مجلة العلوم التربوية، المجلد 26، العدد (1)، ص ص 199 - 219، الرياض (2014م/ 1435هـ)

الخصائص السيكومترية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد

أحمد عبد العزيز التميمي[1]، السيد علي سيد أحمد[2]

جامعة الملك سعود

(قدم للنشر في 10/ 03/ 1434هـ؛ وقبل للنشر في 05/ 06/ 1434هـ)

«بحث مدعوم من عمادة البحث العلمي بجامعة الملك سعود»

المستخلص: يهدف البحث الحالي إلى بناء أداة لقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والتعرف على خصائصها السيكومترية على عينة من البيئة السعودية، وتكونت عينة الدراسة النهائية من (122) طفلاً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8 - 12) سنة، بمتوسط عمري قدره (10.28) سنة، وانحراف معياري (1.439)، منهم (85) ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بشرق الرياض، و(37) ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بغرب الرياض. واستخلصت نتائج الدراسة أن مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات في البيئة السعودية، وهذا يعني إمكانية استخدامه في تحديد الأطفال السعوديين ذوي التوحد الذين يعانون من مشكلات تناول الطعام وتشخيصهم.

الكلمات المفتاحية: معامل الصدق، معامل الثبات، التحليل العاملي الاستكشافي.

Psychometric Characteristics of Tool for Assessing Eating Problems among Autistic Students

Ahmed A. Altamimi[1], and Alsayed A. Sayed Ahmad[2]

King Saud University

(Received 22/01/2013; accepted 15/04/2013)

Abstract: The present study aims to develop a tool for assessing eating problems among autistic students and identify its psychometric characteristics on a sample in the Saudi environment. The final sample of the study consisted of (122) eight-to-twelve students (age average 10.28., S.D. = 1.439), (85) of them enrolled in Eastern Riyadh Intellectual Education Institute, and (37) of them enrolled in Western Riyadh Intellectual Education Institute. The study found that the eating problems among autistic students scale is highly valid and reliable in the Saudi environment, and therefore can be used in discovering and diagnosing Saudi autistic students with eating problems.

Key Words: the truth factor, the stability factor, Exploratory factor Analysis.

---

(1) أستاذ مشارك، بقسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
الرياض، المملكة العربية السعودية، ص ب (2458)، الرمز البريدي (11451)
البريد الإلكتروني: tamimi33@hotmail.com

(2) أستاذ مشارك، بقسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

(1) Associate Professor, Department of Special Education, College of Education, King Saud University. Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, P.O. Box (2458) , Postal Code: (11451)
e-mail: tamimi33@hotmail.com

(2) Associate Professor, Department of Special Education, College of Education, King Saud University.

مقدمة:

تعد مشكلات تناول الطعام من أهم المشكلات التي تنتشر بين الأطفال؛ حيث يصل معدل انتشارها بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي ما بين (25٪ – 35٪)، بينما ترتفع هذه النسبة إلى (80٪) بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (Schreck, Williams & Smith, 2004; Keen, 2008).

وتكمن خطورة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تأثيرها السلبي على عملية تغذيتهم؛ لأن هذه المشكلات تحد من كمية الطعام الذي يتناولونه ونوعيته، مما يقلل من حصولهم على القدر الكافي منها اللازم للنمو السليم، وبالتالي يصبحون عرضة لمخاطر سوء التغذية (Seiverling; Williams & Sturmey, 2010) مثل فقر الدم، والسمنة، وزيادة الوزن، وتسوس الأسنان، وبعض الاضطرابات المعوية، والحساسية الغذائية (Williams, Dalrjmple & Neal, 2000) وتزداد مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يعانون من تأخر في نمو العضلات التي تتعلق بعملية تناول الطعام، مما يعرضهم لصعوبات كثيرة في عمليات البلع، ومسك أدوات المائدة، وإطعام أنفسهم (Luiselli, 1989)، كما أن صعوبات التواصل التي يعانون منها تعوقهم أيضاً عن إبداء تفضيلاتهم للطعام، من حيث ما يحبونه وما لا يحبونه (Prontnicki, 1995).

وبمراجعة الأدبيات المتاحة وجد الباحثان أن أهم مشكلات تناول الطعام التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد تتمثل فيما يلي:

1- ضعف أو تأخر مهارة إطعام الذات: يصف لوسيلي (Luiselli, 1989) ضعف مهارة إطعام الذات بأنها تشير إلى عدم قدرة الطفل على التقاط الطعام، أو نقله وإدخاله في الفم باستقلالية، سواء كان ذلك باستخدام أدوات المائدة الملائمة أو باستخدام الأيدي، وعلى الرغم من أن الأطفال العاديون يظهرون مهارات إطعام الذات بطريقة مستقلة بحلول الشهر الثامن عشر من أعمارهم الزمنية، إلا أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من ضعف أو تأخر واضح في هذه المهارات مقارنة بالأطفال العاديين الذين يكافئونهم في العمر الزمني (Gravestock, 2000; Rurangirwa, Van Naarden, Schendel, & Yeargin-Allsopp, 2006).

2- الاجترار: يشير الاجترار إلى الإعادة الإرادية من الفم للطعام الذي سبق للطفل تناوله، ولقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن معدل انتشار الاجترار بين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية يتراوح ما بين (6٪–10٪) تقريباً (Fredericks, Carr, & Williams, 1998)، والجدير بالذكر أن الأطفال الذين يقومون بالاجترار يكونون أكثر عرضة لسوء التغذية

(Luiselli, 1989; Matson & Kuhn, 2001).

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

4- تناول كمية قليلة من الطعام: على الرغم من أن بعض الأطفال ذوي اضطراب التوحد قد توجد لديهم مهارات إطعام الذات، إلا أنهم يتناولون كميات قليلة جداً من الطعام لا تكفي لسد احتياجات الجسم من العناصر الغذائية التي يحتاجها (Riordan, Iwata, Wohl, & Finney, 1984)، وبالتالي يكونون عرضة لتأثيرات سوء التغذية.

5- رفض الطعام: يُعرَّف رفض الطعام بأنه الحالة التي يمتنع فيها الطفل بإرادته عن تناول الطعام، مما يقلل من حصوله على السعرات الحرارية اللازمة لزيادة الوزن والنمو الطبيعي، ونظراً لأن رفض الطعام ينتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد فإن ذلك يعني أنهم يأكلون كميات قليلة من الطعام لا تكفي لسد احتياجاتهم الغذائية اللازمة للنمو (Field, Garland & Williams, 2003).

