق معنوي L.S.D للمقارنات البعدية تبعاً لأثر العمر الزمني للوالدين

الدالة الإحصائية	الخطأ المعياري	متوسط الفرق	فئات العمر الزمني	المتوسط الحسابي	ن	العمر الزمني	مقياس الوعي بالغذاء الصحي ككل
(٠.٠٠٠) دال عند	١.٩٤٧	*١١.٠٥١-	٣١ - ٤٠ سنة	٦٨.٧٧	٥٣	٢٠-٣٠ سنة	
٠.٠٠١ دال عند	١.٨٣٢	*١٥.٣٦٦-	٤١ سنة فأعلى				

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

مقياس الوعي بالغذاء	العمر الزمني	ن	المتوسط الحسابي	فئات العمر الزمني	متوسط الفرق	الخطأ المعياري	الدلالة الإحصائية
	٣١ - ٤٠ سنة	٤٠	٧٩.٨٣	٢٠ - ٣٠ سنة	*١١.٠٥١	١.٩٤٧	دال (٠.٠٠٠) عند ٠.٠٠١
				٤١ سنة فأعلى	*٤.٣١٥	١.٩٧٢	دال (٠.٠٠٣) عند ٠.٠٠٥
	٤١ سنة فأعلى	٥٠	٨٤.١٤	٢٠ - ٣٠ سنة	*١٥.٣٦٦	١.٨٣٢	دال (٠.٠٠٠) عند ٠.٠٠١
				٣١ - ٤٠ سنة	*٤.٣١٥	١.٩٧٢	دال (٠.٠٠٣) عند ٠.٠٠٥

* ترمز إلى مستوى دلالة ٠.٠٠٥.

ويوضح من النتائج الواردة في جدول (١٢) ما يلي:

- وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة تُعزى للعمر الزمني للوالدين (٢٠ - ٣٠ سنة، ٣١ - ٤٠ سنة) في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح العمر الزمني (٣١ - ٤٠ سنة).
- وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠١) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة تبعاً لاختلاف العمر الزمني للوالدين (٢٠ - ٣٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى) في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح العمر الزمني (٤١ سنة فأعلى).
- وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠٠٥) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة تبعاً لاختلاف العمر الزمني (٣١ - ٤٠ سنة، ٤١ سنة فأعلى) في مقياس الوعي بالغذاء الصحي لصالح العمر الزمني (٤١ سنة فأعلى).

ويفسر الباحث وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة تُعزى للعمر الزمني للوالدين لصالح العمر الزمني الأعلى، بأنه يعزو إلى عامل الخبرة التي أكتسبها الوالدين طيلة حياتهم في عملية تغذية أبنائهم العاديين بصفة عامة، وتغذية أبنائهم ذوي الإعاقة الفكرية بصفة خاصة، حيث إنه مع مرور الوقت تواجههم عديد من المشكلات المرتبطة بعملية التغذية، ومن خلال سعيهم المستمر واستشارة أخصائي التغذية، والبحث عن مصادر المعلومات المتعلقة بالتغذية السليمة الصحية المتوازنة لذوي الإعاقة الفكرية يمكنهم حلها، وبالتالي تزداد خبرتهم عن التغذية الصحية؛ وهو ما يفسر وجود فروق دالة إحصائياً لصالح العمر الزمني الأعلى.

التوصيات والبحوث المقترحة:

- ١- تصميم برامج إرشادية لتنمية الوعي بالغذاء الصحي لوالدي الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية.
- ٢- عقد ورش تدريبية تتناول مشكلات التغذية لذوي الإعاقة الفكرية كزيادة الوزن والسمنة المفرطة، وكيفية تجنبها.
- ٣- تصميم برامج تغذوية لذوي الإعاقة الفكرية، وتدريب المعلمين، وأولياء الأمور على كيفية تنفيذها لذوي الإعاقة الفكرية سواء بالمنزل من قبل الوالدين، أو بالمدرسة من خلال المعلم، وأخصائي التغذية.
- ٤- تفعيل دور أخصائي التغذية في مدارس الطلبة ذوي الإعاقة الفكرية.

