المجلـد (١٠)، العـدد (٣٧)، الجزء الأول، يـوليـو ٢٠٢٠، ص ص ٢٧ – ٧٨

# عاداتُ الأكلِ لدى الأطفالِ ذوي الاضطراباتِ النمائيةِ العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي

إعـداد

د/ محمد الأمير إبراهيم محمود

أستاذ التربية الخاصة المساعد

كلية التربية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

د/ رضا إبراهيم محمد الأشرم

أستاذ التربية الخاصة المساعد

كلية التربية – جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

DOI: 10.12816/0055877

# عاداتُ الأكلِ لدى الأطفالِ ذوي الاضطراباتِ النمائيةِ العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي

إعداد

د/ محمد الأمير إبراهيم محمود (*) & د/ رضا إبراهيم محمد الأشرم (**)

## ملخـــــص

هدف البحثُ إلى مقارنةِ عادات الأكل لدى فئاتِ الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة) وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي. وقام الباحثان بتطبيق مقياس عادات الأكل (إعداد الباحثان) على (٢٠٣) طفلاً وطفلة من ذوي الاضطرابات النمائية العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي تراوحت أعمارهم بين (٤-١٠) سنوات بمدينة الرياض (السعودية). وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا 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 إحصائيًا في عادات الأكل بين الذكور والإناث ذوي الإعاقة الفكرية لصالح الإناث. كما بيّنت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا في عادات الأكل بين الذكور ذوي النمو الطبيعي والذكور ذوي الإعاقة الفكرية لصالح الذكور ذوي النمو الطبيعي، ووجود فروق دالة إحصائيًا في عادات الأكل بين الإناث ذوي الإعاقة الفكرية والإناث ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالح الإناث ذوي الإعاقة الفكرية. بالإضافة إلى وجود فروقُ دالة إحصائيًا في عادات الأكل بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وذوي اضطراب طيف التوحد لصالح الأطفال ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغير العمر (٤-٦) و(٧-١٠).

**الكلمات المفتاحية**: عاداتُ الأكل، الاضطراباتُ النمائية العصبية، النموُ الطبيعي.

(*) أستاذ التربية الخاصة المساعد – كلية التربية - جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
إيميل: memohamoud@imamu.edu.sa
(**) أستاذ التربية الخاصة المساعد – كلية التربية - جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
إيميل:Relashram@imamu.edu.sa

# Eating Habits in Children with Neurodevelopmental Disorders and Their Typically Developing Peers

*By*

**Dr. Mohamed Elamir Ebrahim(*) & Dr. Reda Ebrahim Elashram(**)**

## Abstract

The aim of the study was to compare the eating habits of children with neurodevelopmental disorders (intellectual disability, autism spectrum disorder, attention deficit / hyperactivity disorder) and between them and their typically developing peers. The researchers applied The Eating Habits Scale (by the researchers) to (203) male and female children with neurodevelopmental disorders and their peers with typically developing ages (4-10) years in Riyadh (Saudi Arabia). The results showed that there were statistically significant differences in eating habits between children with typically developing, children with autism spectrum disorder, and children with attention deficit / hyperactivity disorder in favor of children with typically developing, and that there were statistically significant differences in eating habits between males and females with intellectual disabilities in favor of females. The results also showed a statistically significant difference in eating habits between males with typically developing and males with intellectual disabilities in favor of males with typically developing, and there were statistically significant differences in eating habits between females with intellectual disability and females with attention deficit/ hyperactivity disorder in favor of females with intellectual disabilities. In addition to statistically significant differences in eating habits between children with typically developing, children with attention deficit/ hyperactivity disorder and children with autism spectrum disorder in favor of children with typically developing according to the age variable (4-6) and (7-10).

**Key Words**: Eating Habits, Neurodevelopmental Disorders, typically developing.

(*) Assistant Professor of Special Education, Faculty of Education, Imam Muhammad bin Saud Islamic University. Email: memohamoud@imamu.edu.sa

(**) Assistant Professor of Special Education, Faculty of Education, Imam Muhammad bin Saud Islamic University. Email: Relashram@imamu.edu.sa

**مقدمة**:

تُعتبرُ عمليةُ التغذية من أكثرِ الموضوعات التي تناولها العلماءُ والباحثين بالفحصِ والدراسة نظراً لأهميتها وتأثيرها على صحة الإنسان، وتزداد هذه الأهمية عندما تقترن عملية الغذاء بالأشخاص ذوي الإعاقة بشكلٍ عام والأطفال منهم بشكلٍ خاص. كما يُعد الغذاءُ محورًا رئيسيًا في حياةِ الإنسان؛ ونظراً لما يعاينه الأشخاصُ ذوو الإعاقة من صعوباتٍ ومشكلاتٍ على المستوى الصحي، والنفسي، والاجتماعي، والمعرفي، والتي تنعكسُ على عمليةِ التغذية لديهم، الأمرُ الذي قد يحتاجون بسببه إلى نوعيةٍ خاصة من الغذاءِ أو شكلٍ خاص من أشكالِ التغذية. وتتنوعُ هذه الصعوباتُ والمشكلاتُ بتنوعِ الإعاقة وبحسبِ شدة الإصابة. ولقد أولت الهيئاتُ الدوليةُ والمؤسساتُ الإقليميةُ اهتماماً بهذا الموضوع، وأوصت بتقديمِ الدعم بمختلفِ أشكاله (المادي، والعيني) للأشخاصِ ذوي الإعاقة وأُسرهم.

ويُعدُ الجانبُ الصحي للأفرادِ ذوي الإعاقات موضوعاً في غايةِ الأهمية وتزدادُ أهميته عندما نتحدثُ عن التغذية، واختيار الطعام، لأن الأفراد ذوو الإعاقات يعتادون على نظامٍ غذائيٍ غير صحي، كما أن الأفرادَ ذوو الإعاقة الفكرية لديهم صعوبات في فهمِ الخيارات الغذائية والصحية (George et al., 2011). وقد أشارت العديدُ من الدراساتِ أنه بمقارنةِ الأطفال ذوي الإعاقات الفكرية والنمائية مع الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، تبين أن مشكلات التغذية أكثرُ انتشاراً لدى الأطفالِ ذوي الإعاقات الفكرية والنمائية، واضطراب طيف التوحد، والاضطرابات الحسية من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي (Sharp et al., 2013).

ولطالما تم إبرازُ الأكل الصحي كجزءٍ مهمٍ من حمايةِ الفرد ضد العديد من الأمراضِ، من ثمّ يجبُ تحليل سلوك تناول الطعام اليومي لفهمِ علاقته بالصحةِ على المدى الطويل، خاصة بالنظرِ إلى الإجراءاتِ اليومية المتكررة التي يمكن أن تؤدي بشكلٍ تراكمي إلى مشكلاتٍ مرتبطة بالصحةِ بشكلٍ عام (Verplanken & Wood, 2006).

وتُشيرُ (George et al., (٢٠١١ إلى أن الأطفالَ ذوو الإعاقات النمائية يعتادون على نظامٍ غذائي غير صحي، ويُظهرون سلوكيات مشكلة أثناء الأكل تستمر في الغالب الى مرحلة البلوغ، وأن الأفراد ذوو الإعاقة الفكرية لديهم صعوبات في فهم الخيارات الغذائية والصحية. كما

يعاني الأطفال ذوو الاضطرابات النمائية من السلوكيات المشكلة أثناء تناول الطعام مثل المرونة الغذائية وتنوع الطعام الذي يأكله الطفل، والاستقلال في وقت الوجبات، ويُمكن أن تسهم التفضيلات الغذائية المحدودة في تقليل الأطعمة الصحية في النظام الغذائي، وهو سبب محتمل لوجود العديد من مشكلات النظام الغذائي لدى الأشخاص ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (Grumstrup & Demchak, 2019).

**مشكلـــــة البحـــــــث**:

يعاني الأشخاصُ ذوو الإعاقات النمائية من مشكلاتٍ صحيةٍ أكثرُ من أقرانهمِ ذوي النمو الطبيعي، وغالبًا ما يتمُ وصف هذا التباينُ الصحي من حيث التفاوتات الصحية، والتي تشيرُ إلى الاختلافاتِ التي تسببها أو تفاقمت بسبب القضايا الاجتماعية أو الوصول، كما يتعرضُ الأشخاص ذوو الإعاقات الشديدة لخطرِ الإصابةِ بالسمنةِ، وزيادة الوزن في المستقبل، ونقص الوزن وسوء التغذية، والالتزام بنظامٍ غذائي غير صحي، وسلوكيات مشكلة أثناء الأكل ( Grumstrup & Demchak, 2019; Havercamp et al., 2017). إن دعمَ عادات الأكل الصحية أمر بالغ الأهمية لتحسينِ النتائج الصحية للأفرادِ، كما أن أنماطَ الأكل اليومية هي إجراءات متكررة قد تؤدي إلى نتائج صحية إيجابية أو سلبية تبعاً لصحةِ هذه الأفعال (McCarthy et al., 2017). من ثم هناك حاجة إلى مزيدٍ من البحثِ لفهمِ العادات الصحية لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية.

وتظهرُ مشكلاتُ الأكل لدى الأطفالِ الذين تتراوحُ أعمارهم بين ٩ و١٢ عامًا ( Sullivan et al., 2012)، حيثُ تؤثرُ على ٢٠ إلى ٤٠ بالمائة من الأطفال ( Bryant-Waugh et al., 2010). ويعتبر الأكل الانتقائي أو التفضيلات الغذائية أو تناول الطعام مشكلة عابرة لدى أكثر من ١٠٪ من الأطفالِ (Nicholls et al., 2011).

وقد ذكر نزارُ وآخرون (٢٠١٦) Nazar et al. أن الأفرادَ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لديهم خطر أعلى للإصابةِ باضطرابِ الطعام بنسبة تصلُ إلى ٣,٨٢%، كما تشيرُ التقديراتُ إلى أن نسبةَ انتشار اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في اضطراب الطعام بين ١,٦٪ و١٨٪. ونسبةُ انتشار اضطراب الطعام لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة بين عدم وجود ارتباط والانتشار مدى الحياة ٢١,٨٪ من تطويرِ اضطراب الطعام لدى الإناثِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (Nickel et al., 2019). وقد وجدت الدراساتُ علاقةً كبيرة بين اضطراب قصور

الانتباه وفرط الحركة ونمط الأكل غير الطبيعي، أي استهلاك "الوجبات السريعة" وعدم الالتزام بنظامٍ غذائيٍ يومي "تقليدي" من ثلاثِ وجبات (Howard et al., 2011; Woo et al., 2014).

وتنتشرُ مشكلاتُ الأكل والتغذية لدى الأطفالِ ذوي اضطرابِ طيف التوحد مثل صعوبة المضغ، والتفضيل لنفس الطعام، بالإضافةِ إلى الحساسيةِ للملمس والمذاق، ورفض المجموعات الغذائية أو تحديدها في مجموعةٍ محدودة، مما يسبب اختلال التوازن الغذائي لديهم (Diolordi et al., 2014; Vissoker et al., 2019). من ثم هناك أهميةُ لتحسينِ عادات الأكل لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد. ويواجهُ الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد والقائمين على رعايتهم تحدياتٍ فريدة في روتينِ عادات الأكل اليومية للأطفالِ وأنماط تناول الطعام (Kral et al., 2013). وتذكرُ التقديراتُ أن معدلَ ٤,٧٪ من مرضى اضطراب الطعام (سلوك الأكل النمطي، والحساسية الذوقية، والحساسية الشمية، عادات الأكل غير العادية) تم تشخيص إصابتهم باضطرابِ طيف التوحد (Nickel et al., 2019).

وبالرغم من تقديم الأدب التربوي الحديث أدلّةً علميةً على تأثيرِ عادات الأكل على النمو الصحي السليم لدى الأطفال بوجهٍ عام، والأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية بشكلٍ خاص، وأن الأطفالَ ذوو الاضطرابات النمائية العصبية لديهم مشكلات في الأكلِ والتغذية مقارنة بالأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، فإن هنالك ندرة في الدراسات العربية أو المحلية التي درست عادات الأكل لدى الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية، ومن ثم جاءت فكرة البحث الحالي لتسليطِ الضوء على الأسبابِ الكامنة وراء اختلاف عادات وأنماط الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي.

**وبناءً على ما سلف تم تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلةِ التالية:**

١- ما الفروق في عاداتِ الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي؟

٢- ما الفروق في عاداتِ الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغير النوع (ذكر/ أنثى)؟

٣- ما الفروق في عاداتِ الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغير العمر (٤-٦)، (٧-١٠) سنوات؟

## هـــــــدفُ البحـــــــثُ:

**يهدفُ البحثُ إلى:**

١- التعرف على الفروق في عاداتِ الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي.

٢- التعرف على الفروق في عاداتِ الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغير النوع (ذكر/ أنثى).

٣- التعرف على الفروق في عاداتِ الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغير العمر (٤-٦)، (٧-١٠) سنوات.

## أهميـــــــة البحـــــــثُ:

### أولاً: الأهميـــــةُ النظـــريـــــةُ:

إلقاءُ الضوء (البُعد المعرفي) على عاداتِ الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية، من خلالِ الأدب النظري الذي يحاولُ الباحثان تغطيته؛ مما يعملُ على إثراءِ المكتبةِ العربية.

من خلالِ الاطلاع على الدراساتِ والبحوث في الوطنِ العربي لاحظ الباحثان نُدرة الدراسات التي تناولت موضوع عادات الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية بشكلٍ عام، وعدم وجود دراسة عربية – في حدود إطلاع الباحثان – قامت بمقارنة عادات الأكل بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية والأطفال ذوي النمو الطبيعي.

إن المعرفةَ والتقييمَ لأنماطِ عادات الأكل لذوي الاضطرابات النمائية العصبية أمرُ مهم ويمكن أن يساعدَ في وضعِ تدخلات إرشادية وعلاجية؛ لتحسينِ نوعية الحياة الصحية لهؤلاءِ الأفراد.

**ثانياً: الأهمية التطبيقية:**

يقدمُ البحثُ الحالي مقياسُ عادات الأكل لدى الأطفال، ومن ثم الاستفادة منه في الدراساتِ ذات العلاقة.

يمكنُ أن يفيدَ البحثُ الحالي في وضعِ البرامج المختلفة لتحسينِ عادات الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية، ومن ثم الاستفادة المثلى من قدراتِ هذه الفئةُ، وتحقيق الاستقلالية والدمج المجتمعي لهم.

عن طريق تحديدِ عادات الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية يستطيعُ والديهم معالجة المشكلات التي تترتب على عاداتِ الأكل غير الصحية لدى أبنائهم.

**حدودُ البحثُ:**

**الحدودُ البشرية:**

عينة من الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية والأطفال ذوي النمو الطبيعي وعددهم (٢٠٣) طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم بين (٤-١٠) سنوات.

**الحدودُ المكانية:**

مدارس التعليم العام، وبرامج/ مراكز التربية الخاصة بمدينة الرياض المملكة العربية السعودية.

**الحدودُ الزمنية:**

الفصل الدراسي الأول لعام (١٤٤٠هـ -١٤٤١هـ).

**مصطلحاتُ البحثُ:**

**١- عاداتُ الأكل Eating Habits:**

هي الأفعالُ التلقائية التي تم تعزيزها، والسلوك المتكرر والمتتابع في نظامِ الغذاء، أو نمط غذاء ثابت نتيجة العلاقة بين الجهاز العصبي والنظام العضلي والعوامل البيئية (Neal & Wood, 2007). فعاداتُ الأكل هي الطرقُ المتبعة في اختيارِ وتناولِ واستخدام الأغذية المتوفرة (Grumstrup & Demchak, 2019).