6- الانتقائية المفرطة للطعام: تعرف الانتقائية المفرطة للطعام بأنها تفضيل تناول عدد محدود من الأطعمة والإصرار عليها، ورفض أكل الأطعمة الجديدة التي لم يتناولها الطفل من قبل (Nicholls, Christie, Randall & Lask, 2001)، أو تناول أطعمة غير متنوعة (Munk & Repp, 1994)، وتعد مشكلة الانتقائية المفرطة للطعام أحد مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد، مما يجعل عملية تغذيتهم غير مناسبة لاحتياجاتهم الغذائية، وذلك يجعلهم عرضة لأعراض سوء التغذية (Luiselli, 1989; Munk & Repp, 1994).

7- السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام: وهي تشير إلى السلوكيات غير المرغوبة التي يقوم بها الطفل ذو اضطراب التوحد أثناء تناول الطعام، مما يقلل من كمية الطعام التي يتناولها مثل: البكاء، والصراخ، وكثرة الحركة أثناء تناول الطعام، وبصق الطعام، وترك المائدة قبل الانتهاء من تناول الطعام، ورمي الطعام من فوق المائدة (Seiverling, Williams & Sturmey, 2010).

8- مشكلات بيولوجية- كيميائية وغذائية: توصلت نتائج الدراسات السابقة إلى أن الأطفال ذوي

اضطراب التوحد يفتقرون إلى الإنزيمات اللازمة لتكسير بروتين الجلوتين gluten، وبروتين الكازين casein، ومركبات الببتيد peptides، وعدم هضم هذه المركبات ينتج عنه مركبات الأفيون المخدرة opioids، والتي يمكن أن تتخلل جدران الأمعاء وتنتقل إلى الدم وتعوق عمل الجهاز العصبي المركزي (Whitely, Rodgers, Savery & Shattock, 1999)، كما أن الخصائص الإدمانية الموجودة في مركبات الببتيد الأفيونية قد تؤدي إلى زيادة الشهية للأطعمة ذات المستويات العالية من بروتين الجلوتين والكازين، مما يؤدي إلى حدوث انتقائية شديدة لبعض أنواع الأطعمة (Strobel & Hourihane, 2001).

9- المشكلات الحسية: يُعاني معظم الأطفال ذوي اضطراب التوحد من حساسية شديدة في حاستي الشم والتذوق، وهذه الحساسية تزيل الطعم المشّوق للطعام، مما يؤدي إلى انتقائية هؤلاء الأطفال للطعام الذي يتناولونه من حيث القوام المقبول، والطعم، والرائحة (Prontnicki, 1995; Williams, Dalrymple, & Neal, 2000).

10- المشكلات السلوكية المصاحبة للتوحد: هناك بعض المشكلات السلوكية التي تنتشر بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتؤثر سلباً على نمو عادات تناول الطعام الصحيحة لديهم (Totsika, Hastings, Emerson, Lancaster & Berridge, 2001) مثل مشكلات التواصل التي تجعلهم لا يستطيعون التعبير عن حالات الجوع والشبع، وعما يحبونه وما لا يحبونه من أنواع الطعام (Prontnicki, 1995; Raiten & Massaro, 1986)، كما تجعلهم ينظرون للآخرين وللأشياء بنظرات خاطفة، مما يقلل من اكتسابهم لعادات تناول الطعام الصحيحة (Field, et al, 2003).

كما أن السلوك النمطي الذي يتسم به الأطفال ذوي اضطراب التوحد يجعلهم يقاومون بشدة أي تغيير يطرأ على حياتهم بما في ذلك رفضهم لتغيير أنواع معينة من الأطعمة التي يتناولها، ولذلك يستخدمون بشكل متكرر بعض الكلمات اللغوية في طلب أنواع محددة من الطعام، وقد يصرون على طلب نوع معين من الطعام، ويتناولونه بأدوات مائدة محددة (Cornish, 1998; Williams, Dalrymple & Neal, 2000).

وفضلاً عمَّا سبق فإن ضعف قدرة هؤلاء الأطفال على التقليد والمحاكاة تؤدي إلى ضعف قدرتهم على نمذجة سلوكيات تناول الطعام الصحيحة التي يقوم بها المحيطين بهم مثل الاستخدام الصحيح لأدوات المائدة، ومهارات إطعام الذات (Williams & Seiverling, 2010)، وجميع ما سبق يؤثر سلباً على حصولهم على القدر الكافي من الطعام اللازم لتغذيتهم.

ولقد قام الباحثان بمراجعة العديد من المجلات العلمية العربية والأجنبية، وكذلك مواقع الجامعات العربية والأجنبية على الإنترنت للوقوف على الدراسات

السابقة التي قامت ببناء أدوات لفحص مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ولم يجدا – في حدود علمهما – أية دراسات عربية تناولت هذا الموضوع ، وأما بالنسبة للدراسات الأجنبية فقد وجدا الباحثان أن أهم هذه الدراسات تمثلت فيما يلي:

في الدراسة التي أجراها كل من: أرشر، وروزينبوم، وسترينر (Archer, Rosenbaum & Streiner, 1991) عام (1991م) أعد الباحثون أداة أطلقوا عليها القائمة المنقحة لسلوك تناول الطعام لدى الأطفال Children's Eating Behavior Inventory-Revised (CEBI-R) من وجهة نظر الوالدين، وتتكون هذه القائمة من (40) عبارة، تتدرج الاستجابة عليها إلى خمسة مستويات، هي: أبداً، ونادراً، وأحياناً، وغالباً، ودائماً، وقد قام الباحثون بتطبيقها على أمهات (110) طفلاً ممن أحيلوا إلى عيادة طبيب الأطفال بسبب مشكلات تتعلق بسلوك تناول الطعام، وكان من بينهم أطفال يعانون من اضطراب التوحد، و(206) طفلاً من العاديين الذين لا يعانون من مشكلات في عملية تناول الطعام ولم يحالوا إلى هذه العيادات، ومن أهم النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة تمتع هذه القائمة بخصائص سيكومترية عالية مكنتها من تحديد الأطفال الذين يعانون من مشكلات في تناول الطعام في المجموعتين، كما كانت مشكلات تناول الطعام التي وجدت بين الأطفال الذين أحيلوا للعيادات الطبية بصفة عامة أكثر من تلك المشكلات لدى الأطفال الذين لم يحالوا إلى تلك العيادات.