المراجع

- أبو النيل، هبة الله محمود (٢٠٢١). تطور أساليب الحياة الصحية لدى أسر ذوي الإعاقة. *مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة بني سويف، كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة،* ٣(٦)، ٣١١٣-٣١٢٧.
- أمين، عزت خميس؛ وشاهين، فاروق (٢٠٠٥). *الغذاء والتغذية*. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي بالشرق الأوسط، بيروت: لبنان.
- جابر، نصر الدين؛ والقص، صليحة (٢٠١٦). الوعي الصحي لدى تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط: دراسة ميدانية بولاية باتنة. *مجلة أنسنه للبحوث والدراسات*. جامعة زيان عاشور بالجلفة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، ٧(١)، ١١٤-١٢٧.
- الجباس، فهد محمد (٢٠١١). *مبادئ سلامة الأغذية*. مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية، المملكة العربية السعودية: مكتبة الملك فهم الوطنية للنشر.
- الجندي، أسمة أحمد عيسى (٢٠١٧). *الغذاء وتغذية الطفل*. المملكة العربية السعودية: مكتبة المتنبّي.
- خضر، الطاف؛ وعدنان، سمر (٢٠١٥). الوعي الغذائي لدى أمهات أطفال الرياض وعلاقته ببعض المتغيرات. *مجلة البحوث التربوية والنفسية،* (٤٧)، ١-٢٥.
- الخطيب، جمال محمد؛ والحديدي، مني صبحي. (٢٠٠٩). *مدخل إلى التربية الخاصة*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الخطيب، رائد سعد الدين؛ وأبو الحسن، أحمد صلاح الدين (٢٠١٣). مدى انتشار السمنة وزيادة الوزن لدى الطلاب ذوي الإعاقات العقلية وتصور تربوي مقترح للوقاية منها في ضوء اتجاهات التربية الصحية. *المجلة التربوية الدولية المتخصصة، دار سمات للدراسات والأبحاث،* ٢(٢)، ١١٨-١٣٩.
- خيرى، سهام (٢٠١٥). *غذاء المعاقين وقاية وعلاج نحو دمج مجتمعي فعال*. *مجلة الطفولة والتنمية*. المجلس العربي للطفولة والتنمية، ٦(٢٣)، ١٦٩-١٩١.
- الديب، راندا مصطفى؛ ولاشين، مرفت عبدالوهاب؛ وعميرة، حمدى عز العرب (٢٠٢٠). برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي لدى أمهات أطفال الروضة قائم على بعض مواقع التواصل الاجتماعي. *مجلة شباب الباحثين في العلوم التربوية، جامعة سوهاج، كلية التربية،* (٦)، ١٠٢٨-١٠٥٨.

- سليمان، عبدالرحمن سيد (٢٠٠٠). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧). التخلف العقلي الأساليب التشخيص والبرامج. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبدالله، إيفلين سعيد (٢٠٠٥). تغذية الفئات العمرية الأصحاء- المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مجموعة النيل العربية.
- عبدالمجيد، نهال محمد (١٩٩٨). تقييم الحالة الغذائية للأطفال المعاقين في بعض المدارس الابتدائية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الاقتصاد المنزلي، جامعة حلوان.
- عبدالنبي، السيد (٢٠٠٤). الأنشطة التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبيد، ماجدة (٢٠٠٧). الوسائل التعليمية في التربية الخاصة. (ط٢)، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- العجلوني، كامل؛ وحياصات، دانا؛ وأبو جبارة، موسى؛ والخوaja، نهلة؛ والطروانة، محمد (٢٠١٢). إرشادات هامة للوقاية وعلاج السكري والتوتر الشرياني واختلاط الدهون والسمنة. عمان: مطابع الدستور التجارية.
- العزة، سعيد (٢٠٠٢). التربية الخاصة لذوي الإعاقة العقلية. عمان: مكتبة روعة.
- عطايا، هالد راشد (٢٠١٨). فاعلية برماج قائم على استخدام جداول النشاط المصور في خفض بعض المشكلات الغذائية لدى المعاقين عقلياً. مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، جامعة عين شمس، كلية التربية، ٤٢ (٢)، ٣٩٢-٤٣٢.
- العطيوي، ولاء محمد محمود (٢٠١٥). مدى انتشار السمنة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية في الأردن. مجلة التربية، جامعة الأزهر، كلية التربية، ١٦٤ (٢)، ٥٢٥-٥٤٢.
- فخرو، عائشة (٢٠٠٣). دراسة مقارنة لمستوى الوعي الغذائي لدى الطالبات المعلمات تخصص الاقتصاد المنزلي بكلية التربية جامعة قطر والتخصصات الأخرى في ضوء بعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية، (٤)، ١٩-٥٨.
- قنديل، يس عبدالرحمن والحصين، عبدالله (١٩٩٣). الوعي الغذائي لدى طالبات كليات البنات بمدينة الرياض مستواه ومصادره وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة الجمعية المصرية للمناهج وطرق التدريس، الجمعية المصرية للمناهج وطرق التدريس، كلية التربية، جامعة عين شمس، (١٩)، ١-١٩.