**التعريفُ الاجرائيُ لعاداتِ الأكل:**

هـي ممارسـاتُ وسـلوكيات الأكـل التـي تصـدر عـن الأطفـالِ ذوي الاضـطرابات النمائيـة العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي من حيثُ سلوكيات الطفل أثناء تناول الطعام، والتفضيلات الغذائية، والاتجاهُ نحو الطعام، وذلك كما يقيسها مقياس عادات الأكل المستخدم في البحث.

**٢- الاضطراباتُ النمائيةُ العصبيةُ Neurodevelopmental Disorders (ND)**

هي اختلالُ في نموِ وتطور المخ والجهاز العصبي المركزي كليهما أو أحدهما دون الآخر، يحدثُ ويظهرُ عادةً في مرحلةٍ مبكرةٍ من النموِ، وغالبًا قبل دخول الطفل المدرسة الابتدائية، ويتميزُ بالقصورِ النمائي الذي يُنتجُ ضعفًا في الأداءِ الشخصي أو الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني، ويؤثرُ على العاطفةِ والذاكرة والقدرة على التعلمِ والتحكم في الذاتِ، والتحكم في الوظائفِ التنفيذيةِ والضعف العام للذكاءِ، وذلك حسب معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) الصارد عن الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية والعقلية ( American Psychiatric Association, Edition, F., 2013).

**التعريفُ الاجرائيُ للاضطراباتِ النمائيةِ العصبيةِ:**

سوف يقتصرُ هذا البحثُ على فئةِ الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، واضطراب طيف التوحد، واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤-١٠ سنوات.

**٣- الإعاقةُ الفكريةُ Intellectual disability (ID):**

تُعرِف الجمعيةُ الأمريكية للإعاقاتِ الفكرية والنمائية (AAIDD) الإعاقة الفكرية على أنها مزيجُ من أوجهِ القصور الواسعة في كل من الأداء الفكري (الاستدلال، والتعلم، وحل المشكلات) والسلوك التكيفي، مما يؤدي إلى تدني في مستوى الذكاء يتراوحُ ما بين ٧٠ -٧٥ درجة أو أقل ويظهرُ قبل عمر ١٨ سنة (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2018).

**التعريفُ الاجرائيُ للأطفالِ ذوي الإعاقةِ الفكريةِ:**

يُقصد بالأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية في هذا البحث الأطفال الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة في أحد مدارس/ مراكز/ برامجِ التربية الفكرية وتتراوحُ درجة ذكائهم بين ٥٠ – ٧٠ على مقياس ستانفورد بينيه، وتتراوحُ أعمارهم الزمنية بين ٤-١٠ سنوات.

**٤- اضطرابُ طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (ASD):**

اضطرابُ طيف التوحد هو حالةُ نمائية عصبية تستمرُ مدى الحياة، وتتميزُ بضعفٍ نوعيٍ في التواصلِ والتفاعلِ الاجتماعي، والمشاركة في الطقوسِ والروتين، ونقص الحساسية أو الحساسية الشديدة، ويتضمنُ اضطراب طيف التوحد ثلاثة مجالات محددة من العجزِ: التبادل الاجتماعي والعاطفي، وسلوكيات التواصل غير اللفظية، والعجز في فهمِ وإقامة العلاقات والحفاظ عليها، ويحدثُ التشخيصُ عادةً بين سن الثالثة والرابعة، مع التعرف على المؤشراتِ الأولى على أنها ضعفُ في التواصلِ الاجتماعي (American Psychiatric Association, Edition, F., 2013).

**التعريفُ الإجرائيُ للأطفالِ ذوي اضطرابِ طيف التوحد:**

يُقصد بهم الأطفالِ الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد، ويتلقون خدمات التربية الخاصة في أحدِ مدارس/ مراكز/ برامجِ اضطراب طيف التوحد، وتتراوحُ أعمارهم الزمنية بين ٤-١٠ سنوات

**٥- اضطرابُ قصور الانتباه وفرط الحركة Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)**

هو اضطرابُ في النموِ العصبي يُحَدد من خلالِ ضعف مستويات الانتباه، وعدم التنظيم، و/ أو فرط النشاط، ويترتبُ على عدمِ الانتباه والفوضى disorganization عدم القدرة على الاستمرارِ في المهمة، وعدم الظهور الطبيعي بمستوياتٍ تتوافقُ مع العمرِ أو مستوى النمو. كما أن فرطَ الحركة-الاندفاعية Hyperactivity-impulsivity يستلزمُ فرط النشاط، والتململ، وعدم القدرة على البقاءِ جالسًا، والتطفلُ على الآخرين، وعدم القدرةُ على الانتظارِ، وينتج عنه ضعف في الوظائفِ الاجتماعية والأكاديمية والمهنية (American Psychiatric Association, Edition, F., 2013).

**التعريفُ الإجرائيُ للأطفالِ ذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة:**

يُقصَدُ بالأطفالِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في هذا البحث الأطفال المشخصين بقصور الانتباه وفرط الحركة ويتلقون خدمات التربية الخاصة في أحد البرامج/ المراكز المناسبة لذلك.

**التعريفُ الإجرائيُ للأطفالِ ذوي النمو الطبيعي:**

يُقصَدُ بالأطفالِ ذوي النمو الطبيعي في هذا البحث الأطفال الذين مروا بمراحل نمو طبيعية، ولم يتعرضوا من قبل للإصابة بأي شكل من أشكال الاضطرابات أو الإعاقات المختلفة.

## الإطـــارُ النظـــريُ والـــدراســـاتُ الســـابقـــة:

### أولاً: عـادات ُالأكـلِ لدى الأطفـالِ ذوي الاضطرابـاتِ النمائيـة العصبيـة:

العاداتُ هي ببساطةُ سلوكياتُ تُمارسُ بشكلٍ جيد، فعاداتُ الأكل هي الطرقُ المتبعةُ في اختيارِ وتناولُ واستعمالُ الأغذيةُ المتوفرة، والسلوكياتُ المتكررةُ التي تسببها البيئة في اتباعِ نظامٍ غذائيٍ أو نمط غذاء ثابت في سياقِ سلوك الأكل الصحي (Neal & Wood, 2007). وقد ترتبطُ العاداتُ بنتائج صحية إيجابية أو سلبية حيث يمكن تحفيز السلوك الغذائي من خلالِ العديد من الأهدافِ، وفي بعض الأحيان تتميزُ هذه الأهدافُ بالتفاعلِ المعقد بين العوامل الفردية الشخصية والاجتماعية (Köster, 2009).

وذكر جرومستروب وديمشاك (٢٠١٩) Grumstrup & Demchak أن العادات هي شكلُ من أشكالِ السلوك التلقائي الموجه نحو الهدف، وأن عاداتَ الأكل تشملُ خمسة مواضيع هي: ١. مجموعة متنوعة من الأطعمة (بما في ذلك تلك الموصى بها، وتناول الطعام بشكلٍ مرتفع، ومتوسط، ومنخفض)، و٢. خصوصية الغذاء، والتفضيلات، وعدم المرونة، و٣. الظروف الصحية التي تُؤثر على روتينِ تناول الطعام، و٤. التكيُف الأُسري لتناولِ وجبة الطعام، و٥. التباين في التفاعلِ مع النشاط البدني.

وقد نُشرَت نتائج استقصاء لـ ٣٤٩ طفلاً يعانون من مشكلاتٍ في التغذيةِ ممن أحيلوا إلى عيادةِ التغذية، (٦٤%) من الأطفالِ المحولين ذوي إعاقة نمائية، والتي شملت (٢١) طفلاً من ذوي متلازمة داون، و(٢٦) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، و(٤٤) طفلاً من ذوي الشلل الدماغي، من بين هؤلاء الأطفال، مَارسَ ٣٤٪ منهم رفض الطعام، و٢١٪ يأكلون مجموعة محدودة من الأطعمة، و٢٦٪ رفضوا الأطعمة التي كانت ملائمةً لمرحلةِ النمو (Field et al., 2003).

وتُعتبرُ انتقائيةُ الطعام أو ما يسمى التفضيلاتُ الغذائية مصدر قلق لكلٍ من الأطباء والأسرة؛ لأن اتباع نظام غذائي محدود التنوع يزيدُ من خطرِ نقص الفيتامينات، ومخاطر الإصابة بأمراضٍ مزمنة في سنواتِ العمر القادمة من الحياةِ. وتُشيرُ انتقائية الطعام إلى الرفضِ المتكرر لأطعمةٍ معينة، ومجموعة محدودة من الأطعمةِ، وتناولُ كمياتٍ كبيرة من بعضِ الأطعمة، واختيارُ كمية من بعضِ الأطعمة، مثل تلك الغنية بالكربوهيدرات (Bandini et al., 2010; Vissoker

et al., 2019)، وقد أفادت دراسة حالة قام بها ما وآخرون (Ma et al., 2016) على ٧ أطفال ذوي اضطراب نمائي، بأنهم يُقبلون على أطعمةٍ غذائية محدودةٍ للغاية.

وفي هذا الصددُ ذكرت ساري وبهجيسي (٢٠١٢) Sari & Bahceci أن الأطفالَ ذوو الإعاقة الفكرية قد يعانون من مشكلاتٍ في النظامِ الغذائي ومخاطر إنخفاض الوزن مقارنةً بأفرادِ المجتمع بشكلٍ عام، ويحتاجون إلى المزيدِ من المساعدةِ الطبية، والموارد الصحية؛ من ثم الحفاظُ على صحتهم مع التغذية السليمة أمرُ ذو أهمية حيوية. ويُمكن تلخيص الاختلافات في عملية التغذية، والمشكلات الغذائية بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في التنوعِ الغذائي المحدود، وتناولُ الطعام بسرعة، ورفضُ بعض أنواع الطعام، وتناولُ كميات أقل من الخضرواتِ، وتناول كميات أكبر من المشروباتِ السكرية والمحلاة (Sayin & Ilik, 2017).

كما بينت الأبحاثُ والدراساتُ أن انتقائيةَ الطعام مشكلة شائعة بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تعودُ أسبابها إلى الحساسيةِ الزائدة والتي قد تكونُ عاملاً رئيسياً في رفضِ أنواعٍ متنوعة من الطعام (Chistol et al., 2018; Suarez et al., 2014). كما ذكر زيمر وآخرون (٢٠١٢) Zimmer et al. أن الأطفالَ ذوو اضطراب طيف التوحد لديهم انتقائية الطعام أكثر من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، وأنهم يختارون الأطعمةَ وفقًا لرؤيتهم الشخصية، كما يكونوا معرضين لخطرِ تناول كمياتٍ غير كافية من العناصرِ الغذائية. ويرى باندیني وآخرون (Bandini et al., 2019) أن انتقائيةَ الطعام لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد تشتملُ على عنصرينِ أساسيين هما: رفض الطعام، ومخزون الطعام. وعادةً ما يُظهرُ الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد انتقائية وتفضيلاً للنشويات، والأطعمة الخفيفة، والأطعمة المصنعة، وعدم الاستعداد لتناولِ الفواكه والخضروات والبروتينات، ورفضُ تجربة الأطعمة الجديدة، وتناولُ كمية أقل من الطعامِ مقارنةً بالأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، باستثناء المشروبات والوجبات الخفيفة (Vissoker et al., 2019).

بالإضافة إلى أن عاداتَ الأكل مثل تجنب أنواع معينة من الطعام، والحساسية تجاه القوام الغذائي، والسلوكيات غير المعتادة في أوقاتِ الأكل، تمثيل متداخل لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد (Rastam, 2008). وبناءً على ذلك يكون الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد أكثر ترددًا في تناولِ الطعام، ومخزونهم الغذائي محدود.

كما أشارت الدراساتُ أيضاً إلى وجودِ تداخل الأعراض بين اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة واضطراب طيف التوحد من حيث فرط النشاط، والتهيج، والقصور الاجتماعي، وعدم الانتباه (Dougherty et al., 2016). وأن اضطرابَ قصور الانتباه وفرط الحركة مرتبطٌ بمشكلاتِ الأكل الشديدة، وتم اقتراحُ العديد من الافتراضاتِ لشرحِ هذا الارتباط: ١) السلوك الاندفاعي لدى ذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة يؤدي إلى اضطرابٍ في سلوكِ الأكل، و ٢) أمراض مصاحبة نفسية أخرى موجودة لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة بسبب سلوك الأكل، و٣) تُساهم عادات الأكل السيئة ونقص التغذية الناتجة في أعراضِ اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، و ٤) عوامل خطر أخرى مشتركة لكل من اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة تُساهم في تزامنِ الاضطرابين (Ptacek et al., 2016).

ويشاركُ اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة تداخل الأعراض مع اضطراب الأكل وخاصة الاتجاه نحو الطعام، من حيث السلوك الاندفاعي مما يؤدي إلى تغييرِ التحكم التحفيزي والتحيزات المتعمدة (Nazar et al., 2016). وربما يكونُ فقد السيطرة على تناولِ الأكل أكثر اضطرابات الأكل انتشارًا لدى الأطفالِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، ويعني فقدان السيطرة على تناول الطعام فقدان السيطرة على كميةِ أو ما يأكله المرء، بغض النظر عن كميةِ الطعام المستهلك (Tanofsky-Kraff et al., 2008). حيثُ ذكرت دراسة ( Reinblatt et al., 2015) زيادة بمعدل اثني عشر ضعفًا في فقدِ السيطرة على تناولِ الطعام بين الأطفالِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة مقارنةً مع الأطفال الذين لا يعانون من اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة، وأن الأطفالَ الذين يعانون من زيادةِ الوزن/ السمنة وفقد السيطرة على تناولِ الطعام كانوا أكثر عُرضةً للإصابة باضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة من الأطفالِ الذين يعانون من زيادةِ الوزن/ السمنة دون فقدِ السيطرة على تناولِ الأكل.

وعلى هذا فإنه توجدُ العديدُ من المشكلاتِ في عاداتِ الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية (الإعاقة الفكرية، واضطراب طيف التوحد، واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة) بالمقارنةِ مع الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي حيث تُحدِث الإصابةُ بالإعاقةِ بعض التغيرّات الفسيوّلوجيةٌ، وتؤدي إلى تغيرّات في العاداتِ الغذائية مثل: التنوعُ المحدود للطعامِ، وسلوكياتُ الطفل أثناء الأكل، ورفضُ الأكل، وانتقائيةُ الطعام، وتناولُ كمية قليلة من الخضار والفاكهة، والبروتين، ومنتجات

الألبان. من ثم يُعتبر منع مشكلات الأكل وزيادة الوزن لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية أحد الطرق الأساسية للوقايةِ من المشكلاتِ الصحية، وتحسين نوعية الحياة.

**ثانيًا: دراسات ذات صلة بموضوع البحث:**

وهدفت دراسةُ جريمستوب وديمشاك (٢٠١٩) Grumstrup & Demchak إلى فهمِ تجارب والدي الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة والشديدة (الإعاقة الفكرية، أو الإعاقة الفكرية/ النمائية، أو الإعاقة المتعددة) والأشخاص ذوو النمو الطبيعي حول عاداتِ الأكل الخاصة بأطفالهم. واستخدمت المقابلاتُ الأولية والمتابعة شبه المنظمة أسئلةً عامة لجمعِ البيانات. وقدمت نتائجُ الدراسةُ وصفًا تفصيليًا لعاداتِ الأكل للأطفالِ، والتجارب الأُسرية حول هذه العادات، والعاداتُ التي تسيرُ بشكلٍ جيد للأطفالِ.

