

البحوث والدراسات

مشكلات تناول الطعام وعلاقتها بالمعالجة الحسية
لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مملكة البحرين

Doi:10.29343/1-86-1

د. السيد سعد الخميسي

أستاذ علم النفس والتربية الخاصة المشارك
جامعة الخليج العربي

د. مريم عيسى الشيراوي

أستاذ التربية الخاصة المشارك
جامعة الخليج العربي

الباحث: عبد الله أحمد قمبر الناصر

معلم (ب) علم نفس بوزارة الأوقاف - دولة الكويت

الملخص:

هدف البحث إلى تعرف مشكلات تناول الطعام وعلاقتها بمشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مملكة البحرين. تكونت عينة البحث من (37) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم من (5 - 12) سنة، من الملتحقين بمركز الوفاء في مملكة البحرين. تكونت أدوات البحث من مقياس مشكلات تناول الطعام (التميمي، وسيد أحمد، 2014) ومقياس البروفيل الحسي (المطيري، 2012). أظهرت النتائج أن مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي بالترتيب المشكلات السلوكية المصاحبة لتناول الطعام، تليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ثم مشكلات رفض الطعام، وأخيراً السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، كما بينت النتائج عدم وجود فروق في مشكلات تناول الطعام بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المرحلتين العمريتين، ووجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام والدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية.

Eating Problems and their Relationship to Sensory Processing in Children with
Autism Spectrum Disorder in Kingdom of Bahrain Submitted by

Elsayed Saad Elkhamisi

Associate Professor of Psychology
and Special Education
Arabian Gulf University

Maryam Isa Alshirawi

Associate Professor of
Special Education
Arabian Gulf University

ABDULLAH A Q ALNASER

Psychology teacher
ministry of education, kuwait

Abstract

The study aimed to identify eating problems and their relationship to sensory processing problems in children with Autism Spectrum Disorder in the Kingdom of Bahrain. The study's sample consisted of 37 children with Autism Spectrum Disorder, whose ages ranged between (5-12 years), from Alwafa Centre in the Kingdom of Bahrain. The research tools consisted of the eating problems scale (Altamimi, & Sayed Ahmad, 2014) and the sensory profile scale (Almutairi, 2012). The results showed that food problems were most common among children. The Behavioral problems associated with food eating, followed by the problems of food selectivity, and the food rejection, and the most recent behaviors of eating obstruction, The results showed that there were no differences in food problems between children with autism spectrum disorder in the two age groups, Statistically, there was significant relation between the total score of the eating problems scale and the total score of the sensory processing scale.

تم استلام البحث في يناير ٢٠١٨، وأجيز للنشر في يوليو ٢٠١٨.

المقدمة:

يعد اضطراب طيف التوحد نوعاً من الاضطرابات التطورية، والتي تظهر خلال سنوات النمو المبكرة من عمر الطفل، وتكون نتيجة لاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، ومن ثم تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل التواصل الاجتماعي صعباً عند هؤلاء الأطفال، كما تجعلهم يعانون من صعوبة في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم، ويكررون حركات جسمية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية دائماً (محمد، 2008).

ويعاني الطفل من ذوي اضطراب طيف التوحد في العادة من القصور أو العجز في العديد من الأنماط السلوكية والحسية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون الذين هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، ويعجز الطفل التوحدي في سن الخامسة عن القيام بما يقوم به الطفل العادي في عمر سنتين وأقل، كما يعجز عن رعاية نفسه، ويحتاج إلى من يطعمه أو يساعده في أداء المهارات الحياتية (عمارة، 2005).

ويعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من عدة مشكلات في مجالات شتى، منها مشكلات تناول الطعام، وعلى الرغم من أن الكثير من الأطفال العاديين يعانون من مشكلات تناول الطعام، وتظهر لديهم في مرحلة مبكرة من العمر، وذلك في شكل ثلاثة أنواع رئيسية من المشكلات، وهي رفض الأكل والعزوف عن الطعام، والنهم والجشع في الطعام، والمشكلات المرتبطة بشكل غير مباشر بعمليات الأكل والطعام بما فيها التقيؤ والتجشؤ والإصرار على الأطعمة المسلية السريعة، وعدم القبول بالأكل الذي تتوافر فيه شروط الصحة والغذاء الجيد (إبراهيم، والدخيل، وإبراهيم، 1993).

إلا أن تلك المشكلات تكون عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أكثر انتشاراً من أقرانهم العاديين، ومن المشكلات الشائعة المتعلقة بالطعام والشراب لدى الطفل التوحدي عدم تناول الطعام والشراب بطريقة صحيحة، ويتضح هذا من خلال العبث في الوجبات التي تقدم له، وأيضاً العبث بالأدوات وعدم استخدامها بصورة سليمة، وعدم الجلوس على المقعد أثناء تناول الطعام بطريقة صحيحة (Rogers, Magil-Evans & Rempel, 2011).

كما أن هناك مشكلات أخرى تتعلق بتناول الطعام، وتظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن هذه المشكلات مشكلة المزاج المفرط إما في الإصرار على تناول طعام معين، أو الإصرار على أن يقدم الطعام ويرتب بنفس الطريقة على المائدة دون أي تغيير، وقد يفسر ذلك على أنه شكل من أشكال السلوك النمطي، ومن العوامل التي تساعد على استمرار الطفل في هذا السلوك خشية الأهل أن تؤدي أي محاولة للتغيير في طريقة تقديم أو ترتيب الطعام إلى إصابة الطفل بنوبات الغضب (سلامة، 2005).

ونظراً لأن الحواس هي الأجهزة التي تقوم باستقبال المثيرات الحسية من المحيط الخارجي للإنسان، وتقوم الأعصاب بدورها المتمثل بنقل هذه الإشارة العصبية عبر النبضات العصبية من الأعصاب إلى الدماغ، حيث يقوم الدماغ بترجمة ومعالجة هذه الإشارات العصبية وإعطائها معنى وتنظيمها وتفسيرها وهنا تتم عملية الإدراك الحسي للأشياء، ومن ثم تتم عملية الرد العصبي من الدماغ إلى الحواس بالاستجابة الحسية للمثيرات، وتسمى تلك العمليات العصبية البيولوجية بالتكامل الحسي Sensory Integration وهي العملية الفطرية العصبية البيولوجية التي تشير إلى تكامل وتفسير وتنظيم المثيرات الحسية القادمة من البيئة بواسطة الدماغ (الجابري، 2014).

وقد ورد ذكر اضطرابات المعالجة الحسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 كاضطراب مستقل، ويكون باضطراب في معالجة المدخلات الحسية، وتنظيم وإضفاء معنى على مخرجات المعلومات الحسية (في: نصر، 2014).

تعتبر المعالجة الحسية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من أوجه القصور التي يعانون منها والتي

تحول دون تكييفهم مع البيئة، بل إنها تتسم كجانب قصور في سلوكهم، حيث يعاني معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من اضطرابات المعالجة (السمعية، البصرية، اللمسية، التذوقية، الشمية، واضطراب التحمل/التناغم)، وتكون الحساسية الحسية فيها إما مرتفعة أو منخفضة مثل الحساسية العالية في حواس التذوق والشم واللمس، وهذه الحساسية المفرطة سواء طعم أو رائحة أو تكوين بعض أنواع الطعام تجعل هذه الأطعمة غير مرغوب فيها، فيلجؤون إلى انتقائية الطعام الذي يتناولونه من حيث القوام والطعم والرائحة بسبب هذه الحساسية المفرطة التي لديهم (Ahearn, 2001).

مشكلة البحث:

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة وشدة بالنسبة للطفل من حيث تأثيرها على سلوكه (الخطيب، 2009)، كما أن اضطراب طيف التوحد ينتشر في جميع بلدان العالم وأسبابه غير معروفة بوجه قطعي، وإن إهماله يشكل معضلة اجتماعية وصعوبات ومشكلات نفسية لهم ولذويهم فضلاً عن هدر أموال كبيرة يمكن أن تستثمر في مجالات أخرى (الكبيكي، 2011).

وتتخذ عادات الأكل والشراب، وما يفضله الطفل، وما لا يفضله في صورة متطرفة؛ فالأطفال لا يأكلون ولا يشربون إلا أصنافاً قليلة ومحدودة التنوع، أو يصرون على عدم الأكل أو الشراب إلا باستخدام أطباق وأكواب معينة، وبعض الأطفال يظهرون تصميمات على رفض تناول الطعام بطريقة مهذبة، وبالتالي يكتسبون مظهراً غير سوي أثناء تناولهم للطعام والشراب بطريقة غير صحيحة بين الناس أو على الملأ (سليمان، 2004).

ويؤكد إمام (1999) أن الطفل التوحدي من الممكن أن يشرب سوائل كثيرة بطريقة غير منتظمة، كما أنه يعاني من عدم انتظام في الأكل واللبس والنوم، كما يوجد عدم استقرار في وزن الجسم زيادةً أو نقصاناً ويقتصر طعامه على أنواع معينة من الأطعمة.