وفي الدراسة التي قام بها هندي، وزملاؤه (Hendy, Williams, Camise, Eckman & Hedemann, 2009) أعد الباحثون صورة والدية لمقياس تناول الطعام Parent Mealtime Action Scale (PMAS) الذي تم تصميمه لقياس السلوك المشكل الذي يواجهه الوالدين عند إطعام طفلهم العادي أثناء عملية تناول الطعام ، وتتكون الصورة الوالدية لهذا المقياس من (31) عبارة تجيب عنها الأم أو من يقوم برعاية الطفل، وقد توصلت نتائج التحليلات الإحصائية إلى تمتعها بمعاملات صدق وثبات عالية.

وأما في الدراسة التي أجراها كريست، ونابيرفيليبس (Crist & Napier-Phillips, 2001) فقد أعد الباحثان مقياساً مكوناً من (35) عبارة يهدف إلى تقييم سلوك تناول الطعام Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale (BPFAS) لدى الأطفال صغار السن ذوي النمو الطبيعي الذين يحالون إلى العيادات الطبية بسبب صعوبات في تناول الطعام، وأيضاً لدى الأطفال ذوي التليف الكيسي cystic fibrosis وقد قام الباحثان بتطبيق هذا المقياس على أمهات (96) طفلاً من الأطفال العاديين صغار السن الذين يظهرون مشكلات سلوكية تتعلق بعملية تغذيتهم وتناولهم للطعام، وقد تراوحت الأعمار الزمنية لهؤلاء الأطفال ما بين (9) شهور إلى (7) سنوات، وقد أظهرت

نتائج التحليلات الإحصائية تمتع هذا المقياس بمعاملات صدق وثبات مرتفعة.

بينما صمم ماتسون، وكوهين (Matson & Kuhn, 2001) في دراستهما أداة لفحص وتقييم مشكلات تناول الطعام لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية Screening Tool of Feeding Problems (STEP)، وتتكون هذه الأداة من (23) عبارة أعدت لقياس مشكلات تناول الطعام لدى أفراد هذه الفئة، وقد قام الباحثان بتطبيق هذه الأداة على أمهات أو مقدمي الرعاية للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، وقد أظهرت النتائج تمتعها بمعاملات صدق وثبات عالية.

وفي الدراسة التي أجراها لوكنس (Lukens, 2002) قام الباحث ببناء قائمة لتقييم سلوك تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد The Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI)، حيث تكونت هذه القائمة من (20) عبارة تمثل المشكلات السلوكية التي تحدث لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد أثناء تناولهم للطعام، وقد تم تطبيق هذه القائمة على عينة من مقدمي الرعاية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، وقد توصلت نتائج التحليلات الإحصائية إلى تمتع هذه القائمة بمعاملات صدق وثبات مرتفعة تطمئن لاستخدامها في الكشف عن المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وفي عام (2008م) قام لوكنس بالاشتراك مع لينسكيد (Lukens & Linscheid, 2008) بدراسة أخرى هدفت إلى تطوير قائمة سلوك تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (BAMBI) والتحقق من صدقها وثباتها، وقد قام الباحثان بتطبيق هذه القائمة على أمهات (40) طفلاً ذوي نمو طبيعي، و(68) طفلاً يعانون من اضطراب التوحد، كما طبقوا معها مقياساً آخر لتقييم سلوك تناول الطعام Behavioral Pediatric Feeding Assessment Scale (BPFAS) ، بالإضافة إلى مقياس جيليام للتوحد Gilliam Autism Rating Scale، وقد أظهرت نتائج التحليلات الإحصائية تمتع قائمة سلوك تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (BAMBI) بدرجات عالية من الصدق والثبات، حيث كانت تتمتع باتساق داخلي مرتفع، وكانت هناك أيضاً معاملات ارتباط مرتفعة بين درجات التطبيق وإعادة التطبيق، بالإضافة إلى أن نتائج التحليل العاملي قد تجمعت على عامل واحد يشير إلى مشكلات تناول الطعام، وكذلك أظهرت النتائج صدق المحك مع مقياس سلوك الطعام، كما أوضحت نتائج التحليل العاملي أيضاً عدم تشبع عبارتين من عبارات هذه القائمة، وبذلك أصبح عدد عباراتها (18) عبارة فقط بدلاً من (20) عبارة.

وعلى أية حال يمكننا بعد هذا العرض الذي قدمناه للدراسات السابقة أن نستخلص منها ما يلي:

1 – أن بعض هذه الدراسات لم تصمم أداة خصيصاً لفحص مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد (Archer, Rosenbaum & Streiner, 1991; Crist & Napier-Phillips, 2001; Matson & Kuhn, 2001; Hendy, Williams, Camise, Eckman & Hedemann, 2009) لكن هذه الأدوات قد أعدت إما للأطفال العاديين أو ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام الذين يعانون من مشكلات في سلوك تناول الطعام، وبالتالي كانت عباراتها تمثل المظاهر السلوكية لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال بشكل عام (العاديين وغير العاديين)، ولذلك نجد أنها قد خلت من بعض العبارات الهامة الخاصة بمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والتي تختلف عن هذه المشكلات لدى كل من الأطفال العاديين، وذوي الإعاقات الأخرى مثل تفضيل الأطفال ذوي اضطراب التوحد للأطعمة المهروسة بسبب معاناة بعضهم من مشكلات في عملية المضغ، وكذلك مثل رفضهم للأطعمة الجديدة بسبب بعض أعراض اضطراب التوحد التي تتمثل في سلوكهم النمطي ومقاومتهم للتغيير، وأيضاً بسبب حساسيتهم الشديدة للشم والتذوق، مما يجعلهم يفضلون أو يرفضون أطعمة بعينها ذات رائحة أو نكهة معينة، وفضلاً عمَّا سبق فإن الأصوات التي تحدثها الأطعمة الجافة والمقرمشة قد تزعج بعض الأطفال، مما يجعلهم يفضلون الأطعمة اللينة والمهروسة.