قارنَ باندیني وآخرون (٢٠١٩) Bandini et al. انتقائية الطعام (وقت الأكل، رفض الطعام، وسلسلة المواد الغذائية المحدودة) بين الأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي، وشارك (٥٩) طفلاً من ذوي النمو الطبيعي، و(٥٦) طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية ممن تراوحت أعمارهم بين ٣ إلى ٨ سنوات. وأكملَ الوالدان استبيان تكرار الأكل ١١٩ بندًا. وأظهرت النتائج أن معدل رفض الطعام أعلى بشكلٍ ملحوظ لدى الأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية.

وقيّمت دراسة فيسوكير وآخرون (٢٠١٩) Vissoker et al. الاختلافات في مشكلات وأنماط الأكل بين الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي النمو الطبيعي، وكذلك الارتباط مع العمرِ، وكذلك الاختلافات بين مشكلات وأنماط الأكل بين الأطفال الصغار (الذين تتراوح أعمارهم بين ٢–٣ سنوات) والأطفال (الذين تتراوح أعمارهم بين ٣ – ٧ سنوات) ذوو اضطراب طيف التوحد. وتم تضمين ما مجموعه ١٠٥ طفل ذو اضطراب طيف التوحد و٩٥ طفل ذوو النمو الطبيعي في الدراسة. وأظهرت النتائجُ أن الأطفالَ ذوي اضطراب طيف التوحد يواجهون مشكلات أكثر بكثيرٍ في كلِ مجال تقييم من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي. كما وجد تأثير كبير للعمر فقط في السلوكِ النمطي خلال تناول الطعام، والتي أظهرها الأطفال الأكبر سنًا أكثر من الأطفال الأصغر سنًا.

وأجرت نيكلُ ورفاقها (٢٠١٩) Nickel et al. مراجعةً منهجيةً للدراساتِ التي بحثت العلاقةُ بين اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي، واضطراب الأكل بنهم)

لدى ذوي اضطراب طيف التوحد واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة. وأظهرت نتائجُ الدراسات التي تمت مراجعتها أن نسبةَ ٤,٧٪ من المرضى ذوي اضطراب الطعام كانوا من ذوي اضطراب طيف التوحد. وتراوحت نسبةُ انتشار اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في اضطراب الطعام بين ١,٦٪ و١٨٪. وتراوح انتشارُ اضطراب الطعام لدى ذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة بين عدم وجود ارتباط وانتشار مدى الحياة ٢١,٨ ٪ من تطويرِ اضطراب الطعام لدى الإناثِ ذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة.

وقامت وينتز وآخرون (٢٠١٩) .Wentz et al بدراسة ما إذا كانت اضطرابات الأكل تحدث في الغالبِ بين الأفرادِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة واضطراب طيف التوحد. وبلغت عينة الدراسة ستة وسبعون طفلاً (٣٧ أُنثى و٣٩ ذكرًا تراوحت أعمارهم بين ٥-١٦ سنة) في عيادةٍ لعلاجِ السمنة. وتم تطبيقُ استبيان فحص اضطراب الأكل (EDE-Q) وقائمة اضطراب الأكل للأطفال (EDI-C). أظهرت نتائجُ الدراسة عدم وجود تداخلات جوهرية بين اضطرابات الأكل واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة أو اضطراب طيف التوحد.

ودرست قراقيش (٢٠١٧) Qaraqish مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وعلاقتها بمتغيراتِ الجنس والعمر ودرجة الإعاقة. وقد تكونت عينةُ الدراسة من (٧٥) من أولياءِ أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ممن تراوحت أعمارهم ما بين ٦-١٤ سنة. وتم استخدامُ مقياس تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد (إعداد/ التميمي وسيد علي، ٢٠١٤). وقد أشارت النتائجُ إلى أن الانتقائيةَ المفرطة في تناولِ الطعامِ كانت المشكلة التي غالبًا ما تحدث بين أطفالِ اضطراب طيف التوحد، تليها مشكلة رفض الطعام. وأوضحت النتائجُ أيضًا وجود علاقة ذات دلالة بين مشكلات تناول الطعام لدى أطفالِ اضطراب طيف التوحد وبين متغير الجنس وذلك لصالحِ الأطفال الذكور، ومتغير العمر وذلك لصالحِ الأطفال الصغار ممن تراوحت أعمارهم ما بين ست سنوات وأقل من عشر سنوات. في حين لم تُظهر النتائجُ فروقًا دالة لمتغير درجة الإعاقة على مشكلاتِ تناول الطعام لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد.

وقارنت دراسةُ سين وأليك (٢٠١٧) Sayin &Ilik بين الأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية والأطفال ذوو النمو الطبيعي في الأنماطُ الغذائية ومشكلات التغذية. وأُجريت الدراسة على ٢٢٠ طفلاً (١١٢ طفلاً ذوي إعاقة فكرية و١٠٨ طفلاً عاديًا) تراوحت أعمارهم ما بين ٧-١٢ في قونية

بتركيا. وقام الباحثان بتقييمِ الأنماط الغذائية المعتادة من خلالِ استبيان تكرار الأكل، وجمع المعلومات حول مشكلات التغذية لدى الأطفالِ من خلالِ مسح تقييم التغذية. وأظهرت نتائجُ الدراسة أن الأطفالَ ذوو الإعاقة الفكرية يستهلكون حصصًا أكثر من العصائرِ والمشروباتِ المحلاة غير الألبان والحلويات وعددًا أقل بكثير من الوجباتِ اليومية للخضارِ من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي. بينما كانت المشكلات الأكثر شيوعًا لدى الأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية التنوع المحدود من الأطعمةِ، وتناولُ الطعام بسرعة، وتناولُ الطعام أكثر من اللازم.

وقارن دايلوردي وآخرون (٢٠١٤) .Diolordi et al بين الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي في استهلاكِ الأكل (تكرار الأكل) وسلوك الأكل. وتم استخدام اختبار سلوك الأكل. ولوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين لاستهلاكِ الحليب واللبن الزبادي، والبقول، والأرز، وعصائر الفاكهة، ووجود فرقًا كبيرًا في تحليل نتائج اختبار سلوك الأكل لصالح الأطفال ذوي النمو الطبيعي.

واستهدفت رستم وآخرون (٢٠١٣) .Råstam et al تقديرُ مشكلات الأكل والتداخل والارتباط مع اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة، واضطراب طيف التوحد لدى عينةٍ عامة من التوائمِ الذين تراوحت أعمارهم بين ٩ و١٢ عامًا. وتمت مقابلةُ الوالدين لجميعِ أزواج التوأم المشاركين. وأسفرت النتائجُ عن أن معدلَ انتشارُ مشكلات الأكل ٠,٦٪ لدى مجتمعِ الدراسة وكان أعلى بشكلٍ ملحوظ لدى الأطفالِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، واضطراب طيف التوحد. وارتبطت مشكلات التفاعل الاجتماعي ارتباطًا وثيقًا بمشكلاتِ الأكل عند الإناث، ومشكلات الاندفاعية والنشاط مع مشكلات الأكل عند الذكور، وشكلت الآثار الجينية ٤٤٪ من التباينِ في المسؤوليةِ عن مشكلاتِ الأكل.

وقامت كيرتن ورفاقها (٢٠١٣) .Curtin et al بمراجعةٍ منهجيةٍ للدراساتِ المنشورة حول العلاقة بين اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة واضطرابات وأمراض الأكلِ لدى المراهقين ممن تراوحت أعمارهم بين ١٢–٢١ سنة بأحجامِ عيناتٍ أكبر من ٥٠ مشاركًا. وأشارت خمسُ دراسات إلى وجودِ علاقة بين اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة واضطرابات الأكل وأمراض الأكل. وأن المراهقينَ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة أكثرُ عُرضةً لما يقربُ من ٣ إلى ٦ مرات لتطويرِ اضطراباتِ الأكل من المراهقين الذين لا يعانون من اضطرابِ قصور الانتباه وفرط

الحركة، وكانوا أيضًا أكثر عرضةً لمعدلاتٍ مرتفعة من أمراضِ الأكل، وعدم الرضا عن الجسمِ، والرغبةُ في فقدانِ الوزن والدافع للنحافةِ.

وقارنت جونسون وآخرون (٢٠٠٨) .Johnson et al بين الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم ذوي النموِ الطبيعي في عاداتِ الأكل وتناول الغذاء. واستجابَ الوالدان عن ١٩ طفلًا من ذوي التوحد و١٥ طفلًا من ذوي النمو الطبيعي باستخدامِ عددٍ من الأدوات. وأشارت النتائجُ إلى أن الأطفالَ ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم اختلافاتُ سلوكية كثيرة في وقتِ تناول الطعام مقارنةً بالأطفال ذوي النمو الطبيعي، وأن هناك الكثيرُ من التباينِ بين المجموعتين.

## أوجـــهُ استفـــادة الباحثـــان من الدراســـاتِ الســـابقـــة:

استعان الباحثان بالدراساتِ السابقة في تحديدِ مشكلة البحث وأهدافه، وتساؤلاته، وفروضه، ومناقشة وتفسير النتائج.

كما استفاد الباحثان من الدراسات السابقةِ في إتباعِ الطريقة والإجراءات المناسبة الخاصةُ باختيارِ الأدوات، والعينة، والمنهج المستخدم.

تبين نُدرة الدراسات العربية التي قارنت عادات الأكل بين فئات الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية وأقرانهم ذوي النمو الطبيعي.

## فـــــروضُ البحـــــث:

تم صياغة الفروض التالية كإجابة محتملة عن الأسئلة المثارة في مشكلة البحث:

توجدُ فروق ذات دلالةٍ إحصائيةٍ في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي.

توجدُ فروق ذات دلالةٍ إحصائيةٍ في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغيرِ النوع (ذكر/ أنثى).

توجد فروق ذات دلالةٍ إحصائيةٍ في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغيرِ العمر (٤-٦)، (٧-١٠) سنوات.

## إجـــــراءاتُ البحـــــث:

### منهـــجُ البحـــث:

يستندُ هذا البحثُ على المنهجِ الوصفي المقارن باعتباره يهدف إلى مقارنةِ عادات الأكل بين فئاتِ الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية من جانبٍ، وبينهم وبين الأطفال ذوي النمو الطبيعي من جانبٍ آخر.

### مجتمـعُ وعينـة البحـث:

تَمثّلَ مجتمعُ البحث من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، والأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية والذين يتلقون خدمات التربية الخاصة بمراكز أو برامج التربية الخاصة ممن تراوحت أعمارهم الزمنية بين (٤-١٠) سنوات بمدينة الرياض في المملكة العربية السعودية. وتكونت عينةُ البحث من (٢٠٣) طفلاً وطفلة منهم (١٠٥) من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، و(٩٨) من الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية العصبية، ويوضح الجدول (١) الخصائص الديموغرافية لمفرداتِ عينة البحث المشاركة.

**جدول (١) توزيعُ عينةُ البحثِ (الأطفال ذوو النمو الطبيعي، الأطفال ذوو الاضطرابات النمائية العصبية) حسب النوع (ذكور–إناث)، العمر**

| العينة | النوع | العدد | العمر | العدد | الإجمالي |
|---|---|---|---|---|---|
| الأطفال ذوو النمو الطبيعي | ذكر | ٦٢ | (٤-٦) | ٧٣ | ١٠٥ |
| | أنثى | ٤٣ | (٧-١٠) | ٣٢ | |
| الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد | ذكر | ٢٤ | (٤-٦) | ١٥ | ٣٨ |
| | أنثى | ١٤ | (٧-١٠) | ٢٣ | |
| الأطفال ذوو الإعاقة الفكرية | ذكر | ١٧ | (٤-٦) | ١٣ | ٣٠ |
| | أنثى | ١٣ | (٧-١٠) | ١٧ | |
| الأطفال ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة | ذكر | ١٤ | (٤-٦) | ٢٠ | ٣٠ |
| | أنثى | ١٦ | (٧-١٠) | ١٠ | |
| الإجمالي | | | | | ٢٠٣ |

المصدر: التحليل الإحصائي لبياناتِ البحثِ الميدانية ن = (٢٠٣) طفلاً.

**أداةُ البحـــــث:**

**مقيـــاسُ عـــاداتِ الأكـــلِ لدى الأطفـــال (إعداد الباحثان).**

**وصـــفُ المقيـــاس:**

يهدفُ المقياسُ إلى تقييمِ عاداتِ الأكل لدى الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي الاضطرابات النمائية العصبية من عمرِ (٤-١٠) سنوات. ويتكونُ المقياسُ في صورتهِ النهائيةُ من (٤٦) عبارةً تم تقسيمها لثلاثةِ عوامل - بَعد القيامِ بعملِ التحليلِ العاملي.

**العاملُ الأولُ:** وتم تسميته أسلوبُ الأكل، ويتكونُ من (١٤) عبارةً، **والعاملُ الثاني:** وتم تسميته التفضيلاتُ الغذائيةُ ويتكونُ من (١٥) عبارةً، **والعاملُ الثالثُ:** وتم تسميته اتجاهُ الطفل نحو الطعامِ ويتكونُ من (١٧) عبارةً، ويقومُ المستجيبُ (المعلم/ةُ، القائمُ برعايةِ الطفل، الأب - الأم) بالاستجابةِ على كلِ العباراتِ من خلالِ الاختيار بين ثلاثة بدائل هي: يستطيعُ نادراً، ويحصلُ الطفلُ على (١)، ويستطيعُ أحياناً، ويحصلُ الطفلُ على (٢)، ويستطيعُ دائماً، ويحصلُ الطفلُ على (٣)، والعكس في العبارات السلبية.

**تصحيـــحُ المقيـــاس:**

يتمُ من خلالِ حاصل جمع درجات الطفل في المقياسِ ككل، والدرجةُ الكليةُ للمقياسِ هي (١٣٨)، ويمثلُ الإرباعي الأعلى حصولُ الطفل على (١٢٠) فما فوق ويُعتبرُ مرتفع، والدرجةُ الدنيا للمقياسِ هي (٤٦)، ويمثلُ الإرباعي الأدنى حصولُ الطفل على (١٠٨) فأقل ويُعتبرُ ضعيف، وكلما حصل الطفلُ على درجةٍ مرتفعةٍ كان ذلك دليلاً على أن عاداتَ الأكل لديه في مستوىً جيد، وكلما حصل على درجةٍ متدنيةٍ كان ذلك دليلاً على أنه يواجه مشكلةً في عاداتِ الأكل.

**الخصائص السيكومترية للمقيـاس:**

**أولاً: حســـابُ صـــدق المقيـــاس:**

**الصـــدقُ الظـــاهـــريُ:**

تم عرض المقياس في صورتهِ الأولية والبالغ عدد عباراته (٥٥) عبارة على عددٍ من ذوي الخبرة والتخصص في مجالِ التربية الخاصة، وقد أبدى المحكمون آراءهم حول مدى وضوح عبارات المقياس ومدى مناسبتها لخصائصِ عينة البحث، وقد تم القيامُ بإجراءِ التعديلات التي أشاروا إليها حسب اتفاق المحكمين.