وتؤكد بعض الدراسات أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون بشكل أكبر من مشكلات تناول الطعام أكثر من الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الأخرى، وقد وجدت علاقات ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب طيف التوحد وبين مشكلات محددة في تناول الطعام مثل مشكلات حركة الفم، ومشكلات الجهاز الهضمي والمشكلات الحسية، وأكدت على دور العوامل الحسية، مثل الحساسية الحسية Sensory Sensitivity في الانتقائية للطعام Food Selectivity (Cermak, Curtin & Bandini, 2010).

وأن الأطفال التوحيديين يستخدمون حواس اللمس، والتذوق، والشم في اكتشافهم لما يحيط بهم وأنهم يفعلون ذلك لفترة طويلة. فهم يحبون الإحساس بنعومة الخشب المصقول، البلاستيك، أو الفرو الناعم، كما أنهم يتعرفون على الأطفال عبر حواسهم، فيتعرفون على والديهم عن طريق لمسة رقيقة على وجوههم، كما يفعل الطفل الأعمى مثلاً، وعلى الرغم من الرغبة في اكتشاف الأشياء والتعرف عليها بوساطة التذوق إلا أن بعض الأطفال يجدون صعوبة في تعلم مضغ الطعام العادي، ويستوجب الأمر إطعامهم الغذاء المهروس والمطحون (المطيري، 2012).

وتشير دراسة فولكمار Volkmar, 1992 أن أطفال التوحد يظهرون سلوكيات شاذة في الاستجابات الحسية، فإما أن يكونوا شديدي الحساسية، كأن يقوم الطفل التوحدي بتغطية أذنه عند سماع الأصوات العالية أو لديهم قصور في الاستجابات الحسية، كأن لا يستجيب عند مناداته باسمه أو لا يشعر بالألم، لذلك فإن بعض الأطفال التوحيديين قد لا يرى ولا يسمع الأشياء التي نراها أو نسمعها لذلك يكون بمعزل عن الناس، وهذا يسبب مشكلات في المعالجة الحسية لديهم (العتيبي، 2012).

وهنا تأتي مشكلة هذا البحث في الكشف عن أبعاد مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً لدى الأطفال التوحيديين، وهل تختلف هذه المشكلات بتطور العمر، وأي من أبعاد مشكلات تناول الطعام ترتبط بأبعاد مشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال التوحيديين، وللكشف عن الفروق بين المرحلتين العمريتين حيث إنها

قضية جدلية بين بعض الدراسات (Nadon, Feldman, Dunn & Gisel, 2010) (سيد أحمد، 2014) التي أشارت إلى وجود فروق، والبعض الآخر إلى عدم وجود فروق، فدعت الحاجة لإجراء هذا البحث، حيث توجد ندرة في الدراسات العربية والخليجية - في ضوء علم الباحث - كشفت عن أشكال مشكلات تناول الطعام والمعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أسئلة البحث: وفي ضوء ذلك يحاول البحث الإجابة عن التساؤلات التالية:

- 1 - ما أبعاد مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
 - 2 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات تناول الطعام بين المرحلتين العمريتين (5: أقل من 9 سنوات)، (9:12) سنة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
 - 3 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مشكلات تناول الطعام وأبعاد مشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟
- أهمية البحث: تمثلت أهمية البحث في النقاط التالية:

- 1 - إلقاء مزيد من الضوء على مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 2 - يمكن أن تسهم نتائج البحث الحالي في تزويد العاملين والمهتمين باضطرابات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في بناء برامج للتدخل المبكر للتخفيف من حدة هذه المشكلات.
- 3 - المساهمة في زيادة معرفة آباء ذوي اضطراب طيف التوحد بأكثر مشكلات تناول الطعام انتشاراً عند أبنائهم ذوي اضطراب طيف التوحد، ومن ثم إيجاد طرق للتدخل.

أهداف البحث: هدف البحث إلى ما يلي:

- 1 - تسليط الضوء على بعض مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 2 - التعرف على الفروق بين المرحلتين العمريتين للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مشكلات تناول الطعام.
- 3 - ندرة الدراسات العربية والخليجية - في ضوء علم الباحث - كشفت عن أشكال مشكلات تناول الطعام والمعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مصطلحات البحث:

اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder: هو حالة من القصور المستمر في مهارات التواصل الاجتماعي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر بنمو الوظائف الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية والحسية، وظهور سلوك نمطي وروتيني، بالإضافة إلى الاهتمامات المحددة، وتظهر الأعراض خلال مراحل النمو المبكرة (American Psychiatric Association, 2013).

التعريف الإجرائي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: هم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذين تم تشخيصهم وفق محكات التشخيص المتبعة في مركز الوفاء بمملكة البحرين، في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2016-2017، والذين تتراوح أعمارهم من 5 إلى 12 سنة.

مشكلات تناول الطعام Eating Problems: «اضطراب في سلوك تناول الطعام، وعدم الانتظام في تناول الطعام، ما بين الامتناع القهري وتجنب تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد أو تقل عما يتطلبه النمو الطبيعي، وقد يصاحبه محاولة التخلص من الطعام الزائد» (شقيير، 1999، 771).

التعريف الإجرائي لمشكلات تناول الطعام: هي المشكلات السلوكية المعرقة والانتقائية ورفض تناول الطعام، والتي قد تشير إلى عدم حصول الطفل على القدر الكافي من الطعام لنموه، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد على مقياس مشكلات تناول الطعام المستخدم في البحث الحالي.

المعالجة الحسية Sensory Processing: «هي قدرة الدماغ على إدراك وتفسير وتنظيم المثيرات الحسية المستقبلية من خلال الحواس وترجمتها بردة الفعل أو السلوك الظاهر أو غير الظاهر، ويؤثر الخلل في المعالجة الحسية بأداء وإدراك الطفل في مهام الحياة اليومية من أكل ونوم، استحمام، أداء أكاديمي، التفاعلات الاجتماعية السلبية، وسوء التنظيم الانفعالي» (نصر، 2014، 298).

التعريف الإجرائي للمعالجة الحسية: هي قدرة الطفل على الإدراك الحسي للبيئة المحيطة به بشكل سوي، وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد على مقياس المعالجة الحسية المستخدم في البحث الحالي.

حدود البحث:

أ. الحدود البشرية: تتكون عينة البحث من (37) طفلاً من الذكور والإناث من ذوي اضطراب طيف التوحد، والتي تراوحت أعمارهم ما بين (5-12) سنة.

ب. الحدود المكانية: أجري هذا البحث في: مركز الوفاء التابع للجمعية البحرينية للإعاقة الذهنية والتوحد في مملكة البحرين.

ج. الحدود الزمنية: تم تطبيق هذا البحث خلال الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2016-2017.

مجتمع البحث:

يتحدد مجتمع البحث المستهدف في جميع الأطفال من الجنسين من ذوي اضطراب طيف التوحد، والملتحقين في مراكز التربية الخاصة التابعة للجمعية البحرينية للإعاقة الذهنية والتوحد في مملكة البحرين، حيث كان عددهم الكلي يبلغ (48) طفلاً، وتراوح أعمارهم أثناء تطبيق المقياس من (5-12) سنة، وذلك خلال الفصل الدراسي الثاني من العام 2016-2017.

عينة البحث:

تتكون عينة البحث من (37) طفلاً من الذكور والإناث من ذوي اضطراب طيف التوحد من الملتحقين بمركز الوفاء في مملكة البحرين، والتي تراوحت أعمارهم ما بين (5-12) سنة، وتم تقسيمهم إلى مرحلتين عمريتين، (27) طفلاً في المرحلة العمرية من (5 - أقل من 9) سنوات، و(10) أطفال في المرحلة العمرية (9-12) سنة، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية، وذلك خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2016-2017، كما هو موضح في جدول (1):

جدول 1 وصف عينة البحث تبعاً للفئة العمرية والجنس والنسبة المئوية

النسبة المئوية	المجموع	الجنس		الفئات العمرية
		إناث	ذكور	
73%	27	4	23	5 - أقل من 9
27%	10	1	9	9-12 سنة

المجموع الكلي	32	5	37	100%
متوسط الأعمار			7.405	
الانحراف المعياري			1.832	

يوضح جدول (1) توزيع أفراد عينة البحث بمركز الوفاء، ومجموع عينة البحث تكونت من (37) طفلاً وتراوح أعمارهم من (5-12) سنة، بمتوسط (7.40)، وانحراف معياري (1.83)، ويبين أن الفئة العمرية من (5 - أقل من 9) سنوات، بلغت نسبتها (73%)، بينما بلغت نسبة الفئة العمرية (9-12) سنة، (27%).