2 – بالنسبة إلى قائمة تقييم سلوك تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد The Brief Autism Mealtime Behavior Inventory (BAMBI) فعلى الرغم من أنها تعد من أفضل الأدوات التي أعدت للكشف عن المظاهر السلوكية التي تتعلق بمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؛ لأنها قد أعدت خصيصاً للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وفضلاً عن تمتعها بمعاملات صدق وثبات مرتفعة، إلا أنها يؤخذ عليها قلة عدد عباراتها، والتي جاءت (20) عبارة في الدراسة الأولى، و(18) عبارة في الدراسة الثانية بعد التنقيح، ولذلك فإنها لم تحتوِ على العديد من المظاهر السلوكية التي تتعلق بمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والتي توصلت إليها بعض الدراسات السابقة في نتائجها منها – على سبيل المثال وليس الحصر – مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام وفقاً للون والطعم والرائحة، وكذلك المشكلات التي تتعلق بالنمطية التي يعاني منها الأطفال ذوي التوحد مثل الأكل في طبق معين وبأدوات مائدة معينة، والإصرار على أنواع طعام محددة، وغيرها من المشكلات التي ترتبط بأعراض اضطراب التوحد (Ahearn, Castine, Nault, and Green, 2001; Field et al., 2003; Schreck, Williams & Smith, 2004; Schreck and Williams, 2006; Johnson, Handen, Mayer-Costa & Sacco, 2008)

مما يتطلب بناء أداة جديدة تتمشى مع أهداف البحث الحالي، وتغطي المظاهر السلوكية لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد.

مشكلة البحث:

على الرغم من أن معدل انتشار مشكلات تناول الطعام بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد يصل إلى (80٪) تقريباً (Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001) لدرجة أن بعض الباحثين اعتبروا أن هذه المشكلات تعد بمثابة خاصية لاضطراب التوحد (Raiten & Massaro, 1986)، إلا أن تقييم هذه المشكلات وتحديدها لدى أفراد هذه الفئة لم يحظ بالاهتمام الكافي.

وتتمثل أهم مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في مشكلات رفض الطعام (Field, Garland & Williams, 2003)، والانتقائية المفرطة لبعض أنواعه وفقاً لنوع الطعام، أو قوامه، أو رائحته، بل إن بعضهم يفضل تناول نوع (صنف) معين من الطعام ويتمسك به، أو يتناول الطعام في إناء محدد، أو أن يقدم له الطعام بطريقة معينة (Williams, Dalrymple & Neal, 2000; Ahearn, Castine, Nault & Green, 2001; Schreck, Williams & Smith, 2004; Schreck & Williams, 2006) فضلاً عن السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام التي يقومون بها مثل البكاء، والصراخ، وكثرة الحركة أثناء تناول الطعام، بالإضافة إلى السلوكيات غير المرغوبة مثل بصق الطعام خارج الفم، وترك المائدة قبل الانتهاء من الأكل، ورمي الطعام من فوق المائدة (Luiselli, 1989)، وتقيء الطعام، والحساسية لبعض أنواعه (Croen, Najjar, Ray, Lotspeich & Bernal, 2006)، كما أنهم يعانون من ضعف في مهارات الإطعام الذاتي (Martins, Young & Robson, 2008)، وعدم القدرة على التعبير اللفظي عن حالتي الجوع والشبع، والرغبة- أو عدم الرغبة- في نوع معين من الطعام (Raiten & Massaro, 1986)، بالإضافة إلى أن السلوك النمطي لديهم قد يؤدي إلى اقتصارهم على تناول نوع معين من الطعام (Cornish, 1998; Williams, Dalrymple & Neal, 2000).

ونظراً لأن هذه المشكلات تجعلهم لا يستطيعون الحصول على القدر الكافي من الطعام اللازم لتغذيتهم ولنموهم الجسمي والعقلي، لذلك كان لابد من الكشف عن هذه المشكلات وتحديدها؛ حتى يمكن للمتخصصين والقائمين على رعاية هؤلاء الأطفال وضع البرامج والخطط العلاجية والغذائية اللازمة لتجنب المخاطر الناجمة عن سوء تغذية هؤلاء الأطفال، ولذلك كان لابد من البحث عن أداة ملائمة لتحديد مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتشخيصها، بحيث تتناسب مع البيئة العربية بصفة عامة، والبيئة السعودية بصفة خاصة.

وبمراجعة الأدبيات المتاحة تبين لنا خلو المكتبة العربية– في حدود علم الباحثين– من أية مقاييس مقننة لهذا الغرض، وبمراجعة المقاييس الأجنبية المتاحة تبين إما أنها لم تصمم خصيصاً للأطفال ذوي اضطراب التوحد، ولذلك خلت عباراتها من بعض المظاهر السلوكية التي تتعلق بمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد تحديداً، أو أنها صممت لأطفال هذه الفئة، ولكن يؤخذ عليها قلة عدد عباراتها، مما جعلها تتجاهل العديد من مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والتي توصلت إليها بعض الدراسات السابقة في نتائجها ومنها– على سبيل المثال وليس الحصر– مشكلات الانتقائية المفرطة للطعام وفقاً للون والطعم والرائحة، وكذلك المشكلات التي تتعلق بالنمطية التي يعاني منها ذوي التوحد مثل الأكل في طبق معين، وبأدوات مائدة محددة، والإصرار على أنواع طعام معينة، وغيرها من المشكلات التي ترتبط بأعراض اضطراب التوحد (Ahearn, Castine, Nault, & Green, 2001; Field, Garland & Williams, 2003; Schreck, Williams & Smith, 2004)، ونتيجة لكل ما سبق جاء البحث الحالي لكي يسد العجز في هذا المجال، ويقوم ببناء أداة عربية لتشخيص مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بحيث تتمشى مع العادات والتقاليد والثقافة العربية بصفة عامة، والسعودية بصفة خاصة.

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى بناء أداة لقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والتعرف على خصائصها السيكومترية على عينة من البيئة السعودية.

أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في بناء أداة عربية لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتقنينها على المجتمع السعودي، مما سيوفر للمتخصصين في هذا المجتمع أداة يمكن الوثوق فيها والاطمئنان لنتائجها في تحديد مشكلات تناول الطعام التي يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

مصطلحات البحث:

اضطراب التوحد: Autism: لقد تبنى الباحثان تعريف اضطراب التوحد الذي أشار إليه الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5, 2010) الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي، والذي أوضح فيه أن اضطراب التوحد اضطراب نمائي يصيب الأطفال قبل أن تبلغ أعمارهم الزمنية السنة الثالثة، وتظهر أعراضه في ثلاثة مجالات رئيسة، هي: ضعف القدرة على التفاعل الاجتماعي، وظهور سلوكيات نمطية بشكل متكرر، وضعف القدرة على التواصل مع المحيطين (A.P.A., 2010).

فروض البحث:

بناء ما ورد في الإطار النظري والدراسات السابقة يمكننا صياغة فروض البحث الحالي على النحو التالي:

1 – تتوفر لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد درجة مقبولة من الصدق في البيئة السعودية.

2 – تتوفر لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد درجة مقبولة من الثبات في البيئة السعودية.