**الصدقُ العاملي Factorial Validity:**

تم إجراءُ التحليل العاملي لمصفوفةِ الارتباط بطريقةِ المكونات الأساسية باستخدامِ الحزمة الإحصائية (SPSS)، وقد أخذ الباحثان بمحكِ جيلفورد لمعرفةِ حد الدلالة الإحصائية للتشبعاتِ، وهو اعتبار التشبعات التي تصلُ إلى (٠,٣٠) أو أكثر تشبعات دالة، ولإعطاءِ معنى سيكولوجي للمكوناتِ المستخرجة تم تدويرها تدويراً متعامداً باستخدامِ طريقة الفاريماكس لـ كايزر Kaiser Varimax، وفي ضوءِ نتائج التحليل العاملي أمكن استخلاصُ ثلاثة مكونات رئيسة للجذرِ الكامن كل منها أكبر من الواحدِ الصحيحِ، والجدولُ (٢) التالي يوضحُ ذلك:

**جدولُ (٢) تشبعات العوامل المستخرجة بعد التدوير المتعامد لمقياسِ عادات الأكل**

| أرقامُ العباراتِ | أسلوبُ الأكل | التفضيلاتُ الغذائية | اتجاهُ الطفل نحو الطعام | أرقامُ العباراتِ | أسلوبُ الأكل | التفضيلاتُ الغذائية | اتجاهُ الطفل نحو الطعام |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | | | ٠,٥٠٤ | ٢٩ | ٠,٤٢٢ | | ٠,٦١٢ |
| ٢ | ٠,٤٣١ | ٠,٣٩١ | ٠,٤٦٥ | ٣٠ | ٠,٣٧٧ | | |
| ٣ | | ٠,٤٥٦ | ٠,٤٣٢ | ٣١ | ٠,٤٤٦ | ٠,٣٢١ | |
| ٤ | | | ٠,٣٧٨ | ٣٢ | | | |
| ٥ | | | ٠,٤٤٦ | ٣٣ | | | ٠,٥٥٢ |
| ٦ | | ٠,٥٤٢ | | ٣٤ | | ٠,٥٣٣ | |
| ٧ | | | ٠,٣٩٧ | ٣٥ | | ٠,٦٤٣ | ٠,٣٤٨ |
| ٨ | ٠,٥٨٠ | ٠,٥٠٥ | | ٣٦ | ٠,٤٦١ | | |
| ٩ | ٠,٥٨٥ | ٠,٤٩٦ | | ٣٧ | | ٠,٤٠٠ | |
| ١٠ | ٠,٤٢٥ | ٠,٤٣٠ | | ٣٨ | ٠,٣١٠ | ٠,٤٢٧ | |
| ١١ | | ٠,٧٦٣ | | ٣٩ | ٠,٦٣٨ | | |
| ١٢ | ٠,٧٠٤ | | | ٤٠ | ٠,٣١٦ | | ٠,٣٣٥ |
| ١٣ | ٠,٦٥٣ | ٠,٣٩٤ | | ٤١ | | ٠,٦٩٨ | |
| ١٤ | | ٠,٤٠٤ | ٠,٤٣٥ | ٤٢ | | ٠,٦٨٨ | |
| ١٥ | | ٠,٤٢٥ | ٠,٥٢٧ | ٤٣ | | ٠,٥١٢ | |
| ١٦ | | | | ٤٤ | ٠,٣٩٨ | | ٠,٣٣٦ |
| ١٧ | | ٠,٣٠٩ | ٠,٣٩٥ | ٤٥ | | ٠,٥٢٠ | |
| ١٨ | | ٠,٦٣٠ | | ٤٦ | | ٠,٥٤٩ | |
| ١٩ | ٠,٥٩٠ | | | ٤٧ | | | ٠,٦٦٨ |
| ٢٠ | | ٠,٣٥٥ | | ٤٨ | ٠,٦٠٤ | | |
| ٢١ | | | | ٤٩ | ٠,٣٦١ | | |
| ٢٢ | | | ٠,٧٠٨ | ٥٠ | ٠,٥٧٧ | | ٠,٥٦٠ |
| ٢٣ | ٠,٤٤٧ | ٠,٣٠٩ | ٠,٣٦٣ | ٥١ | ٠,٣٤٢ | | ٠,٧٥٢ |
| ٢٤ | | ٠,٦٦٤ | | ٥٢ | ٠,٦٤٣ | | |
| ٢٥ | ٠,٣٢٠ | | ٠,٧٤٨ | ٥٣ | ٠,٦٠١ | | |
| ٢٦ | ٠,٨١٦ | | | ٥٤ | ٠,٦٣٨ | | |
| ٢٧ | ٠,٣٩٥ | ٠,٣١١ | | ٥٥ | | ٠,٣٤٥ | ٠،٦٥٦ |
| ٢٨ | ٠,٣١٥ | | ٠,٤٩٦ | | | | |
| **الجذرُ الكامن** | ٧,٦١٩ | ٧,٥٤٤ | ٦,٩٩٧ | **نسبة التباين** | ٪١٣,٨٥ | ٪١٣,٧١ | ١٢,٧٢ |

المصدرُ: الخصائصُ السيكومترية لأداةِ البحث.

**يتضحُ من جدولِ (٢) ما يأتي:**

أن هناكَ عباراتُ تشبعت على أكثرِ من عاملٍ، ويتمُ الأخذُ بالتشبعِ الأكبرِ قيمةً كما في العباراتِ (٢-٣-٨-٩-١٠-١٤-١٥-٢٣ -٢٨-٢٩-٣١-٣٥-٣٨-٤٠-٤٤-٥٠-٥١-٥٥).

أن هناكَ ثلاث عبارات قلَّ تشبعها عن (٠,٣٠) وأرقامها (١٦-٢١-٣٢) ولذلك تم حذفها.

اشتمل العاملُ الأولُ على (١٩) عبارة تشبعت تشبعًا دالاً إحصائياً، وبفحصِ محتوى عبارات العامل الأول وُجِدَ أنها تكشفُ عن الأسلوبِ أو الكيفيةِ التي يتناولُ بها الطفل الطعامَ حيث تُجيب عن سؤالٍ مفاده "كيف يأكلُ؟" وعلى هذا تم تسمية هذا العامل (أسلوبُ الأكل)، وذلك لأنها الصفةُ الغالبةُ على هذا العامل.

اشتمل العاملُ الثاني على (١٦) عبارة تشبعت تشبعًا دالاً إحصائياً، وتشبعت جميعُ عباراته تشبعاً موجباً، وبفحصِ محتوى عبارات العامل الثاني وُجِدَ أنها تكشفُ عما يُقبِل عليهِ الطفلُ من أنواعِ الطعامِ حيث تُجيبُ عن سؤالٍ مفاده "ماذا يأكلُ؟" وعلى هذا تم تسمية هذا العامل (التفضيلاتُ الغذائيةُ)، وذلك لأنها الصفةُ الغالبةُ على هذا العامل.

اشتمل العاملُ الثالث على (١٧) عبارة تشبعت تشبعًا دالاً إحصائياً، وتشبعت جميع عباراته تشبعاً موجباً وبفحصِ محتوى مواقف العامل الثالث وُجِدَ أنها تكشفُ عن بعضِ العادات والاتجاهات الشعورية نحو الطعامِ بشكلٍ عام حيثُ تُجيبُ عن سؤالٍ مفاده "ما اتجاهاته نحو الطعام؟" وعلى هذا تم تسميةُ هذا العامل (اتجاهُ الطفل نحو الطعامِ)، وذلك لأنها الصفةُ الغالبةُ على هذا العامل. ويوضحُ الجدولُ (٣) توزيع عبارات مقياس عادات الأكل على كل بُعد من أبعاده.

**جدولُ (٣) توزيعُ عبارات مقياس عادات الأكل على كل بُعد من أبعاده بَعد القيام بإجراءاتِ الصدق العاملي**

| م | أبعادُ المقياس | أرقامُ العبارات في المقياس | المجموعُ |
|---|---|---|---|
| ١ | أسلوبُ الأكل | ٨-٩-١٢-١٣-١٩-٢٣-٢٦-٢٧-٣٠-٣١-٣٦-٣٩-٤٤-٤٨-٤٩-٥٠-٥٢-٥٣-٥٤ | ١٩ |
| ٢ | التفضيلاتُ الغذائية | ٣-٦-١٠-١١-١٨-٢٠-٢٤-٣٤-٣٥-٣٧-٣٨-٤١-٤٢-٤٣-٤٥-٤٦ | ١٦ |
| ٣ | اتجاهُ الطفل نحو الطعام | ١-٢-٤-٥-٧-١٤-١٥-١٧-٢٢-٢٥-٢٨-٢٩-٣٣-٤٠-٤٧-٥١-٥٥ | ١٧ |
| | إجمالي عبارات المقياس | | ٥٢ |

المصدر: الخصائص السيكومترية لأداةِ البحث.

**الصـــدقُ التمييـــزيُ:**

تم حسابُ صدق المقياس عن طريقِ الصدق التمييزي وذلك بترتيب درجات العينة وفق الدرجة الكلية للمقياسِ تنازليًا، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى للمقياسِ والجدول (٤) يوضح ذلك كما يلي:

**جدول (٤) الصدقُ التمييزيُ لمقياسِ عادات الأكل (ن=١٠٥)**

| المقياسُ | المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحرافُ المعياري | قيمة ت | الدلالةُ الإحصائية |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عاداتُ الأكل | الإرباعي الأعلى | ٢٨ | ١٣٦,٩٦ | ٣,٦٦ | ١٠,٥٦ | ٠,٠١ |
| | الإرباعي الأدنى | ٢٦ | ١٠٧,٣٨ | ١٤,٣٢ | | |

المصدر: الخصائصُ السيكومترية لأداةِ البحث.

يتضحُ من جدولِ (٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات مجموعة الإرباعي الأعلى ومجموعة الإرباعي الأدنى وهو ما يشيرُ إلى قدرةِ المقياس على التمييزِ بين المشاركين في مقياسِ عادات الأكل.

**الاتساقُ الداخليُ:**

قام الباحثان بحسابِ الاتساق الداخلي لعباراتِ مقياس عادات الأكل على النحوِ الآتي:

حسابُ معامل الارتباط بين درجة كل عبارةٍ والدرجة الكلية للمقياسِ.

**جدولُ (٥) معاملُ الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياسِ**

| العبارةُ | معاملُ الارتباط | العبارةُ | معاملُ الارتباط | العبارةُ | معاملُ الارتباط | العبارةُ | معاملُ الارتباط |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ,٣٩٨** | ١٧ | ,٥١٨** | ٣٣ | ,٢٩٠** | ٤٩ | ,١٩٩* |
| ٢ | ,٤٠٦** | ١٨ | ,٦٦٣** | ٣٤ | ,٣٥٧** | ٥٠ | ,٥٣٥** |
| ٣ | ,٥٨٠** | ١٩ | ,٢٠٩* | ٣٥ | ,٢٨٨** | ٥١ | ,٤٥٥** |
| ٤ | ,٢٦٢** | ٢٠ | ,٢٦٦** | ٣٦ | ,٠٦٧ | ٥٢ | ,٣٤٢** |
| ٥ | ,٢٧٦** | ٢١ | تم حذفها | ٣٧ | ,٣٥١** | ٥٣ | ,٥٢٥** |
| ٦ | ,٥٣٠** | ٢٢ | ,٤٥١** | ٣٨ | ,١٥٥ | ٥٤ | ,٤٨٤** |
| ٧ | ,٢٩٩** | ٢٣ | ,٢١٠* | ٣٩ | ,١٠٠ | ٥٥ | ,٦٤٧** |
| ٨ | ,٦٢٢** | ٢٤ | ,٤٥٦** | ٤٠ | ,٢٤٣* | | |
| ٩ | ,٦٥١** | ٢٥ | ,٤٠٢** | ٤١ | ,٤٢٦** | | |
| ١٠ | ,٥٨٧** | ٢٦ | ,٥٤٤** | ٤٢ | ,٥٥٦** | | |
| ١١ | ,٥٩٨** | ٢٧ | ,١٦٥ | ٤٣ | ,٢٤٥* | | |
| ١٢ | ,٥٥٤** | ٢٨ | ,٥٦٩** | ٤٤ | ,٠٢٥ | | |
| ١٣ | ,٦٦١** | ٢٩ | ,٣٧١** | ٤٥ | ,٤٢٢** | | |
| ١٤ | ,٤٥٦** | ٣٠ | ,٢٣٨* | ٤٦ | ,٥٤٩** | | |
| ١٥ | ,٤٨٩** | ٣١ | ,٤٢٥** | ٤٧ | ,٥٩٥** | | |
| ١٦ | تم حذفها | ٣٢ | تم حذفها | ٤٨ | ,٠٥٣ | | |

**المصدر**: الخصائصُ السيكومترية لأداةِ البحث.

يتضحُ من الجدولِ (٥) أن جميعَ قيم مُعاملات الارتباط بين درجةِ كل عبارة والدرجة الكلية للمقياسِ قيمُ دالةُ عند مستوى (٠,٠١)، ماعدا العبارات (١٩-٢٣-٣٠-٤٠-٤٣-٤٩) فهي دالةُ عند مستوى (٠,٠٥)، بينما العبارات (٢٧-٣٦-٣٨-٣٩-٤٤-٤٨) غير دالة ولذلك تم حذفها. حسابُ مُعامل الارتباط بين درجةِ كل عبارة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه.

**جدولُ (٦) مُعاملُ الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبُعدِ الذي تنتمي إليه**

| أسلوبُ الأكل | | التفضيلاتُ الغذائية | | اتجاهُ الطفل نحو الطعام | |
|---|---|---|---|---|---|
| رقمُ العبارة | معاملُ الارتباط | رقمُ العبارة | معاملُ الارتباط | رقمُ العبارة | معاملُ الارتباط |
| ٨ | ٦٩٨,** | ٣ | ٥٠٥,** | ١ | ٥٠٧,** |
| ٩ | ٦٥١,** | ٦ | ٥١٤,** | ٢ | ٤٤٠,** |
| ١٢ | ٨٠٤,** | ١٠ | ٤٤١,** | ٤ | ٣٨٢,** |
| ١٣ | ٧٨٨,** | ١١ | ٧٩٣,** | ٥ | ٣٠٨,** |
| ١٩ | ٥٢٤,** | ١٨ | ٧٠٣,** | ٧ | ٤٧٠,** |
| ٢٣ | ٥٠٤,** | ٢٠ | ٣٥١,** | ١٤ | ٤١٩,** |
| ٢٦ | ٨٦٤,** | ٢٤ | ٦٧٣,** | ١٥ | ٤٩٦,** |
| ٢٧ | تم حذفها | ٣٤ | ٥٥٩,** | ١٧ | ٥٢٢,** |
| ٣٠ | ٣٨٩,** | ٣٥ | ٦١٥,** | ٢٢ | ٦٩٦,** |
| ٣١ | ٥٤٢,** | ٣٧ | ٤٤٧,** | ٢٥ | ٧٢٥,** |
| ٣٦ | تم حذفها | ٣٨ | تم حذفها | ٢٨ | ٦٢٤,** |
| ٣٩ | تم حذفها | ٤١ | ٧٠٣,** | ٢٩ | ٦٦٩,** |
| ٤٤ | تم حذفها | ٤٢ | ٦٤١,** | ٣٣ | ٥٨٥,** |
| ٤٨ | تم حذفها | ٤٣ | ٤٨٣,** | ٤٠ | ٤٤٩,** |
| ٤٩ | ٢٣٢,* | ٤٥ | ٥٧٧,** | ٤٧ | ٦٨٨,** |
| ٥٠ | ٦٧٥,** | ٤٦ | ٦٢٤,** | ٥١ | ٧١٩,** |
| ٥٢ | ٦٨٤,** | | | ٥٥ | ٦٧٠,** |
| ٥٣ | ٦٥٣,** | | | | |
| ٥٤ | ٧٠٤,** | | | | |

**المصدر**: الخصائصُ السيكومتريةُ لأداةِ البحث.

يتضحُ من جدولِ (٦) أن جميعَ قيم مُعاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه دالة عند مستوى (٠,٠١).