الدراسات السابقة: تعددت وتباينت الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة على نحو يمكننا من استعراضها وفقاً للآتي:

أولاً: مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أجرى كل من مارتينز، ويونج، وروبسون (Martins, Young & Robson, 2008) دراسة هدفت إلى بحث سلوك تناول الطعام وعملية التغذية لدى كل من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي، وقد تكونت عينة الدراسة من (164) طفلاً منهم (58) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و(106) من الأطفال العاديين ذوي النمو الطبيعي، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة ما بين (2-12) سنة، واشتملت أدوات الدراسة على استبانة تقييم سلوك تناول الطعام لدى الأطفال، ومقياس اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال حيث تم تطبيق تلك الأدوات على أمهات هؤلاء الأطفال أو من يقومون برعايتهم، وتوصلت الدراسة إلى أن مشكلات تناول الطعام تنتشر لدى (67%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بينما تنتشر لدى (33%) فقط من الأطفال العاديين، كما أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صغار السن يعانون من مشكلات تناول الطعام أكثر من الأطفال كبار السن، وأيضاً فإن مهارات الإطعام الذاتي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أقل من أقرانهم العاديين بدرجة دالة.

وفي نفس الإطار هدفت دراسة فودستاد، وماتسون (Fodstad & Matson, 2008) إلى تعرف مشكلات تناول الطعام بين الراشدين ذوي الإعاقة الذهنية المصاحبة وغير المصاحبة لاضطراب طيف التوحد، وقد اشتملت عينة الدراسة على (60) فرداً، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لأفراد العينة ما بين (18-69) سنة، مقسمين إلى (30) فرداً يعانون من إعاقة ذهنية مصاحبة لاضطراب طيف التوحد، و(30) فرداً يعانون من إعاقة ذهنية فقط، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، ومقياس لاضطراب طيف التوحد، ومقياس لمشكلات تناول الطعام، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التي يعاني أفرادها من الإعاقة الذهنية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد تعاني من مشكلات تناول الطعام أكثر من أفراد المجموعة التي يعاني أفرادها من الإعاقة الذهنية فقط.

كما هدفت دراسة بروفوست، كراو، أوسبورن، ماك كلاين، وسكيبير (Provost, Crowe, Osbourn, McClain & Skipper, 2010) فقد هدفت إلى تحديد السلوكيات التي يتبعها ذوي اضطراب طيف التوحد عند تناول الطعام، ومقارنة تلك السلوكيات بسلوكيات الأطفال العاديين المكافئين لهم في العمر الزمني. وتكونت عينة الدراسة من (48) من الأطفال، منهم (36) من الذكور، و(12) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين (3-6) سنوات، منهم (24) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و(24) من الأطفال العاديين المكافئين لهم في العمر الزمني، والجنس، والعرق، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس وقت الطعام المسحي من إعداد الباحثين، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة ذوي اضطراب طيف التوحد ومجموعة

العاديين في سلوكيات تناول الطعام، وحيث كان الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون بشكل أكبر من تناول الأشياء التي لا تؤكل، وإنهم يرفضون تجربة الطعام الجديد، ويختارون بين أنواع محدودة من الأطعمة بناءً على القوام، ولديهم مشكلات في السكوت أثناء تناول الطعام، والجلوس على المائدة، ويجدون صعوبة في تناول الطعام في المطاعم، ويقومون برمي الطعام.

أما دراسة كل من نادون، وفيلدمان، ودون، وغيزل (Nadon, Feldman, Dunn & Gisel, 2010) إلى مقارنة مشكلات تناول الطعام لدى مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع مجموعة من الأطفال العاديين، ومدى ارتباطها بمتغير العمر والجنس، وقد تكونت عينة الدراسة من (48) من أسر الأطفال العاديين وذوي اضطراب طيف التوحد، الذين يتراوح أعمارهم من (3-12) طفلاً، وقد اشتملت أدوات الدراسة على مقياس اضطراب طيف التوحد، وآخر لبروفيل تناول الطعام، يتم تطبيقه على الأسر أو القائمين على رعايتهم، وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات في تناول الطعام، وقصور في تنوع الطعام أكثر من أقرانهم ذوي النمو الطبيعي في نفس البيئة الاجتماعية، كما أشارت النتائج إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الأكبر سناً يعانون من مشكلات تناول الطعام أقل من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الأصغر سناً.

كما هدفت دراسة سيد أحمد (2014) إلى بحث مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تكونت عينة البحث من (100) طفل يعانون من اضطراب طيف التوحد، تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8-13) سنة بمتوسط عمري قدره (10 - 15) سنة، واشتملت أدوات الدراسة على الإصدار الثاني لمقياس جيليام للتوحد، ومقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد توصلت النتائج إلى أن مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي بالترتيب: مشكلات رفض الطعام يليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ويعقبها مشكلات السلوكيات المعرقة لتناول الطعام، ثم المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء تناول الطعام، كما توصلت النتائج أيضاً إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين جميع أعراض اضطراب طيف التوحد ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وإلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صغار السن وكبار السن على مشكلات تناول الطعام.

ثانياً: المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد .

كما هدفت دراسة نادون، وفيلدمان، دان، وجيسل (Nadon, Feldman, Dunn & Gisel, 2011) إلى فحص العلاقة بين المعالجة الحسية ومشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (95) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، منهم (87) من الذكور، و(8) من الإناث، وتتراوح أعمارهم بين (3 - 10) سنوات، واشتملت أدوات الدراسة على استبانة مشكلات تناول الطعام النمائية وسلوكيات وجبات الطعام اليومية من إعداد الباحثين، ومقياس البروفيل الحسي النسخة المختصرة. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج من أهمها وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المعالجة الحسية وبين مشكلات تناول الطعام لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، كما توصلت الدراسة إلى أن هناك بعض أنواع المشكلات الخاصة بالمعالجة الحسية التي ترتبط بشكل أكبر بمشكلات محددة في تناول الطعام، فالأطفال التوحديون الذين لديهم مشكلات في حاسة اللمس يعانون من مشكلات في سيلان اللعاب، والسلوكيات الاجتماعية أثناء تناول الطعام، وتفضيلات غير عادية لأطعمة معينة بناءً على العلامة التجارية واللون، ودرجة حرارة الطعام.

وفي نفس الإطار هدفت دراسة العتيبي (2012) إلى التعرف على العلاقة بين الاستجابات الحسية وبعض المهارات الحياتية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك على عينة تكونت من (31) طفلاً توحدياً تراوحت الأعمار الزمنية للعينة بين (6 - 9) سنوات، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة البروفيل الحسي

المعدل، ومقياس المهارات الحياتية، وقد أشارت النتائج إلى أن الاضطرابات الحسية الأكثر انتشاراً هي البصرية تليها السمعية بينما الأقل انتشاراً هي التذوقية والشمية، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مهارة تناول الطعام وبين حاسة البصر والسمع لدى الطفل التوحدي.

كما أجرت المطوع (2012) دراسة تعرف الخصائص الحسية والحركية وعلاقتها بسوء السلوك التكيفي لدى التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك على عينة تكونت من (30) طفلاً توحدياً تراوحت الأعمار الزمنية بين (6 - 9) سنوات، واشتملت أدوات الدراسة على الإصدار الثاني من اختبار تطور المهارات الحركية الكبيرة، والجزء الثاني من مقياس السلوك التكيفي، وقائمة البروفيل الحسي المعدل، وقد أشارت النتائج إلى أن أكثر الخصائص الحسية انتشاراً لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي الحس الدهليزي تليها حاسة السمع، التذوق، البصر، اللمس، وحاسة الشم، وكذلك أشارت النتائج إلى إمكانية التنبؤ فيما إذا كان هناك اضطراب في مجال السلوك الاجتماعي ومجال السلوك النمطي والنشاط الزائد من خلال الخصائص الحسية.

أما دراسة الكويتي (2013) فقد أشارت إلى العلاقة بين الحركات النمطية والاضطرابات الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وكذلك تعرف شكل البروفيل الحسي للاضطرابات الحسية، وذلك على عينة تكونت من (30) طفلاً توحدياً تراوحت الأعمار الزمنية للعينة بين (6 - 10) سنوات، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس الحركات النمطية من إعداد الباحث، ومقياس البروفيل الحسي (Dunn, 1999)، وقد توصلت النتائج إلى أن الاضطرابات الحسية الفموية هي الأكثر انتشاراً لدى عينة التوحدين، ثم تليها الاضطرابات الحسية السمعية، والدهليزية، واللمسية، والبصرية، كما توصلت النتائج أيضاً إلى أن الحركات النمطية الخاصة بالأطراف أكثر انتشاراً من الحركات النمطية الخاصة بالجسم.