منهج البحث وإجراءاته:

أولاً: منهج البحث:

لقد تم استخدام المنهج الوصفي لأنه المنهج الأكثر ملاءمة لمشكلة البحث الحالي، وللأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، حيث تم استخدام الأسلوب العاملي للتعرف على البنية العاملية للمقياس، كما استخدم أيضاً الأسلوب الارتباطي للكشف عن علاقة البنية العاملية ببعض المتغيرات الأخرى.

ثانياً: عينة البحث:

نظراً لأن برامج اضطراب التوحد الحكومية للبنين في مدينة الرياض تنحصر– وقت إجراء هذا البحث– في معهد التربية الفكرية بشرق الرياض، ومعهد التربية الفكرية بغرب الرياض، لذلك قام الباحثان بتطبيق هذا المقياس على والدي أفراد عينة البحث (الاستطلاعية والنهائية) الذين يلتحق أبناؤهم بهذين المعهدين، حيث تكونت العينة الاستطلاعية من (35) طفلاً، منهم (15) ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بغرب الرياض، و(20) ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بشرق الرياض، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (8 – 12) سنة بمتوسط عمري قدره (9.943) سنة، وانحراف معياري قدره (1.454).

وأما العينة النهائية فقد تكونت من (122) طفلاً تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (8- 12) سنة، بمتوسط عمري قدره (10.28) سنة، وانحراف معياري (1.439)، منهم (85) ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بشمال الرياض، و(37) ممن يلتحقون بمعهد التربية الفكرية بغرب الرياض.

ثالثاً: أداة البحث:

تتمثل أداة الدراسة الحالية في مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والذي أعده الباحثان الحاليان وفقاً لمقاييس مشكلات تناول الطعام التي وردت في الدراسات السابقة (Archer, Rosenbaum & Streiner, 1991; Crist & Napier-Phillips, 2001; Matson & Kuhn, 2001; Lukens, 2002; Lukens & Linscheid, 2008; Hendy, Williams, Camise, Eckman & Hedemann, 2009)، حيث تم تحديد أبعاده مسبقاً في أربعة أبعاد رئيسة، وهي الأبعاد التي وردت في مقياس

مشكلات تناول الطعام السابق الإشارة إليها، وأما عباراته فقد تم إعدادها وفقاً لكل من: العبارات التي وردت تحت أبعاد مقاييس مشكلات تناول الطعام التي أشرنا إليها في الدراسات السابقة، وكذلك وفقاً لما ورد في الإطار النظري عن أعراض مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد التي تنتمي إلى هذه الأبعاد.

ويتكون المقياس الحالي من (30) عبارة موزعة على أربعة أبعاد رئيسة، وهي الأبعاد التي وردت في مقاييس مشكلات تناول الطعام المستخدمة في الدراسات السابقة، وهذه الأبعاد هي: بعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام، ويتكون من (10) عبارات، وبعد رفض الطعام، ويتكون من (8) عبارات، وبعد المشكلات السلوكية المصاحبة لاضطراب التوحد، ويتكون من (8) عبارات، وبعد الانتقائية المفرطة للطعام، ويتكون من (4) عبارات.

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

رابعاً: إجراءات البحث:

1 – الحصول على الدراسات الأجنبية التي تناولت مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والوقوف على الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسات.

2 – بناء مقياس لمشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد وفقاً لما ورد عن هذه المشكلات لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد في الإطار النظري والدراسات السابقة.

3 – عرض الصورة الأولية للمقياس على خمسة من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في القياس النفسي، وعلم النفس، والتربية الخاصة؛ للتأكد من صلاحية عباراته.

4 – إعداد الصورة النهائية للمقياس.

5 – اختيار عينة الدراسة بطريقة عشوائية من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يلتحقون ببرنامجي اضطراب التوحد في معهدي التربية الفكرية في شرق مدينة الرياض وغربه.

6 – تطبيق المقياس في صورته النهائية على العينة المختارة.

7 – تصحيح الاستجابات ورصد البيانات وإدخالها إلى الحاسب الآلي.

8 – معالجة البيانات إحصائياً وفقاً للأساليب الإحصائية المحددة.

(9) كتابة التقرير النهائي للبحث.

خامساً: المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحثان الأساليب الإحصائية التالية:

1 – التحليل العاملي الاستكشافي للتحقق من الصدق العاملي للمقياس.

2 – الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للأبعاد، وكذلك معاملات الارتباط البينية للأبعاد.

3 – طريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلتي سبيرمان- بروان، وجتمان.

4 – المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

سادساً: الدراسة الاستطلاعية:

للتحقق من صلاحية مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد للتقنين تم إجراء دراسة استطلاعية حيث مرَّ هذا المقياس بعد إعداد عباراته بالخطوات التالية:

(1) التأكد من مناسبة العبارات لبيئة التقنين: وقد تم التحقق منها من خلال عرض الصورة الأولية للمقياس على خمسة محكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسمي علم النفس، والتربية الخاصة في جامعة الملك سعود بالرياض؛ وذلك للحكم على مدى صلاحية وملاءمة عباراته للبيئة السعودية، وقد أجاز المحكمون جميع العبارات مع إجراء بعض التعديلات البسيطة في الصياغة.

(2) تقييم صلاحية العبارات للاستخدام: وكان الهدف منها التعرف على مدى تأثير كل عبارة من عبارات المقياس على قيمة معامل الثبات، سواء ارتفاعاً أو انخفاضاً، حيث تم استخراج سلسلة من معاملات ألفا لكرونباخ، بحيث يمثل كل معامل قيمة ثبات البعد بعد حذف عبارته، وهو في الوقت نفسه نوع من صدق المحك للعبارات (أبو هاشم، 2004م)، وبالمثل فقد تم حساب متوسط كل عبارة من عبارات المقياس وتباينها بعد حذف أحد العبارات، والجدول رقم (1) يوضح هذه القيم.

جدول (1). المتوسط والتباين ومعامل الارتباط المصحح وألفا بعد حذف درجة العبارة ن=35.

بعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام					
الرقم	العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
1	يصرخ أو يبكي أثناء تناول الطعام	11.314	28.222	0.357	0.825
2	يدير وجهه أو جسمه بعيداً عن الأكل	10.914	28.239	0.443	0.821

تابع جدول (1).

بعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام					
الرقم	العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
3	يترك مائدة تناول الطعام قبل الانتهاء من تناول الوجبة	10.971	27.205	0.589	0.806
4	يبصق الطعام ويخرجه من فمه أثناء تناوله للطعام	11.057	26.173	0.656	0.798
5	يقوم بسلوكيات عدوانية نحو الأشياء والأفراد المحيطين به أثناء تناوله للطعام	11.343	27.173	0.532	0.810
6	يقوم بسلوكيات عدوانية نحو نفسه أثناء تناوله الطعام	11.514	24.963	0.703	0.791
7	يقوم بإصدار أصوات مزعجة أثناء تناول الطعام	10.800	24.400	0.656	0.795
8	يقضي وقتاً طويلاً في تناول الطعام	10.514	26.434	0.424	0.822
9	يتحرك كثيراً أثناء تناول الطعام	10.400	27.071	0.390	0.825
10	يفشل في إطعام ذاته باستقلالية	10.714	25.622	0.560	0.806
معامل ألفا لبعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام (0.827)					
بعد رفض الطعام					
الرقم	العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
11	يغلق فمه بإحكام عندما يقدم له الطعام	11.629	12.240	0.555	0.677
12	يرفض تناول الطعام في الوقت المحدد	11.400	12.659	0.535	0.683
13	يرفض أكل أو تذوق الأطعمة الجديدة	10.800	12.459	0.559	0.677
14	يكره بعض الأطعمة ولا يرغب في تناولها	10.543	14.314	0.339	0.721
15	يرفض أكل الوجبات التي تحتاج إلى مضغ جيد	10.971	13.617	0.455	0.701
16	يرفض تنوع الأطعمة	11.057	12,938	0.408	0.710
17	يتناول كمية قليلة من الطعام المقدم له	11.001	14.529	0.280	0.731
18	يرفض معظم أنواع الطعام	11.410	12.652	0.539	0.692
معامل ألفا لبعد رفض الطعام (0.733)					
بعد المشكلات السلوكية المصاحبة					
الرقم	العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
19	يحب أن يقدم له الطعام بطريقة معينة	10.857	31.538	0.670	0.894
20	يحب أن يقدم له الطعام في أدوات مائدة معينة (مثل طبق معين)	10.886	31.692	0.637	0.897
21	يحب أن يعد له الطعام بطريقة معينة	10.914	29.669	0.860	0.876
22	يتناول الطعام بأدوات مائدة محددة في كل وجبة	10.829	30.382	0.864	0.877
23	يطلب الطعام الذي يستطيع نطق اسمه بشكل متكرر	10.922	29.689	0.867	0.896

تابع جدول (1).

بعد المشكلات السلوكية المصاحبة					
الرقم	العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
24	يتمسك بالروتين اليومي المتبع وقت تناول الطعام	10.657	31.114	0.761	0.886
25	يعجز عن تقليد الآخرين لعادات تناول الطعام الصحيحة	10.571	32.017	0.708	0.891
26	يعجز عن التعبير اللفظي لحالات الجوع والشبع التي يشعر بها	10.514	32.845	0.693	0.892
معامل ألفا لبعد المشكلات السلوكية (0.904)					
بعد الانتقائية المفرطة للطعام					
الرقم	العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
27	يأكل أنواع محددة من الطعام ويصر عليها	4.486	4.610	0.400	0.681
28	يفضل الأطعمة ذات مذاق معين	4.400	3.776	0.671	0.522
29	يفضل الأطعمة ذات القوام غير المتماسك (المهروسة)	5.685	4.163	0.390	0.695
30	يفضل الأطعمة ذات ألوان معينة	5.314	3.634	0.506	0.622
معامل ألفا لبعد الانتقائية المفرطة للطعام (0.698)					

يتضح من الجدول رقم (1) ما يلي:

1- أن جميع قيم معاملات الارتباط المصحح بين العبارة والدرجة الكلية للبعد عند حذف درجة العبارة كانت دالة إحصائياً، وهذا يؤكد تمتع جميع العبارات بدرجة مقبولة من الصدق، باعتبار أن بقية العبارات محكاً لقياس صدق العبارة (أبو هاشم، 2004م).

2- أن معامل ألفا لكل عبارة أقل من معامل ألفا للبعد الذي تنتمي إليه، وهذا يعني أن جميع العبارات تتمتع بمعاملات صدق مرتفعة.

3- أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد على حدة لم تتأثر بعد حذف أي عبارة من عبارات البعد، كما أن المدى الذي يتذبذب فيه معامل ألفا كرونباخ كان صغيراً، مما يشير إلى أن كل عبارة من عبارات البعد تسهم بشكل مناسب في معامل ثبات الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وأن استبعاد أي عبارة من هذه العبارات لا يؤثر سلباً على قيمة الثبات، وبالتالي فجميع عبارات مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد صالحة للاستخدام.

(3) التأكد من الاتساق الداخلي لعبارات المقياس: للتأكد من الاتساق الداخلي للمقياس تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة، ودرجة البعد الذي تنتمي إليه، وجاءت النتائج على النحو

الموضح في الجدول (2)، وكذلك حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد وبعضها البعض، وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس كما يوضح ذلك الجدول (3).

الجدول (2). معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه في الدراسة الاستطلاعية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ن = 35.

السلوكيات المعرقلة		رفض الطعام		المشكلات السلوكية		انتقائية الطعام	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.484**	11	0.703**	19	0.757**	27	0.638**
2	0.477**	12	0.679**	20	0.733**	28	0.826**
3	0.669**	13	0.700**	21	0.899**	29	0.678**
4	0.732**	14	0.494**	22	0.901**	30	0.766**
5	0.628**	15	0.597**	23	0.584**		
6	0.779**	16	0.598**	24	0.824**		
7	0.753**	17	0.449**	25	0.780**		
8	0.570**	18	0.489**	26	0.762**		
9	0.535**						
10	0.673**						

توضح النتائج في الجدول (2) أن معاملات الارتباطات بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها قد تراوحت ما بين (0.477 – 0.779) لبعد السلوكيات المعرقلة، وما بين (0.449 – 0.703) لبعد رفض الطعام، وما بين (0.584 – 0.899) لبعد المشكلات السلوكية، وما بين (0.638 – 0.826) لبعد انتقائية الطعام، وجميعها دال عند مستوى (0.01).

جدول (3). معاملات الارتباط بين الأبعاد وبعضها بعضًا، وبينها وبين الدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ن= 35.