**حساب مُعامل الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياسِ.**

**جدولُ (٧) مُعاملُ الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياسِ**

| م | البُعـــــــد | مُعاملُ الارتباط |
|---|---|---|
| ١ | أسلوبُ الأكل | ٧٧٥,** |
| ٢ | التفضيلاتُ الغذائية | ٧١٨,** |
| ٣ | اتجاهُ الطفل نحو الطعامِ | ٧٦٣,** |

**المصدر**: الخصائص السيكومترية لأداة البحث.

يتضحُ من جدولِ (٧) أن جميعَ قيم مُعاملات الارتباط بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياسِ دالةُ عند مستوى (٠,٠١)، ويوضحُ الجدولُ (٨) الصورةُ النهائية لتوزيعِ عبارات مقياس عادات الأكل على كل بُعد من أبعاده، وذلك بعد حذف العبارات غير الدالة وهي العبارات (١٦-٢١-٣٢) من التحليلِ العاملي، والعباراتُ (٢٧-٣٦-٣٨-٣٩-٤٤-٤٨) من الاتساق الداخلي، وبذلك يُصبح عدد عبارات المقياس في صورتهِ النهائية (٤٦) عبارة.

**جدولُ (٨) الصورةُ النهائيةُ لتوزيعِ عبارات مقياس عادات الأكل على كل بُعد من أبعاده**

| م | أبعادُ المقياس | أرقامُ العبارات في المقياس | المجموع |
|---|---|---|---|
| ١ | أسلوبُ الأكل | ٨-٩-١٢-١٣-١٨-٢١-٢٤-٢٧-٢٨-٤٠-٤١-٤٣-٤٤-٤٥ | ١٤ |
| ٢ | التفضيلاتُ الغذائية | ٣-٦-١٠-١١-١٧-١٩-٢٢-٣٠-٣١-٣٢-٣٤-٣٥-٣٦-٣٧-٣٨ | ١٥ |
| ٣ | اتجاهُ الطفل نحو الطعام | ١-٢-٤-٥-٧-١٤-١٥-١٦-٢٠-٢٣-٢٥-٢٦-٢٩-٣٣-٣٩-٤٢-٤٦ | ١٧ |
| | إجمالي عبارات المقياس | | ٤٦ |

**المصدر**: الخصائصُ السيكومتريةُ لأداةِ البحث.

**ثبـــاتُ المقيـــاس:**

**١- ألفـا كـرونبـاخ:**

قام الباحثان باستخدامِ مُعامل ألفا كرونباخ لحسابِ ثبات المقياس، وذلك بعد تطبيق المقياس على (١٠٥) مشاركاً، ويوضحُ الجدولُ (٩) التالي مُعامل الثبات لكلِ بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية.

**جدولُ (٩) مُعاملاتُ الثبات للأبعادِ والدرجةُ الكلية لمقياسِ عادات الأكل**

| م | البُعد | معاملُ الثبات |
|---|---|---|
| ١ | أسلوب الأكل | ,٨٤٨ |
| ٢ | التفضيلات الغذائية | ,٨٥٧ |
| ٣ | اتجاه الطفل نحو الطعام | ,٨٠٠ |
| | الدرجة الكلية | ,٨٩٠ |

**المصدر**: الخصائصُ السيكومتريةُ لأداةِ البحث.

يتضحُ من جدولِ (٩) أن مُعاملات الثبات للأبعاد والدرجة الكلية تراوحت ما بين (٠,٧٨٨-٠,٨٩٠) وجميعها مُعاملات ثبات مقبولة، وهذا يدلُ على وجودِ ثبات مرتفع للمقياسِ يمكننا من الاعتمادِ على نتائجه.

**٢- التجـزئـةُ النصفيـةُ:**

قام الباحثان بحسابِ مُعامل الثبات باستخدامِ طريقة التجزئة النصفية باستخدامِ معادلتي جتمان، وسبيرمان براون على عينةٍ مقدارها (١٠٥) مشاركاً، والجدولُ (١٠) التالي يوضحُ معاملات الثبات:

**جدولُ (١٠) مُعاملاتُ الثبات بطريقةِ التجزئةِ النصفية لمقياسِ عادات الأكل لدى الأطفال**

| الطريقةُ / مُعاملُ الثبات | العدد=١٠٥ | |
|---|---|---|
| | جتمان | سبيرمان براون |
| مُعاملُ الثبات | ٠,٩٠٢ | ٠,٩٠٢ |

**المصدر**: الخصائصُ السيكومترية لأداةِ البحث.

يتضحُ من الجدولِ (١٠) أن معاملات الثبات بطريقةِ التجزئة النصفية سواء بمعادلة جتمان أو سبيرمان براون بلغت (٠,٩٠٢)، وهو معاملُ ثباتٍ مرتفع مما يدلُ على ثباتٍ مرتفعٍ لمقياسِ عادات الأكل يمكننا من الاعتماد على نتائجه.

## نتائجُ البحث ومناقشتها:

### نتائجُ الفرضُ الأول:

ينصُ الفرضُ الأولُ على "توجدُ فروق ذاتُ دلالة إحصائية في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النموِ الطبيعي. وللتحققِ من صحةِ هذا الفرضُ تم استخدامُ تحليلُ التباينِ الأُحادي، ويوضحُ الجدولُ (١١) التالي المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعيارية لكلِ مجموعة:

**جدولُ (١١) المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعيارية للمجموعاتِ الأربع**

| المجموعاتُ / المقياسُ | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي ن=١٠٥ | | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد ن=٣٨ | | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية ن= ٣٠ | | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه ن=٣٠ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | م | ع | م | ع |
| عاداتُ الأكل | ١١١,٤٢ | ١٣,١٠ | ١٠٤,٧١ | ٩,٧٢ | ١٠٦ | ١١,١٨ | ١٠٠,٢٠ | ٧,٩٨ |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

**جدولُ (١٢) تحليلُ التباين الأحادي الاتجاه للفروقِ بين المجموعات الأربع على مقياسِ عادات الأكل**

| المقياسُ | مصدرُ التباين | مجموعُ المربعات | د.ح | متوسطُ المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عاداتُ الأكل | بين المجموعات | ٣٥٧٣,٥٢٢ | ٣ | ١١٩١,١٧٤ | ٨,٨٣٢ | ٠,٠١ |
| | داخل المجموعات | ٢٦٨٣٨,٣٣٠ | ١٩٩ | | | |
| | المجموعُ | ٣٠٤١١,٨٥٢ | ٢٠٢ | ١٣٤,٨٦٦ | | |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من جدولِ (١٢) أن قيمةَ "ف" للفروقِ بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل بلغت (٨,٨٣٢) وهي قيمةُ دالةُ عند مستوى (٠,٠١) وهذا يعني صحةُ الفرض (جزئياً كما سيتضح لاحقاً)، ولتحديدِ اتجاه الفروق بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي، وذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة تم استخدامُ اختبار "شيفيه" والجدولُ (١٣) التالي يوضحُ ذلك:

**جدولُ (١٣) نتائجُ اختبارُ شافيه لدلالةِ الفروق بين المتوسطاتِ لمجموعاتِ المقارنةِ الأربع**

| المقياسُ | مجموعاتُ المقارنة | المتوسطُ | فروقُ المتوسطاتُ والدلالةُ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| عاداتُ الأكل | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي | ١١١,٤٢ | – | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد | ١٠٤,٧١ | ٦,٧١* | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية | ١٠٦ | ٥,٤٢ | ١,٢٨ | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة | ١٠٠,٢٠ | ١١,٢٢* | ٤,٥١ | ٥,٨٠ | – |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من الجدولِ (١٣) أن هناك فروق ذات دلالةٍ إحصائيةٍ عند مستوى (٠,٠٥) بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لصالحِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي، ووجودُ فروق ذاتُ دلالةٍ إحصائيةٍ عند مستوى (٠,٠٥) بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي وذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي في عاداتِ الأكل، بينما لا توجدُ فروقُ ذاتُ دلالةٍ إحصائية بين كل من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، والأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، والأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية والأطفال ذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل.

## مناقشةُ وتفسيرُ نتائج الفرض الأول:

جاءت هذه النتيجةُ منطقية حيثُ أفادت العديدُ من الدراساتِ أنه بالمقارنةِ مع الأطفال ذوي النمو الطبيعي، فإن مشكلات الأكل (رفضُ الطعام، تناولُ مجموعة محدودة من الأطعمة) أكثرُ انتشارًا لدى الأطفالِ ذوي الإعاقات النمائية (Sharp et al., 2013). ومن الأرجحِ أن يُحالَ الأطفالُ ذوو الاضطرابات النمائية إلى عاداتِ التغذية بسببِ انتقائية الغذاء مقارنةً بالأطفالِ ذوي النمو الطبيعي (Bandini et al., 2019)، وهذا يتسقُ مع القصورِ في النموِ ومشكلات التغذية التي

تظهر بسببِ الاحتياجات الغذائية والظروف الفيزيائية المتنوعه (Gibson et al., 2011). كما يُعاني الأطفالُ ذوو اضطراب طيفِ التوحد من خللٍ في المعالجةِ الحسية في مجالِ حساسية الذوق والرائحة أو المعالجة الحسية الفمية والسلوكيات المشكلة أثناء الأكل أكثر من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي (Nadon et al., 2011; 2009; Zobel-Lachiusa et al., 2015). ووجدت دراسة (٢٠١٣) .Beighley et al أن الأفرادَ ذوو اضطراب طيف التوحد أكثر انتقائيةً للطعامِ مقارنةً بأقرانهم ذوي النمو الطبيعي. وأشارت التقديرات إلى أن ما يقربُ من ٧٠٪ من الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم انتقائية للطعامِ وقد أظهروا رفضَ الطعام، والسلوك المشكل أثناء تناولِ وجبة الطعام، وقبولُ محدودُ لمجموعةٍ متنوعةٍ من الموادِ الغذائية (Diolordi et al., 2014; Matson & Fodstad, 2009; Qaraqish, 2017). كما أن ضعفَ الوظائف التنفيذية لدى الأطفالِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، يجعلهم غيرُ قادرين على تخطيطِ وتنفيذِ السلوكيات الصحية، بما في ذلك النظافة الشخصية (Ptacek et al., 2016). بالإضافةِ إلى أن السمات الأساسية لاضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة تُساهمُ في السلوكياتِ غيرُ المألوفة المرتبطة بالصحةِ، وظهور أنماط وعادات أكل غير صحية (Curtin et al., 2013)، ناهيك عن أن الأطفالَ ذوو النمو الطبيعي عادةً ما يأكلون مجموعة متنوعة من الأطعمه مقارنةً بالأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد، باستثناءِ المشروبات والوجبات الخفيفة (Vissoker et al., 2019).

وتتفقُ هذه النتيجةُ مع نتائج دراسة (٢٠١٤) .Diolordi et al التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد وأقرانهم ذوو النمو الطبيعي في استهلاكِ الحليب واللبن الزبادي، والبقول، والأرز، وعصائر الفاكهة، ودراسة (٢٠١٢) .Yoshimasu et al التي أشارت إلى أن الأفرادَ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة أكثرُ عرضة للإصابةِ باضطراباتِ الأكل من أولئك الذين ليس لديهم اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة.

كما أظهرت النتائجُ عدم وجود فروق ذات دلالةٍ إحصائية بين كلٍ من الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه

وفرط الحركة، والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل، وتُفسَرُ هذه النتيجةُ بعدةِ طرقٍ منها: تتطور سلوكيات تناول الطعام لدى الأطفالِ من تفاعلاتهم الاجتماعية المبكرة حول عادات الأكل (مثل سلوكياتُ الطفل أثناء تناول الطعام، والتفضيلاتُ الغذائية، واتجاهُ الطفل نحو الطعام)، ويلعبُ الوالدان بشكلٍ خاص دوراً حاسماً في التأثيرِ على عاداتِ الأطفال الغذائية، وهناك علاقةُ إيجابيةُ بين مواقف الوالدين والتفضيلات الغذائية والمدخول الغذائي وأطفالهم (South et al., 2012). وقد تؤثرُ نماذجُ البالغين الأخرى أيضًا على اختياراتِ الأطفال الغذائية في مراكزِ وبرامج الرعاية، فالمعلمون قد يُشجعون عاداتِ الأكل لدى الأطفالِ بشكلٍ خاص حيثُ تُستخدم القاعات للتدريسِ وكذلك تناول الطعام. وقد تعزو هذه النتيجةُ أيضًا إلى استراتيجياتِ التشجيعِ والثناءِ اللفظي للأطفالِ فلها تأثيرُ فعّالُ لتحسينِ عادات الأكل لديهم، كما تلعبُ العواملُ البيئيةُ والمعايير والقواعد الاجتماعية والثقافية المدركة، والدعم الاجتماعي المتاح للأكلِ الصحي دورًا مهمًا في تحديدِ عادات الأكل، حيث كان هناك تجانسُ ثقافي بين الأطفالِ المشاركين في البحثِ. كما أن العديد من الأطفالِ المشاركين كانوا من ذوي الاضطرابات النمائية البسيطة ربما لهذا السبب لم تكن الفروق بينهم دالة إحصائيًا في عاداتِ الأكل. وقد يكونُ استخدام الوالدين لاستراتيجيات الضبط المرتبطة بنوعيةِ الطعام (شراء وتقديم الأطعمة الصحية دون غيرها) لتحسينِ عادات الأكل لدى أطفالهم أحدُ التفسيرات المحتملةُ وللتغلبِ على تفضيلاتهم للأذواقِ الحلوة والمالحة، ورفضهم تلك الحامضة أو المُرّة، لأنه كلما كان وصولُ الطفل إلى الطعامِ مقيدًا، زاد تفضيلُ الطفل لهذا الطعام.

## نتـــائـــجُ الفـــرضُ الثـــانـــي:

ينصُ الفرضُ الثاني على أنه "توجدُ فروقُ ذاتُ دلالةٍ إحصائيةٍ في عاداتِ الأكلِ بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقةُ الفكرية، اضطرابُ طيف التوحد، اضطرابُ قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغيرِ النوع (ذكر/ أنثى)".
ولاختبارِ هذا الفرضُ استخدم الباحثان اختبار (ت) لحسابِ الفروق بين متوسط درجات العينة في عاداتِ الأكل، وكانت النتائجُ كما هي موضحة بالجدولِ (١٤) التالي:

**جدولُ (١٤) نتائجُ اختبارُ النسبة التائية بين متوسطي درجات الأطفال ذوي النمو الطبيعي تبعًا لمتغيرِ النوع (ذكور – إناث) في عاداتِ الأكل**

| المجموعةُ | النوعُ | العددُ | المتوسطُ | الانحرافُ المعياريُ | قيمةُ "ت" | مستوى الدلالةُ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي | ذكور | ٦٢ | ١١٠,٠٩ | ١٤,٦٦ | ١,٢٥ | غيرُ دالة |
| | إناث | ٤٣ | ١١٣,٣٤ | ١٠,٣٢ | | |

المصدر: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من الجدولِ (١٤) أن قيمةَ (ت) غير دالة إحصائيًا؛ وهذا يعني أنه لا توجدُ فروقُ ذاتُ دلالةٍ إحصائيةٍ في عاداتِ الأكل لدى الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغيرِ النوع (ذكور/ إناث).