كما هدفت دراسة البتراوي، شاكار، وخليفة (El-Batraui, Schakar & Khalifa, 2014) إلى تعرف عملية المعالجة الحسية غير العادية وتفاعل الطفل مع عالمه وكيفية قيامه بمهام الحياة اليومية، وذلك على عينة تكونت من (30) طفلاً توحدياً، ومقارنتهم بمجموعة مكافئة لهم من الأطفال العاديين، تراوحت الأعمار الزمنية للعينة بين (3 - 10) سنوات، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس البروفيل الحسي، ومقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، ومقياس تصنيف التوحد للأطفال، وقد توصلت النتائج إلى أن عينة التوحدين حصلوا على مؤشرات عالية في مقياس البروفيل الحسي، وارتبطت نسبة الذكاء الأعلى لدى ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد أكثر من الفئات الحسية المتأثرة من البروفيل الحسي، كما توصلت النتائج أيضاً لاختلاف أنماط معالجة المشكلات الحسية تبعاً لمتغير الذكاء والسن والجنس، وأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم صعوبة في معالجة ودمج المعلومات الحسية والتي تؤدي إلى صعوبات في الأداء الوظيفي في مجالات رئيسية من مهام الحياة اليومية.

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي بشكليه الارتباطي والمقارن، وقد تم اختياره نظراً لمناسبته لطبيعة البحث الحالي، وقد تم استخدام الشكل الارتباطي من خلال إيجاد العلاقة بين مشكلات تناول الطعام والمعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما تم استخدام الشكل المقارن من خلال إيجاد الفروق في مشكلات تناول الطعام بين المرحلة العمرية (5 - أقل من 9) سنوات، وبين (9-12) سنة.

أدوات البحث:

مقياس مشكلات تناول الطعام (التميمي، وسيد أحمد، 2014): هدف هذا المقياس إلى الكشف عن مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال للمواقف والأحداث في الحياة اليومية قبل وأثناء تناول الطعام. ويجب على هذا المقياس القائمون على رعاية الطفل أو المعلمين، ويطبق على الأطفال من عمر (5-12) سنة. ويتكون المقياس من (30) عبارة موزعة على أربعة أبعاد رئيسية وهي:

البعد الأول: السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، وهي تشير إلى السلوكيات المشكّلة التي يقوم بها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد أثناء تناول الطعام مثل: الصراخ، والبصق، والبكاء، ورمي الطعام، وترك المائدة قبل الانتهاء من الطعام، وكثرة الحركة. ويتكون من (10) عبارات.

البعد الثاني: رفض الطعام، وهي الحالة التي يمتنع فيها الطفل بإرادته عن تناول الطعام. ويتكون من (8) عبارات.

البعد الثالث: المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد، وهي التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتؤثر على عادات تناول الطعام لديهم مثل: ضعف التواصل، والنمطية في اختيار الطعام، وضعف التقليد والمحاكاة لتعلم مهارات إطفاء الذات. ويتكون من (8) عبارات.

البعد الرابع: الانتقائية المفرطة للطعام، وهي تفضيل عدد معين ومحدود من الأطعمة والإصرار عليها، وعدم التنوع وأكل الجديد منها. ويتكون من (4) عبارات، ويتم الإجابة عن مقياس مشكلات تناول الطعام للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بواسطة تقديرات المعلمين أو القائمين على رعاية الطفل، حيث يقوم المعلمون بتحديد العبارات التي تنطبق على الطفل بوضع علامة (√) أمام كل عبارة تنطبق تماماً على الطفل، وتدرج الاستجابة على عبارات هذا المقياس إلى أربعة مستويات وهي: أبدأ، والاستجابة بها تقدر بصفر، نادراً، والاستجابة بها تقدر بدرجة واحدة، وأحياناً، والاستجابة بها تقدر بدرجتين، ودائماً، والاستجابة بها تقدر بثلاث درجات، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس (مجموع درجات أبعاده) ما بين (0-81) درجة في ضوء 27 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى زيادة حدة أعراض مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والعكس صحيح.

الخصائص السيكومترية لمقياس مشكلات تناول الطعام: تم حساب صدق وثبات المقياس على عينة مكونة من 20 طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد بمركز الوفاء في مملكة البحرين، تراوحت أعمارهم من (5) إلى (11) سنة، ومتوسط عمري 7.25 سنوات، وانحراف معياري 1.74.

صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس عن طريق صدق الفقرة وذلك بحساب معامل الارتباط بين كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد عند مستوى أقل من (0.01-0.05)، مما يشير إلى الصدق.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات أبعاد المقياس بالطرق التالية:

معامل ألفا لكرونباخ: تم حساب معامل ثبات أبعاد المقياس بطريقة ألفا لكرونباخ، وتعتبر هذه المعاملات مرتفعة مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

طريقة التجزئة النصفية: تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس، وتعتبر هذه المعاملات مرتفعة مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات. ويوضح جدول (2) ذلك:

جدول (2) ثبات مقياس مشكلات تناول الطعام بطريقة ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية

الأبعاد	الثبات بطريقة ألفا	الثبات بطريقة التجزئة النصفية
السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام	.798	.731
رفض الطعام	.848	.920
المشكلات السلوكية المصاحبة	.832	.683
الانتقائية المفرطة للطعام	.807	.644

مقياس البروفيل الحسي (إعداد دن (Dunn, 1999) ترجمة المطيري، 2012): يهدف مقياس الخصائص الحسية إلى الكشف عن استجابات الأطفال للمواقف والأحداث تبعاً للنظم الحسية لديهم، ومدى تأثير ذلك على الأداء الوظيفي للمعالجة الحسية عند الأطفال في الحياة اليومية. ويجب عن هذا المقياس القائمون على رعاية الطفل، ويتكون من (65) عبارة، وستة أبعاد هي: المعالجة السمعية وتتكون من (11) عبارة، المعالجة البصرية وتتكون من (10) عبارات، المعالجة اللمسية وتتكون من (17) عبارة، المعالجة التذوقية وتتكون من (9) عبارات، المعالجة الشمية وتتكون من (7) عبارات، المعالجة الخاصة بالتحمل/التناغم وتتكون من (11) عبارة، ويطبق على الأطفال من عمر (5-12) سنة، ويتم الإجابة عن مقياس البروفيل الحسي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بواسطة تقديرات المعلمين، حيث يقوم المعلمون بتحديد العبارات التي تنطبق على الطفل بوضع علامة (✓) أمام كل عبارة تنطبق تماماً على الطفل، تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (54-270) درجة في ضوء 54 عبارة، وقد وضعت خمسة بدائل للإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس وهي: في حالة وجود هذا السلوك بشكل مستمر يتم وضع العلامة عند (دائماً) (5)، وفي حالة أن الطفل غالباً ما يقوم بالسلوك توضع علامة عند العمود الذي عنوانه (كثيراً) (4)، وفي حالة أن الطفل يقوم بالسلوك في فترات متباعدة توضع علامة عند العمود الذي عنوانه (أحياناً) (3)، وفي حالة أن الطفل يقوم بالسلوك في مواقف قليلة جداً توضع العلامة عند العمود الذي عنوانه (نادراً) (2)، وفي حالة عدم انطباق هذا السلوك وعدم ظهوره في أي وقت من الأوقات توضع علامة عند العمود الذي عنوانه (مطلقاً) (1).

تم حساب صدق وثبات المقياس على عينة مكونة من 20 طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد بمركز الوفاء في مملكة البحرين، تراوحت أعمارهم من (5) إلى (11) متوسط عمري 7.25 سنوات، وانحراف معياري 1.74.

صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات أبعاد المقياس بالطرق التالية:

أ. معامل ألفا لكرونباخ: تم حساب معامل ثبات أبعاد المقياس بطريقة ألفا لكرونباخ، ويتضح تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

ب. طريقة التجزئة النصفية: تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لأبعاد المقياس، ويتضح تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات. ويوضح جدول (3) ذلك:

جدول (3) ثبات مقياس البروفيل الحسي بطريقة ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية

الأبعاد	الثبات بطريقة ألفا	الثبات بطريقة التجزئة النصفية
اضطراب المعالجة السمعية	.802	.531
اضطراب المعالجة البصرية	.874	.944
اضطراب المعالجة اللمسية	.909	.780
اضطراب المعالجة التذوقية	.777	.592
اضطراب المعالجة الشمية	.856	.911
اضطراب معالجة (التحمل/التناغم)	.907	.894

نتائج البحث:

هدف هذا الفصل إلى تقديم عرضٍ لنتائج البحث التي تم التوصل إليها؛ من خلال الإجابة عن أسئلة البحث، باستخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، كما تم مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

للإجابة عن السؤال الأول الذي ينص على: ما أبعاد مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