مستوى الوعي بالغذاء الصحي للطلبة ذوي الإعاقة الفكرية
من وجهة نظر الوالدين وفق بعض المتغيرات الديموجرافية

- محمد، أشرف نبيه إبراهيم (٢٠١٧). برنامج تثقيفي غذائي صحي وأثره على تحسين الوعي الغذائي لذوي الإعاقة الذهنية. *مجلة أسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية، جامعة أسبوط، كلية التربية الرياضية، ٤٤(٢)، ١-٥٠.*
- محمود، محمد الأمير إبراهيم؛ والأشرم، رضا إبراهيم محمد (٢٠٢٠). عادات الأكل لدى الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل، مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، ١٠(٣٧)، ٢٧-٧٨.*
- مرسي، كمال إبراهيم (١٩٩٩). *مرجع في علم التخلف العقلي*. (ط٢). القاهرة: دار النشر للجامعات المصرية.
- المشرفي، انشراح (٢٠٠٩). *الإكتشاف المبكر لإعاقات الطفولة*. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- المغازي، إبراهيم (٢٠٠٤). *مدخل إلى التخلف العقلي*. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
- النواصرة، فيصل عيسى عبدالقادر والهوراني، صفاء عايش عبدالله (٢٠١٧). السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين من وجهة نظر أمهاتهم في محافظة عجلون في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية ودرجة ونوع الإعاقة. *المجلة التربوية الدولية المتخصصة، دار سمات للدراسات والأبحاث، ٦(١١)، ١٥٥-١٧٠.*
- الهزاع، محمد (٢٠١٠). مؤشر كتلة الجسم (BMI) استخدامه وسوء استعماله. بحث مقدم للمؤتمر العربي الثالث للسمنة والنشاط البدني بعنوان السمنة في الوطن العربي الواقع والمأمول، مركز البحرين للدراسات والبحوث، المركز العربي للتغذية، مملكة البحرين (١٩-٢١ يناير ٢٠٢٠)، ٣١-٤٣.
- Antipatis, V. J., & Gill, T. P. (2001). Obesity as a global problem. *International textbook of obesity*, 1-22.
- Bandini, L. G., Curtin, C., Eliasziw, M., Phillips, S., Jay, L., Maslin, M., & Must, A. (2019). Food selectivity in a diverse sample of young children with and without intellectual disabilities. *Appetite, 133*, 433-440.
- Bouza, B. M. (2014). Validity of a Nutrition Knowledge Questionnaire for Adults with Intellectual Disability. In *International Journal of Exercise Science: Conference Proceedings* (Vol. 2, No. 6, p. 4).