كما قام الباحثان بحسابِ الفروق في عاداتِ الأكلِ بين متوسطي رُتب درجات الأطفال (ذوي اضطراب طيف التوحد، ذوي الإعاقة الفكرية، ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة) وفقاً لمتغير النوع (ذكور/ إناث). وقد استخدم الباحثان اختبار "مان ويتني" وكانت النتائجُ كما هي موضحةُ بالجدولِ (١٥) التالي:

**جدولُ (١٥) نتائجُ الفروق بين متوسطي رُتب درجات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (اضطراب طيف التوحد، الإعاقة الفكرية، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة) الذكور والإناث في عاداتِ الأكل**

| المجموعةُ | النوعُ | العددُ | المتوسطُ | الانحرافُ المعياري | متوسطُ الرُتب | مجموعُ الرُتب | U | Z | مستوى الدلالةُ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ذوو طيف التوحد | ذكور | ٢٤ | ١٠٣,٨٣ | ١١,٧٣ | ١٨,٢٥ | ٤٣٨ | ١٣٨ | ٠,٩١٣ | غيرُ دالة |
| | إناث | ١٤ | ١٠٦,٢١ | ٤,٦٤ | ٢١,٦٤ | ٣٠٣ | | | |
| ذوو الإعاقة الفكرية | ذكور | ١٧ | ٩٩,٨٨ | ١٠,٨٣ | ١٠,٥٠ | ١٧٨,٥٠ | ٢٥,٥٠ | ٣,٥٦ | ٠,٠١ |
| | إناث | ١٣ | ١١٤ | ٤,٨٣ | ٢٢,٠٤ | ٢٨٦,٥٠ | | | |
| ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة | ذكور | ١٤ | ٩٩,٨٥ | ٨,١٦ | ١٥,٢١ | ٢١٣ | ١٠٨ | ٠,١٦٧ | غيرُ دالة |
| | إناث | ١٦ | ١٠٠,٥٠ | ٨,٠٩ | ١٥,٧٥ | ٢٥٢ | | | |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضـحُ مـن الجـدولِ (١٥) أن قيمـةَ (U) دالـةٌ إحصـائياً للفـروقِ بـين متوسـطي رُتـب درجـات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الذكور والإناث؛ مما يُشيرُ إلى وجودِ فروق دالة إحصائيًا في عاداتِ الأكل بين ذوي الإعاقة الفكرية الذكور والإناث لصالحِ الإناث، بينما كانت قيمة (U) غيرُ دالةٍ إحصائياً للفروقِ بين متوسطي رُتب درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الذكور والإناث، وبين ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة الذكور والإناث، مما يُشير على أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث من الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة.

كما قام الباحثان بحسابِ الفروق بين الذكورِ للمجموعاتِ الأربع باستخدامِ تحليل التباين الأحادي، والجدولُ (١٦) التالي يوضحُ المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعيارية لكلِ مجموعة.

**جدولُ (١٦) المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعياريةُ للمجموعاتِ الأربع**

| المجموعات / المقياسُ | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي (ذكور) ن=٦٢ | | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد (ذكور) ن=٢٤ | | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية (ذكور) ن= ١٧ | | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه (ذكور) ن=١٤ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | م | ع | م | ع |
| عاداتُ الأكل | ١١٠,٠٩ | ١٤,٦٦ | ١٠٣,٨٣ | ١١,٧٣ | ٩٩,٨٨ | ١٠,٨٣ | ٩٩,٨٥ | ٨,١٦ |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

**جدولُ (١٧) تحليلُ التباين الأحادي الاتجاه للفروقِ بين المجموعات الأربع على مقياسِ عادات الأكل**

| المقياسُ | مصدرُ التباين | مجموعُ المربعات | د.ح | متوسطُ المربعات | قيمةُ ف | مستوى الدلالةُ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عاداتُ الأكل | بين المجموعات | ٢٣١٦,٥٣٨ | ٣ | ٧٧٢,١٧٩ | ٤,٥٨٦ | ٠,٠٥ |
| | داخل المجموعات | ١٩٠٢٦,٢٣٢ | ١١٣ | | | |
| | المجموع | ٢١٣٤٢,٧٦٩ | ١١٦ | ١٦٨,٣٧٤ | | |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من جدولِ (١٧) أن قيمةَ "ف" للفروقِ بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل لدى عينة الذكور بلغت (٤,٥٨٦) وهي قيمةٌ دالةٌ عند مستوى (٠,٠٥)، ولتحديدِ اتجاه الفروق بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي، وذوي اضطراب طيف التوحد،

وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، تم استخدامُ اختبار "شافيه"، والجدولُ (١٨) التالي يوضحُ ذلك:

**جدولُ (١٨) نتائجُ اختبار شافيه لدلالةِ الفروق بين المتوسطاتِ لمجموعاتِ المقارنة الأربع**

| المقياسُ | مجموعاتُ المقارنةُ | المتوسطُ | فروقُ المتوسطات والدلالة | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| عاداتُ الأكل | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي | ١١٠,٠٩ | – | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد | ١٠٣,٨٣ | ٦,٢٦ | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية | ٩٩,٨٨ | *١٠,٢١ | ٣,٩٥ | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة | ٩٩,٨٥ | ١٠,٢٣ | ٣,٩٧ | ٠,٠٢٥ | – |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من الجدولِ (١٨) أن هناكَ فروق ذات دلالةٍ إحصائية عند مستوى(٠,٠٥) بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لصالحِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي لدى عينةِ الذكور في عاداتِ الاكل، بينما لا توجد فروق ذات دلالةِ إحصائية بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي وكلٍ من الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة الذكور في عاداتِ الأكل.

كما قام الباحثان بحسابِ الفروق بين الإناث للمجموعاتِ الأربع باستخدامِ تحليلِ التباين الأحادي، والجدولُ (١٩) التالي يوضحُ المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلِ مجموعة:

**جدولُ (١٩) المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعيارية للمجموعاتِ الأربع**

| المجموعاتُ / المقياسُ | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي (إناث) ن=٤٣ | | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد (إناث) ن=١٤ | | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية (إناث) ن= ١٣ | | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه (إناث) ن=١٦ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | م | ع | م | ع |
| عاداتُ الأكل | ١١٣,٣٤ | ١٠,٣٢ | ١٠٦,٢١ | ٤,٦٤ | ١١٤ | ٤,٨٣ | ١٠٠,٥٠ | ٨,٠٩ |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

**جدولُ (٢٠) تحليلُ التباين الأحادي الاتجاه للفروقِ بين المجموعات الأربع على مقياسِ عادات الأكل**

| المقياسُ | مصدرُ التباين | مجموعُ المربعات | د.ح | متوسطُ المربعات | قيمةُ ف | مستوى الدلالةُ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عاداتُ الأكل | بين المجموعات | ٢٣٣٣,٩٣٤ | ٣ | ٧٧٧,٩٧٨ | ١٠,٥٩٣ | ٠,٠١ |
| | داخل المجموعات | ٦٠٢٢,١٢٥ | ٨٢ | | | |
| | المجموع | ٨٣٥٦,٠٥٨ | ٨٥ | ٧٣,٤٤١ | | |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من جدولِ (٢٠) أن قيمةَ "ف" للفروقِ بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل لدى عينةِ الإناث بلغت (١٠,٥٩٣) وهي قيمةُ دالةُ عند مستوى (٠,٠١)، ولتحديدِ اتجاه الفروق بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، تم استخدامُ اختبار "شافيه"، والجدولُ (٢١) التالي يوضحُ ذلك:

**جدولُ (٢١) نتائجُ اختبارُ شافيه لدلالةِ الفروق بين المتوسطاتِ لمجموعاتِ المقارنة الأربع**

| المقياسُ | مجموعاتُ المقارنة | المتوسطُ | فروقُ المتوسطات والدلالة | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| عاداتُ الأكل | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي | ١١٣,٣٤ | – | – | | |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد | ١٠٦,٢١ | ٧,١٣ | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية | ١١٤ | ٠,٦٥١ | ٧,٧٨ | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة | ١٠٠,٥٠ | *١٢,٨٤ | ٥,٧١ | *١٣,٥٠ | – |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من الجدولِ (٢١) أن هناكَ فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي الإناث في عاداتِ الأكل، ووجود فروق ذات دلالةٍ إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين

الأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الإناث في عاداتِ الأكل، بينما لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبين الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة الإناث في عادات الأكل.

## مناقشةُ وتفسيرُ نتائج الفرض الثاني:

يمكنُ تفسيرُ هذه النتيجةُ في ضوءِ ما يأتي: تبدأُ علاقةُ الإنسانِ بالطعامِ وتكوين عاداته الغذائية من الأيامِ الأولى من ولادته دون تفرقة بين جنس المولود، أو حالته الصحية من حيث وجود إعاقة أو عدم وجودها، وبالتالي يؤثرُ الوعي الغذائي والعادات الغذائيةٌ للأسرةِ على الأبناءِ دون تفرقةٍ بين الذكر والأنثى، وكان جميعُ الأطفال المشاركين في البحثِ من مستوى اجتماعي/ ثقافي متوسط، حيثُ يقّع على عاتق الأُسرة مسئوليةٌ تطويرٌ الأنماط الغذائيةٌ وفقًا لما يُتاح لها من معلوماتٍ وممارساتٍ عصرية مع ما يُتاحُ لها من موارد اقتصادية مُيسرة.

وتتفقُ هذه النتيجةُ مع نتائج دراسة (Wentz et al., 2019) حيث لم توجد أي اختلافات بين الجنسين فيما يتعلقُ بانتشارِ فقدان السيطرة على تناولِ الأكلِ لدى الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وذوي اضطراب طيف التوحد، ودراسة (Swanson et al., 2011)، ودراسة (ALBashtawy, 2015) التي أظهرت عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في عادات الأكل.

وتختلفُ هذه النتيجة مع نتائج دراسة (٢٠١٧) Qaraqish التي أسفرت عن وجود فروق دالة إحصائيًا في مشكلاتِ تناول الطعام لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد وفقًا لمتغير الجنس لصالح الأطفالِ الذكور.

كما تشيرُ النتائجُ إلى وجودِ فروق دالة إحصائيًا في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ الذكور ذوي الإعاقة الفكرية، والأطفال الإناث لصالحِ الإناث، ويُعتبرُ ذلك أمرًا طبيعيًا إذا ما قارنا سلوكيات البنات بسلوكِ الأولاد، فغالبًا ما يميلُ الذكورُ إلى إظهارِ سلوكيات الرفض، والعدوانية، والصراخِ، والحركةِ، وغيرها من السلوكياتِ غير المناسبة بدرجةٍ أكبر من السلوكياتِ التي تُظهِرها البنات. ويمكنُ تفسيرُ

ذلك بأن العواملَ الفسيوّلوجية مثل الجنس تؤثرٌ على سلوكِ وعاداتِ الأكل عند الفر، وأن الأمهات أكثر ملازمةً وتداخلاً مع بناتهن أكثر من أولادهن الذكور، وذلك على مدار الوقت، حيث إن الأمَ يتوفرُ لها الوقت الكافي والفرصةُ الجيدةُ للتوجيهِ والإرشادِ وتعزيزُ عاداتِ الأكل الصحية لدى البنتِ. بالإضافةِ إلى الاهتمامِ الكبير من المعلماتِ/ المدرباتِ بالإناثِ حيث تتوفرُ لهن الحرية في التوجيهِ المباشرِ والصريحِ للإناثِ، بعكسِ ذلك في التعاملِ مع الذكورِ، مما يُقللُ من قدرتهن على الاهتمامِ الكافي بالذكورِ، بجانب تحسين عادات الأكل لديهم وتركيزهن على الجانبِ الأكاديمي. أيضًا الاهتمامُ الكبيرُ والتركيز العالي من المعلمين/ المدربين في مراكزِ التدريب والتأهيل للأطفالِ الذكور ذوي الاضطرابات النمائية على الجانبِ الأكاديميِ العلمي أكثر منه في برامجِ ومراكزِ الإناث، وذلك على حسابِ الاهتمام بالجوانبِ الأخرى كالجانبِ الصحي، وهذا يؤكده حصولُ الإناث على درجاتٍ أعلى في عاداتِ الأكل وتدنيها عند الذكور.

كما بيّنت النتائجُ وجود فروق ذات دلالةٍ إحصائية بين الأطفالِ الذكور ذوي النمو الطبيعي والأطفال الذكور ذوي الإعاقة الفكرية لصالحِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي في عاداتِ الاكل، ويمكنُ تفسيرُ ذلك بأن الأشخاصَ ذوو الإعاقة الفكرية يعانون من مشكلاتٍ صحيةٍ مثل صعوبة البلع، ومشكلات في الأسنانِ، بالإضافةِ إلى مشكلاتِ الحنجرة الفموية (Haveman et al., 2011)، من ثم فإنهم في احتياجٍ دائم بشكلٍ خاص للدعمِ والرعايةِ. كما أن الأطفالَ ذوو الإعاقة الفكرية لديهم مشكلات كبيرة في مجالِ اللغة وانخفاض فهم الكلام وانخفاض القدرة على التواصل وهذا يؤدي إلى نقصٍ في المعرفةِ المتعلقة بعاداتِ الأكل الصحية.

كما أن الأُسرَ تواجهُ تحدياتٍ في إطعامِ أطفالهم نظام غذائي متنوع، ويرتبطُ السلوكُ الغذائي وتكوينٌ العاداتِ الغذائيةٌ بحاسةِ الذوق، وتختلفُ تلك الحاسةُ من شخصٍ لآخر. كما أن العديدَ من الأفرادِ ذوي الإعاقات النمائية معرضون لخطرِ نقص المُغذيات، بسببِ الصعوبات الحركية عن طريقِ الفم، والتفضيلاتُ الغذائية المحدودة، ونوباتُ الاختناق المتكررة، ومشكلاتُ الأسنان، والحساسيةُ الغذائية، والنظمُ الغذائية المتخصصة، والتأثيراتُ الجانبية للأدويةِ التي تؤثرُ على سرعةِ الغذاء أو الأيض (Gibson et al., 2011).

وتختلفُ هذه النتيجةُ مع ما ذكره (Bandini et al., 2019) بأنه لا يوجدُ تأثيرُ لمتغيرِ الجنس في الاختلافاتِ المرتبطة بالانتقائيةِ الغذائية لدى الأطفالِ ذوي الإعاقة الفكرية.

أيضاً أشارت النتائج إلى أنه لا توجدُ فروق ذاتُ دلالة إحصائيةٍ بين الأطفال الذكور ذوي النمو الطبيعي وكل من الأطفال الذكور ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وبين الأطفال الذكور ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال الذكور ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال الذكور ذوي الإعاقة الفكرية والذكور ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل، فالأفرادُ ذوو الاضطرابات النمائية وأقرانهم ذوو النمو الطبيعي أظهروا بعض عادات الأكلِ الصحية المرغوبة، شبيهة بالنتائج في مراجعةِ للمبادراتِ الصحيةِ الناجحة التي قام بها هيلر وآخرون (٢٠١١) .Heller et al، ويمكنُ تفسيرُ ذلك بأن العلاقةَ المتواضعة إلى القويةِ بين متغيرُ النوع وعاداتُ الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية وأقرانهم ذوو النمو الطبيعي تُفسَّر على أن التدخلات التعليمية التي تُحاولُ تغيير عادات تناول الطعام غالباً ما يكونُ لها تأثيراتُ صغيرةُ. وتزدادُ قوةُ العادةُ عندما يتمُ تعزيزُ السلوك مرارًا وتكرارًا بتجارب مُرضيةٍ، وأن النوعَ (الذكور/ الإناث) وفئة الاضطراب والعادة يتفاعلون في تنبؤهم بعاداتِ الأكل المستقبلية. وتميلُ عاداتُ الأكل إلى الاستقرارِ مع مرورِ الوقت لدى الأطفالِ (الذكور/ الإناث) ذوي الاضطرابات النمائية وأقرانهم ذوو النمو الطبيعي، وهذا في حد ذاته يُخبرنا شيء ذي معنى حول كيفية ظهور عادات الأكل أو كيف يمكنُ تغييرها. كما أن هناك تشابهُ كبير بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية من حيث الظروف الصحية ذات الصلة، والحاجةُ إلى تدخلٍ في النظامِ الغذائي.