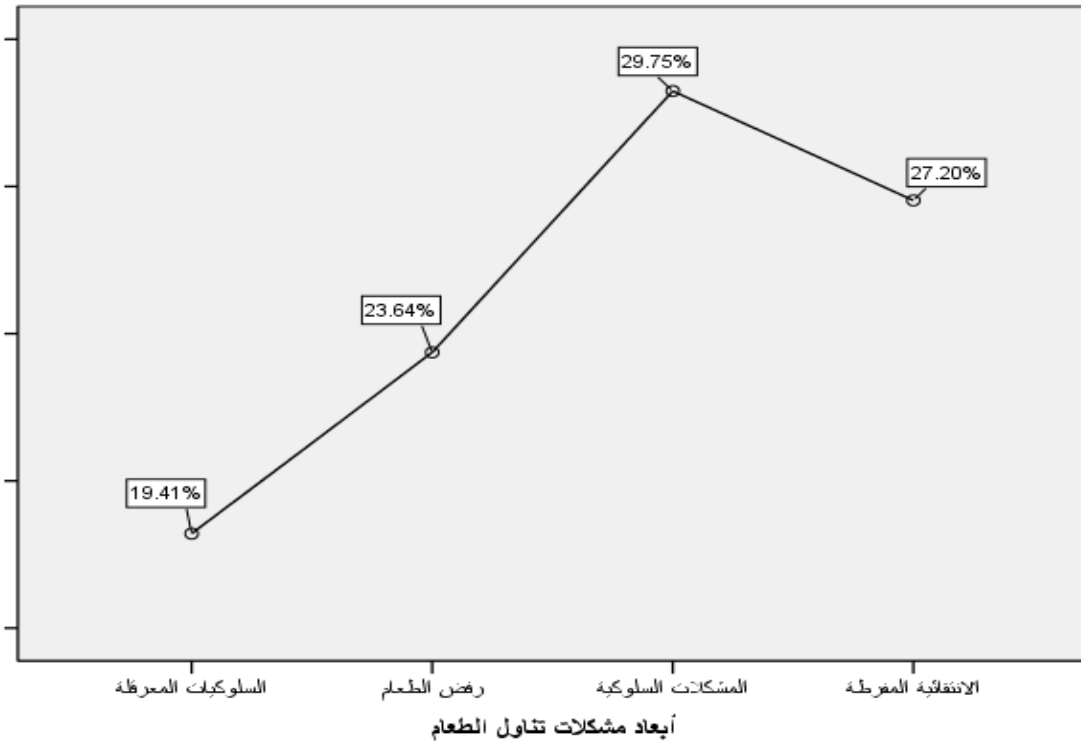
تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمتوسط مجموع الدرجات على أبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام، حيث تمت قسمة مجموع كل بعد من أبعاد المقياس على عدد عباراته وذلك بسبب عدم تساوي عدد العبارات في أبعاد هذا المقياس، كما هو موضح بالجدول (4):

جدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لأبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام

الترتيب	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البعد
الأول	29.75%	0.725	0.864	المشكلات السلوكية المصاحبة
الثاني	27.20%	0.793	0.790	الانتقائية المفرطة للطعام
الثالث	23.64%	0.771	0.687	رفض الطعام
الرابع	19.41%	0.619	0.564	السلوكيات المعرقة لتناول الطعام

يتضح من الجدول (4) أن أبعاد مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي بالترتيب المشكلات السلوكية المصاحبة لتناول الطعام، تليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ثم مشكلات رفض الطعام، وأخيراً السلوكيات المعرقة لتناول الطعام.

ويمكن توضيح شكل نسب مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لدى عينة البحث لأبعاد المقياس من خلال الشكل (1):



شكل (1) أبعاد مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

مناقشة نتائج السؤال الأول: يتضح من نتائج السؤال الأول أن أبعاد مشكلات تناول الطعام الأكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي بالترتيب هي المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد والتي تحدث أثناء تناول الطعام مثل: مشكلات التمسك بالروتين اليومي المتبع في تناوله للطعام كأن يعد أو يقدم له الطعام بطريقة معينة وبأدوات مائدة محددة، وطلبه فقط الطعام الذي يستطيع نطق اسمه، وتليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام مثل: مشكلات تناول أنواع محددة من الطعام والإصرار عليها، وتفضيل أطعمته ذات مذاق أو لون أو قوام معين، ويليها مشكلات رفض الطعام مثل: رفض تناول الطفل للطعام في الوقت المحدد، ورفض الطفل أكل الأطعمة الجديدة والمتنوعة، ورفضه للأطعمة التي تحتاج إلى مضغ جيد، ويليها مشكلات السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام مثل: مشكلات صراخ الطفل أو بكائه أو إدارة وجهه أو جسمه أو بصره للطعام أثناء تناوله، أو حركته المفرطة أثناء تناول الطعام.

ويمكن تفسير انتشار المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد والتي تحدث أثناء تناول الطعام في ضوء ما أشار إليه عليوات (2007) من أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات تخص الروتين اليومي لتناول الطعام حيث يتناولون الطعام بأطباق وأدوات معينة والتقيد بوقت محدد لتناول الطعام، وعدم التنوع في الأصناف الغذائية للوجبات ويعمل ذلك على ارتفاع المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد والتي تحدث أثناء تناول الطعام، فقد يلجأ إلى الصراخ أو البكاء أو العدوان نحو الذات أو الآخرين إذا ما تم الإخلال بنظامه اليومي المتبع أثناء تناوله للطعام، كما يمكن تفسير تلك النتيجة المتعلقة بانتشار المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد في ضوء ما يتصف به الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من تعلق بالروتين وقيامهم بسلوكيات نمطية تكرارية، مع رفض التغيير في البيئة من حولهم، ويعد تناول الطعام والبيئة المحيطة به والسلوكيات المصاحبة له من الجوانب التي يرفض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد التغيير فيها (العبادي، 2006).

أما بالنسبة لمشكلات الانتقائية المفرطة لأنواع الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فيمكن

تفسيرها في ضوء ما يعاني منه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من وجود استجابات غير عادية للخبرات الحسية (العبادي، 2006)، ومن هذه الاستجابات الخاصة بتناول الطعام انتقاء أنواع معينة من الأطعمة بناءً على الشكل واللون والرائحة والملمس (خليفة وسلامة، 2010)، كما يمكن تفسير مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام في ضوء ما يعاني منه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من قصور في مهارات الإطعام الذاتي، وهو ما يمكن أن يقود إلى مشكلات أخرى مثل التناول الانتقائي للأطعمة، وتجنب أطعمة أخرى، وحدوث مشكلات في المضغ والهضم (Ernsperger & Stegon Hanson, 2004).

أما فيما يخص مشكلات رفض الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيمكن تفسيرها في ضوء ما أشار إليه عامر (2008) من أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من الحساسية الحسية المنخفضة أو المرتفعة عن العاديين، وبالتالي فهم يكونون أكثر حساسية لبعض الأطعمة التي تكون عادية بالنسبة للأطفال العاديين، وبالتالي فهم يرفضون تلك الأطعمة بسبب ما يعانونه من مشكلات في المعالجة الحسية لديهم.

أما بالنسبة للسلوكيات المعرّقة لتناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فيمكن تفسيرها في ضوء ما يعاني منه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من سلوكيات ترتبط بطريقة مباشرة بمشكلات تناول الطعام، حيث يظهر ذلك في البكاء، البصق، إلقاء الطعام من على المائدة، مغادرة المائدة، العدوانية، وإيذاء الذات، وجميع هذه السلوكيات تقود إلى عدم تناول الطعام (Ahearn, 2001). وتؤدي هذه السلوكيات الفوضوية المعرّقة لتناول الطعام إلى ضعف تحكم الأم في عملية إطعام الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد (Martins, Young & Robson, 2008).

ويتفق ذلك مع نتائج دراسة وليامز، وداكمبل، ونيل (Williams, Dakymple & Neal, 2000) التي أشارت إلى أن (60%) من عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يأكلون كميات قليلة من الطعام، ويرفضون تناول الأطعمة الجديدة، وأيضاً أن (56%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم حركات الفم أثناء المضغ، ودراسة أهيرن، وكاستين، ونولت، وجرين (Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001) التي توصلت إلى أن أكثر من (50%) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من ضعف تقبل الأطعمة المقدمة لهم، كما أنهم أكثر انتقائية للطعام بناءً على نوعه أو قوامه وذلك عند مقارنتهم بأفراد مجموعة الاضطرابات النمائية غير المحددة، وتتفق كذلك تلك النتائج مع دراسة فيلد، وغارلاند، ووليامز (Field, Garland, & Williams, 2003) التي أشارت إلى أن مشكلات رفض الطعام كانت تنتشر بين أطفال ذوي التأخر النمائي، بينما انتشرت مشكلات تناول الطعام مثل انتقائية أنواع معينة من الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأن أهم مشكلات تناول الطعام المنتشرة بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي: استهلاك كميات قليلة من الأطعمة، وانتقائية أنواع معينة من الطعام، والتأخر في حركات الفم أثناء المضغ، كما تتفق نتائج السؤال الأول مع نتائج دراسة سيكريك، ووليامز، وسميث (Schreck, Williams & Smith, 2004) التي أشارت إلى أن مشكلات تناول الطعام تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أكثر من أقرانهم العاديين، وأن أهم مشكلات تناول الطعام المنتشرة بينهم هي رفض أنواع معينة وتفضيل أنواع أخرى بناءً على قوام تلك الأطعمة، وعدم تنويع الطعام الذي يأكلونه، والسلوكيات الطقوسية أثناء تناول الطعام، مثل طلب أطباق أو أدوات مائدة معينة أو تقديم الطعام لهم بطريقة معينة، كما تتفق تلك النتائج مع نتائج دراسة جونسون، وهاندن، ومايركوستا، وساكو (Johnson, Handen Mayer-Costa, & Sacco, 2008)، التي توصلت إلى أن أهم مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي بالترتيب: كذف الطعام، ورفض الطعام وفقاً لقوامه أو لونه أو نوعه، كما تتفق تلك النتيجة مع نتائج دراسة بروفوست، وآخرين (Provost et al., 2010) التي توصلت إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون بشكل أكبر من تناول الأشياء التي لا تؤكل، وأنهم يرفضون تجربة الطعام الجديد، ويختارون بين أنواع محدودة من الأطعمة بناءً على

القوام، ولديهم مشكلات في السكوت أثناء تناول الطعام، والجلوس على المائدة، ويجدون صعوبة في تناول الطعام في المطاعم، ويقومون برمي الطعام.