-
- Capella-McDonnall, M. (2007). The need for health promotion for adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(3), 133-145.
- Choi, E., Park, H., Ha, Y., & Hwang, W. J. (2012). Prevalence of overweight and obesity in children with intellectual disabilities in Korea. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(5), 476-483.
- CROSS, N. (2000). THE EDUCATOR'S GUIDE TO FEEDING CHILDREN WITH DISABILITIES. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(6), 732-732.
- Doody, C. M., & Doody, O. (2012). Health promotion for people with intellectual disability and obesity. *British Journal of Nursing*, 21(8), 460-465.
- Elinder, L. S., Bergström, H., Hagberg, J., Wihlman, U., & Hagströmer, M. (2010). Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disabilities living in community residences: Design and evaluation of a cluster-randomized intervention. *BMC Public Health*, 10(1), 1-7.
- Emerson, E., & Robertson, J. (2010). Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 320-326.
- Erika, H. (2001) *Language development*, Wadsworth, A division of Thomson Learning.Inc
- Fox, R. A., & Rotatori, A. F. (2015). Prevalence of obesity among mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*.
- George, V. A., Shacter, S. D., & Johnson, P. M. (2011). BMI and attitudes and beliefs about physical activity and nutrition of parents of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1054-1063.
- Grondhuis, S. N., & Aman, M. G. (2014). Overweight and obesity in youth with developmental disabilities: a call to action. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(9), 787-799.

- Hsieh, K., Rimmer, J. H., & Heller, T. (2014). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(9), 851-863.
- Kelly, L. E., Rimmer, J. H., & Ness, R. A. (2020). Obesity levels in institutionalized mentally retarded adults. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3(2), 167-176.
- Kirk, S., Gallagher, J. J., & Coleman, M. R. (2022). *Educating exceptional children*. Cengage Learning.
- Murray, J., & Ryan-Krause, P. (2010). Obesity in children with Down syndrome: background and recommendations for management. *Pediatric nursing*, 36(6).
- Neter, J. E., Schokker, D. F., de Jong, E., Renders, C. M., Seidell, J. C., & Visscher, T. L. (2011). The prevalence of overweight and obesity and its determinants in children with and without disabilities. *The Journal of pediatrics*, 158(5), 735-739.
- Nogay, N. H. (2013). Nutritional status in mentally disabled children and adolescents: A study from Western Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(2), 614.
- Rimmer, J. H., & Yamaki, K. (2006). Obesity and intellectual disability. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 12(1), 22-27.
- Rimmer, J. H., Yamaki, K., Lowry, B. D., Wang, E., & Vogel, L. C. (2010). Obesity and obesity-related secondary conditions in adolescents with intellectual/developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 787-794.
- Rooms, L., Reyniers, E., van Luijk, R., Scheers, S., Wauters, J., & Kooy, R. F. (2004, January). Screening for subtelomeric rearrangements using genetic markers in 70 patients with unexplained mental retardation. In *Annales de genetique* (Vol. 47, No. 1, pp. 53-59). Elsevier Masson.
- Rubin, S. S., Rimmer, J. H., Chicoine, B., Braddock, D., & McGuire, D. E. (1998). Overweight prevalence in persons with Down syndrome. *Mental retardation*, 36(3), 175-181.

-
- Salaun, L., & Berthouze- Aranda, S. (2011). Obesity in school children with intellectual disabilities in France. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(4), 333-340.
- Sanjay, P., & Nadgir, A. (2013). To find the prevalence of obesity and overweight among children having mental retardation in age group 5 to 15 years in Dharwad Urban. *International Journal of Health Sciences and Research*, 3(1), 7-13.
- Sayin, K., & Ilik, S. (2017). Dietary Patterns and Feeding Problems of Turkish Children with Intellectual Disabilities and Typically Developing Children. *Journal of Education and Practice*, 8(11), 123-129.
- Spanos, D., Melville, C. A., & Hankey, C. R. (2013). Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence. *Nutrition journal*, 12(1), 1-16.
- Stanek, K., Abbott, D., & Cramer, S. (1990). Diet quality and the eating environment of preschool children. *Journal of the American Dietetic Association*, 90(11), 1582-1585.
- Stedman, K. V., & Leland Jr, L. S. (2010). Obesity and intellectual disability in New Zealand. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(2), 112-115.