كما أسفرت النتائجُ عن وجودِ فروق ذات دلالةٍ إحصائية في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ الإناث ذوي النمو الطبيعي والإناثِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفال الإناث ذوي النمو الطبيعي في عاداتِ الأكل، ووجود فروق ذاتُ دلالة إحصائية بين الأطفالِ الإناثِ ذوي الإعاقة الفكرية والإناث ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفال الإناث ذوي الإعاقة الفكرية، ويمكنُ تفسيرُ ذلك وفق التالي، أن عدمَ التجانس بين المشاركين يتطلبُ بناءَ الدعم الذي يتناسبُ مع الخصائصِ الفردية للشخصِ وطبيعة إعاقته وحالته الصحية. وثبات روتين أنماط الحياة اليومية، وانخفاض مستوى النشاط البدني لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية مقارنةً بأقرانهم ذوي النمو الطبيعي. وعلاوة على ذلك يُظهر التلفزيون ووسائل

الإعلام تأثيرًا سلبيًا على الخياراتِ الغذائية للأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية أكثر من أقرانهم ذوي النمو الطبيعي، بسبب الحملات الإعلانية والتجارية، إما عن طريق تحفيز الجوع، أو تشجيع الأطفال على استهلاكِ الأطعمة المحددة التي يتم الترويج لها.

وتتفقُ هذه النتيجةُ مع نتائج دراسة بيدرمان وآخرون (٢٠٠٧) Biederman et al. عندما قارنت الإناث ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة مع الإناث ذوي النمو الطبيعي ووجدت أن ١٦٪ (n = 20) من عينةِ اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة يعانون من اضطرابٍ في عاداتِ الأكل مقارنةً بـ ٥٪ (n = 5) من الإناثِ ذوي النمو الطبيعي.

بينما لا توجدُ فروق ذات دلالة إحصائية في عاداتِ الأكل بين الأطفال الإناث ذوي النمو الطبيعي والأطفال الإناث ذوي اضطراب طيف التوحد، والإناث ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال الإناث ذوي اضطراب طيف التوحد والإناث ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال الإناث ذوي اضطراب طيف التوحد والإناث ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، ويمكنُ تفسيرُ هذه النتيجةُ بأن المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية متجانسةُ تمامًا، وينتمي الأطفالُ المشاركين إلى خلفياتٍ ثقافية/ اجتماعية واحدة، وتحظى الإناثُ ذوو الاضطرابات النمائية وذوو النمو الطبيعي على حدٍ سواء باهتمامٍ ورعايةٍ متميزة، فالعواملُ الاقتصاديةٌ تلعبُ دورًا هامًا في تحديدِ عاداتنا الغذائيةٌ وتقريرٌ نوعيةٌ الأغذيةٌ المتناولة. أيضًا عدم وجود برامج للتدريبِ على عاداتِ الأكل الصحية لتحسينِ تغذية الأطفال وزيادة النشاط الفيزيائي في مرحلةِ الطفولة المبكرة، ربما لأن الكثير منها يتطلبً وقتًا كبيرًا للمعلمِ وتدريبًا على التنفيذِ الناجح.

## نتـــائـــجُ الفـــرضُ الثـــالـــث:

ينصُ الفرضُ على أنه "توجدُ فروق ذات دلالة إحصائية على مقياسِ عادات الأكل بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوو النمو الطبيعي وفقاً لمتغيرِ العمر (٤-٦)، (٧-١٠)". وللتحققِ من صحةِ هذا الفرضُ تم استخدام تحليل التباين الأحادي، والجدولُ (٢٢) التالي يوضحُ المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلِ مجموعة:

**جدولُ (٢٢) المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعيارية للمجموعاتِ الأربع**

| المجموعاتُ / المقياسُ | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي (٤-٦) ن=٧٣ | | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد (٤-٦) ن=١٥ | | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية (٤-٦) ن= ١٣ | | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه (٤-٦) ن=٢٠ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | م | ع | م | ع |
| عاداتُ الأكل | ١١١,٠١ | ١٤,٧٢ | ١٠٦,٤٦ | ٦,٠٦ | ١٠٣,٦١ | ١١,١٠ | ٩٩,٦٥ | ٥,٢٤ |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

**جدولُ (٢٣) تحليلُ التباينُ الأحادي الاتجاه للفروق بين المجموعاتِ الأربع على مقياسِ عادات الأكل**

| المقياسُ | مصدرُ التباين | مجموعُ المربعات | د.ح | متوسطُ المربعات | قيمةُ ف | مستوى الدلالةُ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عاداتُ الأكل | بين المجموعات | ٢٣٣٦,٦٢٩ | ٣ | ٧٧٨,٨٧٦ | ٥,٠٢٨ | ٠,٠٥ |
| | داخل المجموعات | ١٨١٢٤,٣٤٧ | ١١٧ | | | |
| | المجموعُ | ٢٠٤٦٠,٩٧٥ | ١٢٠ | ١٥٤,٩٠٩ | | |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائي للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من جدولِ (٢٣) أن قيمةَ "ف" للفروقِ بين متوسطاتِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل لدى الأعمار (٤-٦) بلغت (٥,٠٢٨) وهي قيمةُ دالة عند مستوى (٠,٠٥)، مما يعني صحةُ الفرض (بشكلٍ جزئي كما سيظهرُ لاحقاً). ولتحديدِ اتجاه الفروق بين متوسطاتِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي، وذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، تم استخدامُ اختبار "شافيه"، والجدولُ (٢٤) التالي يوضحُ ذلك:

**جدولُ (٢٤) نتائجُ اختبار شافيه لدلالةِ الفروق بين المتوسطاتِ لمجموعاتِ المقارنة الأربع**

| المقياسُ | مجموعاتُ المقارنة | المتوسطُ | فروقُ المتوسطاتُ والدلالة | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| عاداتُ الأكل | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي | ١١١,٠١ | - | - | - | - |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد | ١٠٦,٤٦ | ٤,٥٤ | - | - | - |
| | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية | ١٠٣,٦١ | ٧,٣٩ | ٢,٨٥ | - | - |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة | ٩٩,٦٥ | *١١,٣٦ | ٦,٨١ | ٣,٩٦ | - |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

ويتضحُ من الجدولِ (٢٤) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي، وذوي اضطرابِ قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي في عاداتِ الأكل، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وبين الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وفقاً لمتغير العمر (٤-٦) سنوات.

كما قام الباحثان بحسابِ الفروق بين المجموعاتِ الأربع في متغيرِ العمرِ من (٧-١٠) سنوات. باستخدامِ تحليل التباين الأحادي، والجدولُ (٢٥) التالي يوضحُ المتوسطاتُ والانحرافات المعيارية لكلِ مجموعة:

**جدولُ (٢٥) المتوسطاتُ والانحرافاتُ المعيارية للمجموعاتِ الأربع**

| المجموعاتُ المقياسُ | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي (٧-١٠) ن=٣٢ | | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد (٧-١٠) ن=٢٣ | | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية (٧-١٠) ن= ١٧ | | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه (٧-١٠) ن=١٠ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | م | ع | م | ع |
| عاداتُ الأكل | ١١٢,٣٧ | ٨,٤٥ | ١٠٣,٥٦ | ١١,٤٩ | ١٠٧,٨٢ | ١١,٢٢ | ١٠١,٣٠ | ١٢,٠٦ |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

**جدولُ (٢٦) تحليلُ التباينُ الأحادي الاتجاه للفروقِ بين المجموعاتِ الأربع على مقياسِ عادات الأكل**

| المقياسُ | مصدرُ التباين | مجموعُ المربعات | د.ح | متوسطُ المربعات | قيمةُ ف | مستوى الدلالةُ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عاداتُ الأكل | بين المجموعات | ١٥٠١,٧٨٩ | ٣ | ٥٠٠,٥٩٦ | ٤,٦٢٢ | ٠,٠٥ |
| | داخل المجموعات | ٨٤٤٧,٧٢٣ | ٧٨ | | | |
| | المجموعُ | ٩٩٤٩,٥١٢ | ٨١ | ١٠٨,٣٠٤ | | |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

يتضحُ من جدولِ (٢٦) أن قيمةَ "ف" للفروقِ بين متوسطات الأطفال ذوي النمو الطبيعي، والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، واضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل وفقاً لمتغير العمر (٧–١٠) سنوات بلغت (٤,٦٢٢) وهي قيمةٌ دالةٌ عند مستوى (٠,٠٥)، وهذا يعني وجود فروق ذات دلالةٍ إحصائية في عاداتِ الأكل بين الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية (الإعاقة الفكرية، اضطراب طيف التوحد، اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة)، وبينهم وبين أقرانهم ذوي النمو الطبيعي وفقاً لمتغير العمر (٧–١٠) سنوات، ولتحديدِ اتجاه الفروق بين متوسطاتِ الأطفال ذوي النمو الطبيعي، وذوي اضطراب طيف التوحد، وذوي الإعاقة الفكرية، وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة تم استخدامُ اختبارُ "شافيه"، والجدولُ (٢٧) التالي يوضحُ ذلك:

**جدولُ (٢٧) نتائجُ اختبارُ شافيه لدلالةِ الفروقِ بين المتوسطات لمجموعاتِ المقارنةِ الأربع**

| المقياسُ | مجموعاتُ المقارنة | المتوسطُ | فروقُ المتوسطاتِ والدلالةُ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ١ | ٢ | ٣ | ٤ |
| عاداتُ الأكل | الأطفالُ ذوو النمو الطبيعي | ١١٢,٣٧ | – | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب طيف التوحد | ١٠٣,٥٦ | *٨,٨٠ | – | – | – |
| | الأطفالُ ذوو الإعاقة الفكرية | ١٠٧,٨٢ | ٤,٥٥ | ٤,٢٥ | – | – |
| | الأطفالُ ذوو اضطراب قصور الانتباه | ١٠١,٣٠ | *١١,٠٣ | ٢,٢٦ | ٦,٥٢ | – |

**المصدر**: التحليلُ الإحصائيُ للبياناتِ باستخدامِ SPSS ن = (٢٠٣) طفلاً.

ويتضحُ من الجدولِ (٢٧) أن هناك فروق ذات دلالةٍ إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لصالحِ الأطفال ذوي النموِ الطبيعي في عاداتِ الأكل، ووجود فروق ذات دلالةٍ إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لصالحِ الأطفالِ ذوي النمو الطبيعي في عاداتِ الأكل، بينما لا توجد فروق ذات دلالةٍ إحصائية بين الأطفالِ ذوي النموِ الطبيعي والأطفال ذوي الإعاقةِ الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطرابِ طيفِ التوحد والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيفِ التوحد والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في عاداتِ الأكل وفقاً لمتغير العمر (٧–١٠) سنوات.

## مناقشـــةُ وتفســـيرُ نتـــائـــج الفـــرض الثـــالث:

هذه النتيجةُ متوقعة نظرًا لأن عاداتُ الأكل الصحية تنطوي في الغالب على منظورِ العجز في المهاراتِ الفردية من خلالِ التركيز على ما يفتقر إليه الشخص أو يجد صعوبةً في تحقيقه، من خلالِ تطوير الكفاءة، والمسؤولية الفردية، والقدرة على التكيف، من ثم يلعبُ العمر دورًا مؤثرًا في عاداتِ الأكل أي أنه كلما كَبُرَ الأطفال ذوو النمو الطبيعي زادت قدرتهم على اكتسابِ عادات الأكل الصحية، وهذا لا يكون مع الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. كما أن النموِ في القدراتُ اللغوية والمعرفيةِ لدى الفئة العمرية الأكبر سنًا تساعدهم على فهمِ التعليمات والتوجيهات (Maguire & Abel, 2013)، ويعد ذلك أمرًا منطقيًا إذا ما قارنا سلوكيات الأطفال الصغار بسلوكياتِ الأطفال الكبار، فغالبًا ما يميلُ الأطفالُ الصغارُ إلى إظهارِ سلوكيات رفض الطعام، والعدوانية، والصراخ، والحركة، وغيرها من السلوكياتِ غير المناسبة أكبر من السلوكياتِ التي يُظهرها الأطفالُ الكبار. ومن المثيرِ للاهتمامِ، أن عدمَ التفاعل مع الأقرانِ يعيق تعلم عادات الأكل السليمة، مثل الاستخدام الصحيح للملعقةِ أو القدرة على تناولِ الطعام بشكلٍ مستقل. كما أنه يُمكنُ أن تؤدي التغييراتُ النمائية والأحداثُ الضاغطة والتحدياتُ إلى القصورِ في عاداتِ الأكل الصحية لدى الأطفالِ ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وذوي اضطراب طيفِ التوحد. وفي هذا الصدد يذكر براون وآخرون (٢٠١٠) Brown et al. أن مسببات مشكلات الأكل في الطفولةِ معقدة على الأرجحِ بسببِ العواملِ البيولوجية، والعجزُ في حركةِ الفم، والعوامل البيئية، والمعالجةُ الحسية، أو القدرةُ على الدمج، ومعالجةُ المدخلات الحسية مثل المعلومات البصرية أو الشمية أو الذوقية، وقد تم التكهنُ أيضًا بأنها تؤثرُ على عاداتِ الأكل.

وهذه النتيجةُ تتماشى مع النتائجِ التي توصل لها فورمان وآخرون (٢٠٠٩) Forman et al. أن سنَ الأطفال بين ٤-٦ سنوات عاملُ مهمُ في تحديدِ قدرتهم على تذكرِ الأداء ومعرفة المهام. وتتفقُ هذه النتيجةُ أيضًا مع نتائج دراسة فيسوكر ورفاقه (٢٠١٩) Vissoker et al. حيث وجدت تأثيرًا كليًا للعمرِ فقط في السلوكِ النمطي خلال تناول الطعام لدى الأطفالِ الأكبر سنًا ذوي اضطراب طيف التوحد أكثر من الأطفالِ الأصغرِ سنًا، إلا أن الأطفالَ الأصغر سنًا أكلوا أطعمةً

متنوعة أكثر من الأطفالِ الأكبر سنًا في غالبيةِ المجموعات الغذائية، باستثناءِ المشروباتِ والوجباتِ الخفيفة واللحوم، كما تتفقُ مع دراسةِ باندیني وآخرون (Bandini et al., 2017) حيثُ أظهرت النتائجُ أن الأطفالَ ذوو اضطراب طيف التوحد لديهم انتقائية الطعام وفقاً للعمر (٦,٨ – ١٣,٢ سنة)، على الرغمِ من تحسنِ رفض الطعام، وزيادة إجمالية في أنواع الطعام (أكل عدد من الأطعمة)، كذلك تتفقُ مع دراسة فيكيو ورفاقه (Vecchio et al., 2014) التي أظهرت نتائجها أن العمرَ عاملُ أساسيُ في تطويرِ الانتماءِ النفسي والعاطفي لعاداتِ الأكل وذلك بسبب القدرات المرتبطة بأداءِ التدريبات المعرفية في اختيارِ أنماطٍ محددةٍ من الطعام، وتتفقُ أيضاً هذه النتيجة مع نتائج دراسة ديولوردي وآخرون (٢٠١٤) .Diolordi et al التي وجدت فرقًا كبيرًا في استهلاكِ الغذاء (تكرار الغذاء) وسلوك الأكل بين الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد ممن تراوحت أعمارهم بين ٦–٩,٥ سنوات وأقرانهم ذوو النمو الطبيعي لصالحِ الأطفال ذوو النمو الطبيعي، ودراسة كليمبل وآخرون (٢٠١٣) .Klempel et al التي أظهرت وجود علاقة مرتفعة بين الأكلِ الصحي الوالدي والتفضيلات الغذائية لدى الأطفالِ الأكبر سنًا والمراهقين الأصغر سنًا.