وتختلف نتائج السؤال الأول مع نتائج دراسة شريك، ووليامز (Schreck, & Williams, 2006) التي توصلت إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يقبلون أو يرفضون الطعام المقدم لهم بناءً على قبول أو رفض أسرهم له أكثر من ارتباطه بخصائص معينة لديهم، كما تختلف نتائج السؤال الأول مع دراسة سيد أحمد (2014) التي توصلت إلى أن مشكلات تناول الطعام الأكثر شيوعاً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي بالترتيب: مشكلات رفض الطعام يليها مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام، ويعقبها مشكلات السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام، ثم المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء تناول الطعام.

للإجابة عن السؤال الثاني الذي ينص على: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلات تناول الطعام بين المرحلتين العمريتين (5: أقل من 9)، (12:9) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

تم استخدام اختبار مان وتني اللابارامتري للتحقق من الفروق في متوسط الدرجات على مقياس مشكلات تناول الطعام بين المرحلتين العمريتين (5: أقل من 9)، (12:9) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كما هو موضح بالجدول (5):

جدول (5) نتائج اختبار مان وتني للفروق في متوسط المرحلتين العمريتين لذوي اضطراب طيف التوحد

الدلالة المشاهدة	قيمة U	سنة 12-9 ن=10		5 - أقل من 9 سنة ن=27		البعد
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
0.775	126.0	19.90	199.00	18.67	504.00	المشكلات السلوكية المصاحبة
0.408	110.0	16.50	165.00	19.93	538.00	الانتقائية المفرطة للطعام
0.933	132.0	18.70	187.00	19.11	516.00	رفض الطعام
0.827	128.0	18.30	183.00	19.26	520.00	السلوكيات المعرّقة لتناول الطعام
0.853	129.5	18.45	184.50	19.20	518.50	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (5) أن متوسط الرتب للدرجة الكلية لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال في المرحلة العمرية (5 - أقل من 9 سنوات) تساوي (19.2) في حين بلغت قيمة متوسط الرتب للدرجة الكلية للأطفال في المرحلة العمرية (9 - 12 سنة) تساوي (18.45) وأشارت نتائج اختبار مان وتني إلى أنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية بين المتوسطين، إذ كان مستوى الدلالة المشاهد يساوي (0.853) وهو أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال في المرحلتين العمريتين.

مناقشة نتائج السؤال الثاني: توصلت نتائج السؤال الثاني إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مشكلات تناول الطعام بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في المرحلتين العمريتين، ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن عينة البحث في المرحلتين العمريتين على الرغم من الاختلاف العمري بينهما، إلا أنهما في نفس مرحلة الطفولة بشكل عام، ولم يتم تناول أطفال من مراحل عمرية مختلفة أي المراهقة والرشد، وبالتالي فإن ذلك يقود إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المرحلتين، كما يمكن تفسير ذلك في ضوء ارتباط بعض مشكلات تناول الطعام بأعراض اضطراب طيف التوحد، وهي السلوكيات النمطية والتكرارية والتمسك بالروتين (الجمادة،

(2015)، وتلازم هذه الأعراض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مرحلة الطفولة بصفة عامة (الشامي، 2004)، حيث يتميز ذوي اضطراب طيف التوحد بوجود مشكلات في الإدراك الحسي، ومشكلات في الجهاز الهضمي، وكذلك المشكلات الطقوسية والتكرارية، والوظائف التنفيذية والمهارات الاجتماعية واللغوية، والتي يمكن أن تكون ذات علاقة بعملية تناول الطعام والإحساس بها (Twachtman-Reilly, Amaral & Zebrowski, 2008)، وهي نفس المرحلة التي يتم دراستها في البحث الحالي.

ويعزو الباحث عدم وجود فروق جوهرية بين المرحلتين، لقلة نسبة المشاركة بالمرحلة العمرية (9 - 12 سنة) 27% مقارنة في المرحلة العمرية (5 - أقل من 9 سنوات)، حيث بلغت نسبة المشاركة 73%، لدرجة قد لا تؤثر على نتائج الفروق بين متوسطات المراحل العمرية، وقد يكون سن الطفل كبيراً عند التحاقه بالمركز فبذلك لم يتلقَ برامج تدخل مبكر كافية وبالتالي لم تقل عنده حدة بعض مشكلات تناول الطعام نظراً لارتباطها بأعراض اضطراب طيف التوحد، ولعل ذلك قد يرجع أيضاً لضعف إمكانيات وخبرات مراكز التربية الخاصة المعنية بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في برامج التدخل المبكر مقارنة بالدول الأجنبية.

وتتفق تلك النتائج مع دراسة سيد أحمد (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صغار السن وكبار السن على مشكلات تناول الطعام.

وتختلف تلك النتائج مع دراسة نادون، وفلدمان، وذن، وغيزل (Nadon, Feldman, Dunn & Gisel, 2010) التي أشارت إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الأكبر سناً يعانون من مشكلات تناول الطعام أقل من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الأصغر سناً، كما تختلف نتائج السؤال الثاني مع دراسة كل من مارتينز، وآخرون (Martins et al, 2008). التي توصلت إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صغار السن يعانون من مشكلات تناول الطعام أكثر من الأطفال كبار السن.

للإجابة عن السؤال الثالث الذي ينص على: هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مشكلات تناول الطعام وأبعاد مشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد؟

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مشكلات تناول الطعام والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد مشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام معامل ارتباط بيرسون، كما هو موضح بالجدول (6):

جدول (6) معاملات الارتباط بين أبعاد مشكلات تناول الطعام وأبعاد مشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

أبعاد مشكلات تناول الطعام					أبعاد مشكلات المعالجة الحسية
الدرجة الكلية	انتقائية الطعام	المشكلات السلوكية	رفض الطعام	السلوكيات المعرّقة	
.471**	.317	.465**	.319	.463**	اضطراب المعالجة السمعية
.620**	.444**	.537**	.577**	.509**	اضطراب المعالجة البصرية
.624**	.459**	.528**	.589**	.509**	اضطراب المعالجة اللمسية
.763**	.782**	.612**	.778**	.460**	اضطراب المعالجة التذوقية
.585**	.389*	.510**	.534**	.508**	اضطراب المعالجة الشمية

.367*	.190	.336*	.332*	.338*	اضطراب معالجة (التحمل/التناغم)
.779**	.592**	.676**	.715**	.628**	الدرجة الكلية

** دال إحصائياً عند مستوى 0.01 * دال إحصائياً عند مستوى 0.05

يتضح من الجدول (6) أن معظم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياسين دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01، 0.05) كما تنحصر معاملات الارتباط الدالة بين (0.332 - 0.782).

كما أن أبعاد مقياس المعالجة الحسية ارتبطت مع الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام، حيث تراوحت معاملات الارتباط الدالة بين (0.367 - 0.763) كما حصل بعد اضطراب المعالجة التذوقية على أعلى درجات الارتباط مع الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام حيث بلغ معامل الارتباط (0,763)، ثم تليها على التوالي بعد اضطراب المعالجة اللمسية حيث بلغ معامل الارتباط (0,624)، بعد اضطراب المعالجة البصرية حيث بلغ معامل الارتباط (0,620)، بعد اضطراب المعالجة الشمية حيث بلغ معامل الارتباط (0,585)، بعد اضطراب المعالجة السمعية حيث بلغ معامل الارتباط (0,471)، وحصل بعد اضطراب معالجة (التحمل/التناغم) على أدنى درجات الارتباط مع الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام حيث بلغ معامل الارتباط (0,367).

وأما أبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام فقد ارتبطت مع الدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية، حيث تراوحت معاملات الارتباط الدالة بين (0.592 - 0.715) كما حصل بعد رفض الطعام على أعلى درجات الارتباط مع الدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية حيث بلغ معامل الارتباط (0,715)، ثم تليها على التوالي بعد المشكلات السلوكية المصاحبة حيث بلغ معامل الارتباط (0,676)، بعد السلوكيات المعرقلية حيث بلغ معامل الارتباط (0,628)، وحصل بعد انتقائية الطعام على أدنى درجات الارتباط مع الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام حيث بلغ معامل الارتباط (0,592).