البعد	السلوكيات المعرقلة	رفض الطعام	المشكلات السلوكية	انتقائية الطعام
السلوكيات المعرقلة				
رفض الطعام	0.568**			
المشكلات السلوكية	0.721**	0.481**		
انتقائية الطعام	0.445**	0.458**	0.536**	
الدرجة الكلية	0.887**	0.746**	0.892**	0.678**

** دالة عند مستوى (0.01).

توضح النتائج في الجدول (3) أن معاملات الارتباطات بين الأبعاد وبعضها بعضًا قد تراوحت ما بين (0.445– 721)، بينما تراوحت بينها وبين الدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.678– 0.892)، وجميعها دال عند مستوى (0.01)، وجميع ما سبق يؤكد صلاحية استخدام هذا المقياس في البحث الحالي.

سابعاً: نتائج الدراسة ومناقشتها:

سنتناول فيما يلي عرض النتائج الخاصة بفرضي البحث.

الفرض الأول: تتوفر لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد درجة مقبولة من الصدق في البيئة السعودية.

وقد تم التحقق من صدق مقياس مشكلات تناول الطعام لدى ذوي التوحد بعدة طرق هي: صدق المفردات، وصدق الأبعاد، والصدق العاملي، وذلك على النحو التالي:

1- صدق العبارات والأبعاد: حُسب هذا الصدق من خلال حساب معاملات الارتباط بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها بعد حذف درجة العبارة في كل مرة، كذلك حساب معامل ألفا للعبارات والأبعاد التي تنتمي إليها، وقد جاءت النتائج على النحو المبين في الجدول (4).

جدول (4). المتوسط والتباين ومعامل الارتباط المصحح وألفا بعد حذف درجة العبارة على مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد ن= 122.

بعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام				
العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
1	11.351	26.352	0.339	0.818
2	11.000	26.286	0.336	0.819
3	11.027	25.278	0.589	0.799
4	11.108	24.315	0.655	0.791
5	11.405	25.331	0.532	0.803
6	11.595	23.263	0.697	0.784
7	10.919	22.878	0.620	0.791
8	10.541	24.685	0.405	0.718
9	10.460	25.230	0.391	0.718
10	10.784	23.844	0.561	0.798
معامل ألفا لبعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام (0.826)				
بعد رفض الطعام				
العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
11	11.757	11.832	0.543	0.683
12	11.541	12.277	0.511	0.690
13	10.919	11.993	0.554	0.681
14	10.649	13.563	0.359	0.720
15	11.054	12.841	0.470	0.700
16	11.135	12.199	0.424	0.709

تابع جدول (4).

بعد رفض الطعام				
العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
17	11.108	13.866	0.288	0.730
18	11.135	13.288	0.285	0.727
معامل ألفا لبعد رفض الطعام (0.734)				
بعد المشكلات السلوكية المصاحبة				
العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
19	9.405	22.120	0.748	0.868
20	9.622	22.495	0.609	0.885
21	9.649	20.910	0.846	0.855
22	9.568	21.526	0.848	0.856
23	9.284	22.145	654	0.873
24	9.405	22.120	0.748	0.868
25	9.351	22.651	0.717	0.872
26	9.297	23.394	0.692	0.876
معامل ألفا لبعد المشكلات السلوكية (0.891)				
بعد الانتقائية المفرطة للطعام				
العبارة	المتوسط	التباين	معامل الارتباط المصحح	معامل ألفا
27	4.487	4.388	0.362	0.668
28	4.432	3.567	0.658	0.491
29	5.730	3.899	0.379	0.665
30	5.297	3.367	0.479	0.602
معامل ألفا لبعد الانتقائية المفرطة للطعام (0.677)				

يلاحظ من الجدول السابق أن معامل ألفا لكل عبارة أقل من معامل ألفا للبعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة، وهذا يعني أن جميع عبارات هذا المقياس تتمتع بمعاملات صدق مرتفعة، كما أوضحت النتائج أيضاً أن معاملات ألفا لأبعاد هذا المقياس قد تراوحت ما بين (0.677– 0.891)، وجميعها معاملات مرتفعة، مما يؤكد على تمتع جميع أبعاد هذا المقياس بمعاملات صدق مرتفعة.

2- الصدق العاملي: تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية على أبعاد المقياس الأربعة، وقد أظهرت النتائج تشبع جميع الأبعاد على عامل عام واحد بجذر كامن قدره (2.60)، ويفسر (65.05٪) من التباين الكلي، وكانت التشبعات على هذا العامل هي: (0.859) لبعد السلوكيات المعرقلة لتناول الطعام، و(0.757) لبعد رفض الطعام، و(0.861) لبعد المشكلات السلوكية التي تحدث أثناء الطعام، و(0.741) لبعد الانتقائية المفرطة للطعام.

ويمكننا أن نستخلص من النتائج السابقة أن

مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد يتمتع بدرجات عالية من الصدق في البيئة السعودية.

الفرض الثاني: تتوفر لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد درجة مقبولة من الثبات في البيئة السعودية.

تم حساب ثبات هذا المقياس بعدة طرق هي: طريقة الاتساق الداخلي، وطريقة التجزئة النصفية وذلك على النحو التالي:

1- طريقة الاتساق الداخلي:

حُسب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي لكل من العبارات والأبعاد كما يلي:

أ- معاملات ثبات العبارات:

تم حساب ثبات العبارات لهذا المقياس بطريقة الاتساق الداخلي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وقد جاءت قيم ثبات العبارات على النحو المبين في الجدول (5).

جدول (5). معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه على مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد ن= 122.

السلوكيات المعرقلة		رفض الطعام		المشكلات السلوكية		انتقائية الطعام	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.471**	11	0.692**	19	0.756**	27	0.613**
2	0.470**	12	0.659**	20	0.737**	28	0.818**
3	0.670**	13	0.694**	21	0.891**	29	0.673**
4	0.732**	14	0.512**	22	0.898**	30	0.758**
5	0.627**	15	0.613**	23	0.589**		
6	0.775**	16	0.613**	24	0.822**		
7	0.728**	17	0.454**	25	0.770**		
8	0.558**	18	0.488**	26	0.750**		
9	0.535**						
10	0.674**						

** دالة عند مستوى (0.01).

أظهرت النتائج في الجدول (5) أن معاملات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد الذي تنتمي إليه هذه العبارة قد انحصرت ما بين (0.470– 0.775) لبعد السلوكيات المعرقلة، وما بين (0.488– 0.694) لبعد

رفض الطعام، ما بين (0.589– 0.898) لبعد المشكلات السلوكية، وما بين (0.613– 0.818) لبعد انتقائية الطعام، وجميعها دال عند مستوى (0.01)، مما يؤكد أن جميع عبارات هذا المقياس تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ب- معاملات ثبات الأبعاد:

تم حساب ثبات أبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام لدى ذوي التوحد من خلال حساب معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها بعضًا، وكذلك معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس، وقد جاءت النتائج على النحو المبين في الجدول (6).