بينما تختلفُ هذه النتيجةُ مع بعض نتائج دراسة (Vissoker et al., 2019) التي أكدت أن الأطفالَ ذوو النمو الطبيعي الأصغرُ سنًا لديهم انتقائية الطعام مرتفعة، وذوي اضطراب طيف التوحد يستهلكون أطعمةً صحيةً أقل مع تقدم العمر. كما تختلف مع نتائج دراسة (٢٠١٧) Qaraqish التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالةٍ بين مشكلاتِ تناولُ الطعام لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد وبين متغير العمر لصالحِ الأطفال الصغار ممن تراوحت أعمارهم ما بين ست سنوات وأقل من عشرةِ سنوات. ودراسة بيجلي وآخرون (٢٠١٣) .Beighley et al التي أظهرت أن العمرَ لم يكن مؤشرًا جوهريًا لانعدامِ انتقائية الطعام لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيفِ التوحد عبر الطفولة.

كما بيّنت النتائجُ عدم وجود فروق ذات دلالةٍ إحصائية في عادات الأكل بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة وفقاً لمتغير

العمر (٤-٦) و(٧-١٠) سنوات، وقد يُعزى السببُ في ذلك إلى عدمِ وجود فارق كبير في درجةِ الاضطرابِ لدى الأطفالِ في عينةِ البحث حيثُ اقتصرت على الإعاقةِ البسيطةِ دون المتوسطة أو الشديدة أو الحادة. كما يُمكنُ القول إن الإرشادَ حول الأكل الصحي واكتساب عادات وسلوكيات الأكل تنتقل خلال تفاعلات الوالدين مع الطفل والأسرة في أوقاتِ الوجباتِ في سنٍ مبكرة وتستمرُ مدى الحياة. وفي هذا السياقُ أشار ماكبرايد وديف (٢٠١٤) McBride & Dev إلى تأثيرِ الوالدين على الطفلِ (ذي النمو الطبيعي، وذي الاضطرابات النمائية) في نوعيةِ الاستهلاك الغذائي، وعلى الأكلِ في السنِ المبكر، ورهابُ الأطفال من الأطعمةِ الجديدة (أي الخوفُ من محاولةِ الأطعمة الجديدة) وتقييدُ الوصول إلى بعضِ الأطعمة، وبالتالي فمن الممكن أن يكونَ للوالدينِ سيطرةُ أكبر على طفلهما في تعلمِ واكتسابِ عاداتِ الأكل الصحية عندما كان لا يزال طفلاً، رغم أن هذا قد يتغيرُ مع النموِ العام. ومن المرجحِ أن يكون تشابه الخصائص الأسرية والعادات الغذائية في المحيطِ الثقافي لعينةِ البحث عاملاً رئيسياً في تطويرِ سلوكيات الأكل، بما في ذلك الأكل الصحي والتفضيلاتَ الغذائية وسلوكياتُ الأكل من قِبل أفراد العائلة عوامل مهمة على الأرجحِ لتطويرِ عاداتِ الأكل للأطفالِ والشبابِ البالغين على حدٍ سواء (Klempel et al., 2013). وتشيرُ بعضُ الأبحاثِ إلى أن الأفرادَ ذوي الإعاقات النمائية يلتزمون بنظامٍ غذائي غير صحي، وأن هذه المشكلاتُ تستمرُ في الغالبِ إلى مرحلةِ البلوغ (Fodstad & Matson, 2008). كما أن الأفرادَ ذوي الإعاقة الفكرية لديهم فهم محدود للخياراتِ الغذائية الصحية (George et al., 2011).

## التـــــوصيـــــاتُ:

- تلعبُ الأسرةُ دوراً حاسماً في خلقِ عاداتِ أكلٍ صحية، ويجبُ تثقيفها لتشجيعِ الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية والأطفال ذوي النمو الطبيعي على تناولِ الأطعمة الصحية.
- تعديلُ البيئةُ الغذائية للأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية والأطفال ذوي النمو الطبيعي لتشجيعِ الأطعمة الصحية باعتبارها أكثرُ ملاءمةً وجاذبيةً وعادية لتحسينِ عاداتِ الأكل.
- يجبُ إحالةُ الأطفالِ الذين يُظهِرون انتقائيةً غذائيةً إلى اختصاصي تغذية مُسجل أو فريق متعدد التخصصات لتحسينِ النظام الغذائي.

**بحوثٌ مقترحة**:

- إجراءُ دراسة لتحديدِ دور المعلم/ـة في تعزيزِ عاداتِ الأكل الصحية لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية والأطفال ذوي النمو الطبيعي.
- دراسةُ الأسباب الكامنة وراء مشكلات وأنماط الأكل لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية.
- من المستحسنِ أن تتناولَ الدراساتُ المستقبليةُ الخصائصَ الحسية المختلفةَ للموادِ الغذائية مثل الملمسِ والرائحةِ واللون والطعمِ للحصولِ على مزيدٍ من التفاصيلِ ومعلوماتٍ موضوعيةٍ عن المدخولِ الغذائي لدى الأطفالِ ذوي الاضطرابات النمائية والأطفال ذوي النمو الطبيعي.

**نسبة مشاركة الباحثان**:

شاركَ الباحثان بنصيبٍ متساوٍ في إعدادِ وتصميمِ وتنفيذِ هذا البحث بالكاملِ، من حيث البحث في الأدبياتِ وإعداد الإطار النظري، وتقديم ملخص للدراساتِ السابقة، وجمع وتفسير البيانات، وكتابة البحث بشكله النهائي.

# المـــــــراجـــــــعُ

ALBashtawy, M. (2015). Exploring the reasons why school students eat or skip breakfast. *Nursing Pediatric and Young People, 27*(6), 16–22.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2018). *Definition of intellectual disability*. Retrieved from http://aaidd.org/intellectual-disability/ definition#.We4Egkdrx-U.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Pub.

Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S., Evans, E. W., Scampini, R., et al. (2010). Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *The Journal of Pediatrics, 157*(2), 259–264.

Bandini, L. G., Curtin, C., Phillips, S., Anderson, S. E., Maslin, M., & Must, A. (2017). Changes in food selectivity in children with autism Spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(2), 439–446.

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.

Beighley, J. S., Matson, J. L., Rieske, R. D., & Adams, H. L. (2013). Food selectivity in children with and without an autism spectrum disorder: Investigation of diagnosis and age. *Research in Developmental Disabilities, 34*(10), 3497–3503.

Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Surman, C. B., Johnson, J. L., & Zeitlin, S. (2007). Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *28*(4), 302-307.

Brown, T., Morrison, I. C., & Stagnitti, K. (2010). The convergent validity of two sensory processing scales used with school-age children: Comparing the sensory profile and the sensory processing measure. *New Zealand Journal of Occupational Therapy, 57*, 56–65.

Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(2), 98-111.

Chistol, L. T., Bandini, L. G., Must, A., Phillips, S., Cermak, S. A., & Curtin, C. (2018). Sensory sensitivity and food selectivity in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(2), 583–591.

Curtin, C., Pagoto, S. L., & Mick, E. (2013). The association between ADHD and eating disorders/pathology in adolescents: a systematic review. *Open Journal of Epidemiology*, *3*, 193-202.

Diolordi, L., del Balzo, V., Bernabei, P., Vitiello, V., & Donini, L. M. (2014). Eating habits and dietary patterns in children with autism. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *19*(3), 295-301.

Dougherty, C. C., Evans, D. W., Myers, S. M., Moore, G. J., & Michael, A. M. (2016). A comparison of structural brain imaging findings in autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology review*, *26*(1), 25-43.

Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics 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 & Physical Disabilities*, *20*, 541-550.

Forman, J., Halford, J. C., Summe, H., MacDougall, M., & Keller, K. L. (2009). Food branding influences ad libitum intake differently in children depending on weight status. Results of a pilot study. *Appetite*, *53*(1), 76-83.

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*, 1054-1063.

Gibson, J. C., Temple, V. A., Anholt, J. P., & Gaul, C. A. (2011). Nutrition needs assessment of young Special Olympics participants. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *36*, 268-272.

Grumstrup, B. M., & Demchak, M. (2019). Parents of Children with Significant Disabilities Describe Their Children's Eating Habits: A Phenomenological Study. *The Qualitative Report*, *24*(1), 113-129.

Haveman, M., Perry, J., Salvador-Carulla, L., Walsh, P. N., Kerr, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., ... & Cara, A. C. (2011). Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: results of the European POMONA II study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *36*(1), 49-60.

Havercamp, S. M., Tassé, M. J., Navas, P., Benson, B. A., Allain, D., & Manickam, K. (2017). Exploring the weight and health status of adults with Down syndrome. *Journal of Education and Training Studies*, *5*(6), 97-108.

Heller, T., McCubbin, J. A., Drum, C., & Peterson, J. (2011). Physical activity and nutrition health promotion interventions: What is working for people with intellectual disabilities?. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *49*, 26-36.

Howard, A. L., Robinson, M., Smith, G. J., Ambrosini, G. L., Piek, J. P., & Oddy, W. H. (2011). ADHD is associated with a "Western" dietary pattern in adolescents. *Journal of attention disorders, 15*(5), 403-411.

Johnson, C. R., Handen, B. L., Mayer-Costa, M., & Sacco, K. (2008). Eating habits and dietary status in young children with autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *20*(5), 437-448.

Klempel, N., Kim, S. K., Wilson, M., & Annunziato, R. A. (2013). A measure of family eating habits: Initial psychometric properties using the profile pattern approach (PPA). *Eating behaviors, 14*(1), 7-12.

Koster, E. P. (2009). Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. *Food Quality and preference, 20*(2), 70–82.

Kral, T. V., Eriksen, W. T., Souders, M. C., & Pinto-Martin, J. A. (2013). Eating behaviors, diet quality, and gastrointestinal symptoms in children with autism spectrum disorders: a brief review. *Journal of pediatric nursing*, *28*(6), 548-556.

Ma, N., Thompson, C., & Weston, S. (2016). Brief report: Scurvy as a manifestation of food selectivity in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(4), 1464–1470.

Maguire, M. J., & Abel, A. D. (2013). What changes in neural oscillations can reveal about developmental cognitive neuroscience: Language development as a case in point. *Developmental cognitive neuroscience*, *6*, 125-136.

Matson, J. L., & Fodstad, J. C. (2009). The treatment of food selectivity and other feeding problems in children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*(2), 455–461.

McBride, B. A., & Dev, D. A. (2014). Preventing childhood obesity: Strategies to help preschoolers develop healthy eating habits. *Young Child*, *69*(5), 36-42.

Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment, 2011*, 541926.

Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(12), 1045-1057.

Neal, D. T., & Wood, W. (2007). Automaticity in situ. Direct context cuing of habits in daily life. In J. A. Bargh, P. Gollwitzer, & E. Morsella (Eds.), *Psychology of action (pp. 442-457). Mechanisms of human action.* Oxford University Press: London.

Nicholls, D. E., Lynn, R., & Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry, 198*(4), 295-301.

Nickel, K., Maier, S., Endres, D., Joos, A., Maier, V., Tebartz Van Elst, L., & Zeeck, A. (2019). Systematic review: Overlap between eating, autism spectrum and attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 708.

Ptacek, R., Stefano, G. B., Weissenberger, S., Akotia, D., Raboch, J., Papezova, H., ... & Goetz, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 571-579.

Qaraqish, S. R. (2017). Feeding problems in children with Autism Spectrum Disorders and its relationship with some variables. *International Journal for Research in Education*, *41*(3), 196-218.

Rastam M. (2008). Eating disturbance and autism spectrum disorder with focus on adolescent and adult years. *Clin Neuropsychiatry*, 31–42.

Råstam, M., Täljemark, J., Tajnia, A., Lundström, S., Gustafsson, P., Lichtenstein, P., ... & Kerekes, N. (2013). Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a nationwide twin study of 9-and 12-year-old children. *The Scientific World Journal*, *2013*, Article ID 315429, 7 pages, http://dx.doi.org/10.1155/2013/315429.

Reinblatt, S.P.; Mahone, E.M.; Tanofsky-Kra_, M.; Lee-Winn, A.E.; Yenokyan, G.; Leoutsakos, J.M.; Moran, T.H.; Guarda, A.S.; Riddle, M.A. (2015). Pediatric loss of control eating syndrome: Association with attention-deficit/ hyperactivity disorder and impulsivity. *Int. J. Eat. Disord*, *48*, 580–588.

Sari, H.Y. & Bahceci, B. (2012), "Nutritional status of children with an intellectual disability". *International Journal on Disability and Human Development*, *11*, 17–21.

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.

Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., Nuhu, N. N., Marvel, E., Saulnier, C. A., ... & Jaquess, D. L. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of autism and developmental disorders*, *43*(9), 2159-2173.

South, F., Taylor, C., Darby, H., Upton, P., & Upton, D. (2012). What do Lunchtime Staff Think About Children's Eating Habits Following a Healthy Eating Intervention?. *Education and Health*, *30*(4), 108-112.

Suarez, M. A., Nelson, N. W., & Curtis, A. B. (2014). Longitudinal follow-up of factors associated with food selectivity in children with autism spectrum disorders. *Autism*, *18*(8), 924–932.

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics*, *13*(8), 537-551.

Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, *68*(7), 714-723.

Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating behaviors*, *9*(3), 360-365.

Vecchio, M. G., Ghidina, M., Gulati, A., Berchialla, P., Paramesh, E. C., & Gregori, D. (2014). Measuring brand awareness as a component of eating habits in Indian children: The development of the IBAI questionnaire. *The Indian Journal of Pediatrics*, *81*(1), 23-29.

Verplanken, B., &Wood,W. (2006). Interventions to break and create consumer habits. *Journal of Public Policy & Marketing*, *25*(1), 90–103.

Vissoker, R. E., Latzer, Y., Stolar, O., Rabenbach, A., & Gal, E. (2019). Eating problems and patterns among toddlers and young boys with and without autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *59*, 1-9.

Wentz, E., Björk, A., & Dahlgren, J. (2019). Is There An Overlap Between Eating Disorders and Neurodevelopmental Disorders in Children with Obesity?. *Nutrients*, *11*(10), 2496.

Woo, H. D., Kim, D. W., Hong, Y. S., Kim, Y. M., Seo, J. H., Choe, B. M., ... & Lee, J. H. (2014). Dietary patterns in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Nutrients*, *6*(4), 1539-1553.

Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(10), 1036-1043.

Zimmer, M. H., Hart, L. C., Manning-Courtney, P., Murray, D. S., Bing, N. M., & Summer, S. (2012). Food variety as a predictor of nutritional status among children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(4), 549–556. https://doi. org/10.1007/s10803-011-1268-z.

Zobel-Lachiusa, J., Andrianopoulos, M. V., Mailloux, Z., & Cermak, S. A. (2015). Sensory differences and mealtime behavior in children with autism. *American Journal of Occupational Therapy, 69*, 1–8.