وبالتالي فإن هناك علاقة ارتباطية مرتفعة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام والدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية حيث بلغ معامل الارتباط (0,779) وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

مناقشة نتائج السؤال الثالث: أشارت نتائج السؤال الثالث إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام والدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية، وكذلك وجود علاقة ارتباطية بين جميع أبعاد مقياس المعالجة الحسية والدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام، ووجود علاقة ارتباطية بين جميع أبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام والدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية، وهذا يعني أن جميع مشكلات المعالجة الحسية التي تتمثل في اضطراب المعالجة التذوقية، اضطراب المعالجة اللمسية، واضطراب المعالجة البصرية، واضطراب المعالجة الشمية، واضطراب المعالجة السمعية، واضطراب معالجة (التحمل/التناغم) ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ويمكن تفسير ارتباط أبعاد اضطراب المعالجة التذوقية، واضطراب المعالجة اللمسية، واضطراب المعالجة البصرية، واضطراب المعالجة الشمية، واضطراب المعالجة السمعية بالدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء أن مشكلة المعالجة الحسية للطعام تأخذ شكل الاستجابة المنطرفة إما بارتفاعها أو انخفاضها، حيث يستجيب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للمثيرات الخاصة بالطعام بشكل متطرف، سواء بزيادة الاستجابة أو بنقصها بشكل غير عادي، وهو ما يتضح من خلال مجموعة من الاستجابات المختلفة مثل الاستجابات الغريبة عند تذوق الطعام أو شمه، وكذلك الحساسية الزائدة للمس، وصعوبات في الانتقاء السمعي، حيث يتعرض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى كثير من

المثيرات الحسية، الخاصة بالسمع، والبصر، واللمس، والشم، والتذوق، ولكنهم يعجزون عن التعامل مع جميع هذه المثيرات المتزامنة، وبالتالي يلجؤون إلى سلوكيات التجنب الحسي كأن يتجنبون لمس أطعمة ذات قوام معين، أو يتجنبون شم الروائح النفاذة والقوية لأطعمة ما، أو يتجنبون تذوق الأطعمة غير المألوفة لديهم، أو الأطعمة التي تولد لديهم إحساساً سيئاً في الفم واللسان والأسنان، أو يتجنبون النظر إلى أدوات المائدة إما بسبب الرؤية الضبابية أو الحساسية البصرية المرتفعة أو المنخفضة والتي قد تولد نوعاً من الخوف عند النظر لأدوات المائدة، أو سلوكيات البحث الحسي كأن يبحثون عن الاستثارة الذاتية من خلال الحواس وذلك بوضع الأشياء في الفم كمحاولة لاستكشاف الشيء عن طريق طعمه وقوامه وشمكه أو تناول بعض المواد والأشياء غير الصالحة للأكل، وهذه بدورها تؤدي إلى مشكلات تناول الطعام (Twachtman-Reilly et al., 2008) (خليفة، وسلامة، 2010).

وبالنسبة لاضطراب المعالجة التذوقية، يفسر في ضوء أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتجنبون بعض السلوكيات التي تحتاج إلى استخدام الفم، أو ما يسمى الدفاع الفموي مما يؤدي إلى تجنب تناول أنواع معينة من الأطعمة المالحة أو الحامضة أو المتماسكة أو اللينة أو الصلبة أو المقرمشة، وتعد الحساسية الفموية المرتفعة أو المنخفضة من المشكلات الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويمكن تفسير حصول اضطراب المعالجة التذوقية على أعلى درجات الارتباط مع الدرجة الكلية لمشكلات تناول الطعام، بأنها الحاسة الأساسية التي يعتمد عليها الأطفال عند تناولهم للطعام وبالتالي اضطرابها يؤدي إلى مشكلات تناول الطعام.

وأما بالنسبة لاضطراب المعالجة اللمسية وارتباطها بالدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام فيمكن تفسيرها في ضوء ما لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نوع من أنواع الدفاعات اللمسية والتي تظهر كنوع من رد الفعل المتطرف نحو مثيرات لمسية معينة نتيجة الحساسية الحسية اللمسية المرتفعة أو المنخفضة لديهم، ويستخدمونها مع أنواع معينة من الأطعمة ذات ملمس معين مثل الأطعمة ذات القوام المتماسك أو المهروسة (Cermak, Curtin, & Bandini, 2010).

وأما بالنسبة لاضطراب معالجة (التحمل/التناغم) وارتباطه بالدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام، فكلما كان هناك مشكلات في المعالجة الحسية الخاصة بـ(التحمل/التناغم) كان هناك مشكلات في تناول الطعام، ويمكن تفسيره في ضوء أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب في التخطيط الحركي، وقصور في المعالجة الإدراكية الحسية العميقة واللمسية والخمول وضعف المهارات الحركية الأساسية، وصعوبة في المهارات الحركية الدقيقة، وضعف التوازن والتنظيم، ووضع الجسم لتناول الطعام، والتأخر الحركي العضلي العصبي للإمساك بالأدوات اللازمة من الملعقة والسكين لتناول الطعام، وتظهر هذه الصعوبات على الطفل عندما يتعلم هذه المهارة الحركية الجديدة، وهي تؤثر على المعالجة الحسية للمعلومات والتي بدورها تؤدي إلى مشكلات تناول الطعام (Miller, 2003; Jacobi, Agras, Bryson & Hammer, 2003).

ويمكن تفسير مشكلات رفض الطعام والانتقائية المفرطة للطعام وارتباطها بالدرجة الكلية لمقياس المعالجة الحسية من أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من مشكلات في المعالجة الحسية تجاه تناول الطعام، وذلك بارتفاع أو انخفاض الحساسية الحسية لديهم والتي بدورها تقود إلى تفسيرات خاطئة تجاه الطعام الذي يتناولونه فتتمثل هذه المشكلات في الانتقائية المفرطة في تناول أنواع معينة من الطعام تبعاً للمظهر مثل الأطعمة الصلبة أو السائلة أو الهلامية أو المهروسة، والرائحة سواء خفيفة أم قوية وحادة، والطعم سواء الحامض أو الحلو أو المر أو اللاذع، ويرفضون بعض الأطعمة بناءً على رائحتها، ونادراً ما يتناولون نفس الطعام مثل بقية أفراد الأسرة، ولا يفضلون بل ويرفضون الأطعمة ذات درجات الحرارة المرتفعة أو المنخفضة جداً (Smith, Roux, Naidoo & Venter, 2005).

فكلما كان هناك مشكلات في المعالجة الحسية كان هناك مشكلات تناول الطعام، ويمكن تفسير تلك العلاقة بين مشكلات تناول الطعام وبين مشكلات المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في

ضوء أن تناول الطعام يعتمد على معظم الحواس وعلى وضع الجسم، حيث يعتمد على حواس التذوق، اللمس، الشم، البصر وبالتالي فإن الاضطراب في المعالجة الحسية في واحدة أو أكثر منها يؤثر على عملية تناول الطعام، ويؤدي إلى ظهور المشكلات بها، وهو ما يشير إليه نادون، وفيلدمان، ودان، وجيسل (Nadon, Feldman, 2011)، من أن حوالي (78 - 90 %) من ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من اضطراب معالجة المعلومات الحسية، وهي مشكلات تؤثر على أنشطة الحياة اليومية لدى الطفل، ومنها تناول الطعام. وأيضاً يمكن تفسيرها من أن معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعانون من حساسية حسية شديدة مرتفعة أو منخفضة في حاستي الشم والتذوق، وتؤدي هذه الحساسية الشديدة إلى اضطراب في تذوق الطعام، مما يؤدي إلى انتقائية هؤلاء الأطفال للطعام الذي يتناولونه من حيث القوام المقبول، الطعم، والرائحة (Williams et al., 2000).

وتتفق نتائج السؤال الثالث مع دراسة نادون، وآخرين (Nadon et al., 2011) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المعالجة الحسية وبين مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

توصيات البحث: من خلال ما تناوله البحث من متغيرات، وما توصل إليه من نتائج، يوصي الباحث بما يلي:

- 1 - التركيز على علاج مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مؤسسات خدمات الرعاية الخاصة بهم.
- 2 - إعداد برامج تغذية متخصصة من قبل أخصائيي التغذية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والذين يعانون من مشكلات في تناول الطعام.
- 3 - التنسيق بين إدارات مدارس ومراكز التربية الخاصة وقسم التغذية بوزارة الصحة لتوفير أغذية مناسبة حسب احتياجات كل طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 4 - إعداد برامج توعوية عن كيفية التعامل مع مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد موجهة للوالدين أو القائمين على رعايتهم.
- 5 - الاهتمام بنوعية الأنشطة المقدمة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام إستراتيجيات متنوعة لتخفيف حدة مشكلات المعالجة الحسية لديهم.

البحوث المقترحة: من خلال ما تناوله البحث من متغيرات، وما توصل إليه من نتائج، يمكن اقتراح القيام بإجراء الدراسات التالية:

- 1 - فاعلية برنامج قائم على التكامل الحسي للتخفيف من مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- 2 - دراسة مقارنة في مشكلات تناول الطعام بين إخوة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والعاديين. علاقة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بنمط وأسلوب التغذية لدى أسرهم.
- 3 - دراسة فعالية برنامج معرفي سلوكي لتحسين المعالجة الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الاضطرابات النمائية.
- 4 - دراسة فعالية برنامج إرشادي أسري للتخفيف من مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار والدخيل، عبد العزيز وإبراهيم، رضوان (1993). *العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته*. الكويت: عالم المعرفة.
- إمام، إلهامي (1999). *سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية*. القاهرة: دار الكتب للنشر والتوزيع.
- التميمي، أحمد وسيد أحمد، السيد (2014). *الخصائص السيكمترية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد*. مجلة العلوم التربوية (1)، 199-219: الرياض.
- الجابري، محمد (2014). *التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية*. جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية.
- الجلامدة، فوزية (2015). *قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في DSM4-DSM5*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الخطيب، راندا (2009). *الطفل التوحدي براءة لا يتسع لها فضاء الحياة*. الرياض: مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.
- خليفة، وليد السيد وسلامة، ربيع (2010). *الإعاقة الغامضة (التوحد)*. الإسكندرية: دار الوفاء لعنانيا الطباعة والنشر.
- سلامة، ربيع (2005). *التوحد: اللغز الذي حير العلماء والأطباء*. القاهرة: دار النهار.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (2004). *اضطراب التوحد*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- سيد أحمد، السيد (2014). *مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد*. مجلة دراسات تربوية ونفسية بجامعة الزقازيق، 83، 191-233.
- الشامي، وفاء (2004). *سمات التوحد: تطورها وكيفية التعامل معها*. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.
- شكير، زينب (1999، نوفمبر). *دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي إضطرابات الأكل من طلاب الجامعة*. ورقة بحث عرضت في المؤتمر السنوي السادس: جودة الحياة، القاهرة، جامعة عين شمس، 761-819.
- عامر، طارق (2008). *الطفل التوحدي*. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- العبادي، رائد (2006). *التوحد*. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- العتيبي، عبدالله (2012). *الإستجابات الحسية وعلاقتها ببعض المهارات الحياتية لدى أطفال التوحد في دولة الكويت (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الخليج العربي، البحرين.
- عليوات، محمد (2007). *الأطفال التوحديون*. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

- عمارة، ماجد (2005). *إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- الكيكي، محسن (2011). المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهد الغسق وسارة من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم. *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية جامعة الموصل*, 11(1)، 76-99.
- محمد، علاء الدين (2008) استخدام تكنولوجيا الواقع الافتراضي في تحسين المهارات الحياتية اليومية لدى الأطفال التوحديين. *الملتقى العلمي الأول لمراكز التوحد في العالم العربي، التوحد ... واقع ومستقبل*. الجمعية الفيصلية، جدة.
- المطوع، أماني (2012). *الخصائص الحسية الحركية وعلاقتها بسوء السلوك التكيفي لدى التلاميذ التوحديين في دولة الكويت* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليج العربي، البحرين.
- المطيري، مريم (2012). *مدى انتشار الإضطرابات الحسية والحركية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى الأطفال التوحديين في دولة الكويت* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليج العربي، البحرين.
- نصر، سهى (2014). بناء مقياس للكشف عن إضطرابات المعالجة الحسية والتحقق من فاعليتها في عينة من الأطفال العاديين وذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الحركي المفرط. *مجلة الطفولة والتربية* جامعة الإسكندرية، (19)، 285-347.

ثانياً: المراجع الأجنبية :

- Ahearn, W. (2001). Help my son eats only macaroni and cheese: Dealing with feeding problems in children with autism. In *Making a difference: Behavioral intervention for autism*. (pp. 51- 73). Austin: PRO-ED, Inc.
- Ahearn, W., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism and pervasive developmental Disorder-Not Otherwise Specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 505 - 511 .
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cermak SA., Curtin, C., & Bandini, LG. (2010). Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 238 - 246.
- El-Batraui, Amira, N., Schakar, Nermin, M., & Khalifa, Doaa, A. (2014). Difficulty in processing and integration sensory information in patients with autism: Control study. *Middle East Current Psychiatry*, 21, 176 - 184.
- Ernsperger, L., & Stegen Hanson, T. (2004). *Just take a bite: Easy, effective answers to food aversions and eating challenges*. Arlington, Texas: Future Horizons.
- Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 39 (4), 299 - 304.
- Fodstad, J. & Matson, J. (2008). A comparison of feeding and mealtime problems in adults with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 541- 550.

Jacobi, C., Agras, W. S., Bryson, S. & Hammer, L. D. (2003). Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 76–84.

Johnson, C., Handen, B., Mayer-Costa, M. & Sacco, K. (2008). Eating habits and dietary status in young children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 437– 448.

Martins, Y., Young, R., & Robson, D. (2008). Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1878 - 1887.

Miller, L. (2003). Empirical evidence related to therapies for sensory processing impairments. *Communique*, 31, 34- 37.

Nadon, G., Feldman, D., Dunn, W. & Gisel, E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*, 2011, 1 - 8. <https://doi.org/10.1155/2011/541926>

Nadon, G., Feldman, DE., Dunn, W. & Gisel, E. (2010). Mealtime problems in children with autism spectrum disorder and their typically developing siblings: A comparison study. *Autism Research and Treatment*, 15(1), 98 - 113.

Provost, B., Crowe, T., Osbourn, P., McClain, C. & Skipper, B. (2010). Mealtime behaviors of preschool children: Comparison of children with autism spectrum disorder and children with typical development. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(3), 220 - 233.

Rogers, LG., Magill-Evans, J., Rempel, GR. (2011). Mothers' challenges in feeding their children with autism spectrum disorder—Managing more than just picky eating. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24, 19 - 33.

Schreck, K., & Williams, K. (2006). Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), 353 - 363.

Schreck, K., Williams, K. & Smith, A. (2004). A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 433- 438.

Smith, A. M., Roux, S. N., Naidoo, T. & Venter, D. J. L. (2005). Food choices of tactile defensive children. *Nutrition*, 21(1), 14–19.

Twachtman-Reilly, J., Amaral, S., & Zebrowski, P. (2008). Addressing feeding disorders in children on the autism spectrum in school-based settings: Physiological and behavioral issues. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 261 - 272.

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

دعوة إلى الباحثين العرب للمشاركة في المرحلة الثالثة من مشروع مبارك العبد الله المبارك الصباح للدراستات العلمية الموسمية

تسترعى الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية انتداب الباحثين العرب بأنها سوف تبدأ باستقبال وتمويل الخطط البحثية للمشاركة في مشروع الدراسات العلمية الموسمية، والذي يهدف لتشجيع الباحثين القيام بالدراسات والبحوث المتعلقة بالطفولة العربية واحتياجاتها وفقاً للقواعد التالية:

- يجب أن يعالج موضوع الدراسة مشكلة متعلقة بالطفولة العربية، وتعطى أولوية للدراسات ذات الامتدادات الإقليمية.
- يجب أن تكون الدراسة أمبريقية، مع التأكيد بأن يكون الحد الأعلى لصفحات الدراسة خمسين صفحة فقط.
- مدة الدراسة ثمانية أشهر من تاريخ الموافقة عليها.
- يقدم الباحث خطة تفصيلية للدراسة، وتخضع هذه الخطة للتحكيم وفق شروط الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- يلتزم الباحث التزاماً كاملاً بما جاء في خطة الدراسة التي تمت الموافقة عليها.
- يلتزم الباحث بتقديم تقارير مرحلية عن كيفية سير الدراسة.
- لا تقبل الدراسات والبحوث المستقلة من رسائل الماجستير أو الدكتوراه أو بحوث سبق نشرها.
- لا تلتزم الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية بإعادة المشروعات التي لا تحظى بالموافقة.
- يتقدم الباحث للجمعية بميزانية مالية لتكاليف البحث من كل وجوهه.
- تقوم الجمعية بدراسة خطة البحث والتكاليف المالية، وعند إقرارها توقع مع الباحث عقداً ينظم عملية التنفيذ وتغطية التكاليف المالية الخاصة بها.
- تكون حقوق النشر الناجمة عن البحث العلمي محفوظة للجمعية على أن يوضع اسم الباحث على الدراسة التي يقوم بتنفيذها.
- ترسل جميع المكاتبات تحت اسم الدراسات الموسمية إلى رئيس المشروع على العنوان التالي:

الدكتور / حسن علي الابراهيم

رئيس مجلس الإدارة

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

ص.ب: 23928 الصفاة

الرمز البريدي: 13100 - دولة الكويت

تلفون: 24748250 / 24748479

فاكس: 24749381

البريد الإلكتروني: haa49@ksaac.org.kw