جدول (6). معاملات ارتباط الأبعاد ببعضها، وارتباطها بالدرجة الكلية لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد ن= 122.

البعد	السلوكيات المعرقلة	رفض الطعام	المشكلات السلوكية	انتقائية الطعام
السلوكيات المعرقلة				
رفض الطعام	0.557**			
المشكلات السلوكية	0.723**	0.473**		
انتقائية الطعام	0.449**	0.442**	0.541**	
الدرجة الكلية	0.886**	0.739**	0.893**	0.670**

** دالة عند مستوى (0.01).

توضح النتائج في الجدول (6) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد وبعضها بعضًا قد تراوحت ما بين (0.442– 0.723)، بينما تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.670– 0.893)، وجميعها دال عند مستوى (0.01).

2- التجزئة النصفية:

تم حساب الثبات لمقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملي سبيرمان- براون، وجتمان، وقد بلغت قيم الثبات على النحو الموضح في الجدول (7).

جدول (7). ثبات أبعاد مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملي سبيرمان- براون، وجتمان ن= 122.

البعد	التجزئة النصفية باستخدام معامل سبيرمان- براون	التجزئة النصفية باستخدام معامل جتمان
السلوكيات المعرقلة	0.657	0.652
رفض الطعام	0.724	0.621
المشكلات السلوكية	0.824	0.820
انتقائية الطعام	0.747	0.741
الدرجة الكلية للمقياس	0.887	0.884

يتضح من الجدول (7) أن معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان- براون قد انحصرت ما بين (0.657- 0.887)، بينما تراوحت بمعامل جتمان ما بين (0.652- 0.884)، وجميع هذه المعاملات مرتفعة.

بعد هذا العرض الذي قدمناه لنتائج فرضي البحث يمكننا أن نستخلص منه أن مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات في البيئة السعودية، وهذا يعني إمكانية استخدامه في تحديد الأطفال السعوديين ذوي التوحد الذين يعانون من مشكلات تناول الطعام وتشخيصهم.

التوصيات:

على ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث الحالي، والتي تمثلت في تمتع مقياس مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد بدرجات عالية من الصدق والثبات على عينة من أفراد المجتمع السعودي يوصي الباحثان بضرورة دراسة مشكلات تناول الطعام لدى الأطفال ذوي التوحد في ضوء بعض المتغيرات مثل: العمر، والنوع، وغيرهما من المتغيرات التي يمكن أن تساعدنا في دراسة هذه المشكلات دراسة دقيقة لاتخاذ الإجراءات التدريبية والعلاجية التي يمكنها أن تخفف من حدة هذه المشكلات لديهم.

***

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

أبو هاشم، السيد (2004م). *الدليل الإحصائي في تحليل البيانات باستخدام SPSS*. الرياض: مكتبة الرشد.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed).* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ahearn, W., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An assessment of food acceptance in children with autism and Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 31, 505–511.

Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., & Streiner, D. L. (1991). The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. *Journal of Pediatric Psychology,* 16, 629–642.

Cornish, E. (1998). A balanced approach towards healthy eating in autism. *Journal of Human Nutrition and Dietetics,* 11, 501–509.

Crist, W. & Napier-Phillips, A. (2001). Mealtime behaviors of young children: A comparison of normative and clinical data. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *22*(5), 279-286.

Croen, L. A., Najjar, D. V., Ray, G. T., Lotspeich, L., & Bernal, P. (2006). A comparison of health care utilization and costs of children with and without autism spectrum disorders in a large group-model health plan. *Pediatrics, 118*(4), 1203–1211.

Gravestock, S. (2000). Eating disorders in adults with intellectual disability. *Journal of intellectual Disability Research,* 44, 625–637.

Hendy, H. M.,Williams,K. E., Camise, T. S., Eckman, N.,&Hedemann, A. (2009). The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). *Development and association with children's diet and weight. Appetite,* 52, 328–339.

Keen, D. (2008). Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy, Seven case studies. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17,* 209- 216.

Fredericks, D. W., Carr, J. E. & Williams, W. L. (1998). Overview of the treatment of rumination disorder for adults in a residential setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,

Rurangirwa, J., Van Naarden , K., Schendel, D., & Yeargin-Allsopp, M. (2006). Healthy behaviors and lifestyles in young adults with a history of developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 381–399.

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

Seiverling, L.; Williams, K. & Sturmey, P. (2010). Assessment of feeding problems in children with autism spectrum disorders,. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 22*, 401-413.

Strobel, S. & Hourihane, J. O. (2001). Gastrointestinal allergy: clinical symptoms and immunological mechanisms. *Pediatric Allergy and Immunology*, 12, Supplement 14, 43-46.

Totsika, V., Hastings, R., Emerson, E., Lancaster, G. & Berridge, D. (2001). A population-based investigation of behavioral and emotional problems and maternal mental health: associations with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry , 52*(1), 91-99.

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

Williams, K. E., & Seiverling, L. (2010). Eating problems in children with autism spectrum disorders. *Topics in Clinical Nutrition, 25,* 27–37.

❊ ❊ ❊

29(1), 31-40.

Field, D., Garland, M., & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Pediatric Child Health,* 39, 299–304.

Luiselli, J. K. (1989). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders in developmental disabilities. In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification (Vol. 24, pp. 91–131). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Lukens, C. T. (2002). *Assessing eating and mealtime behavior problems in children with autism.* Unpublished master's thesis, The Ohio State University, Columbus, OH

Lukens, C. & Linscheid, T. (2008). Development and Validation of an Inventory to Assess Mealtime Behavior Problems in Children with Autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. (38), 342–352.

Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., & Lask, B. (2001). Selective eating: symptom, disorder or normal variant?. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6,* 257-270.

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

Matson, J. L., & Kuhn, D. E. (2001). Identifying feeding problems in mentally retarded persons: Development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). *Research in Developmental Disabilities, 22*(2), 165-172.

Munk, D. D., & Repp, A. C. (1994). Behavioral assessment of feeding problems of individuals with severe disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27*(2), 241–250.

Prontnicki, J. (1995). *Presentation: Symptomatology and etiology of dysphasia.* In S. Rosenthal, J. J. Sheppard & M. Lotze (Eds.), Dysphasia and the child with developmental disabilities: Medical, clinical, and family interventions (pp. 1–14). San Diego: Singular Publishing Group.

Raiten, D., & Massaro, T. (1986). Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 16*(2), 133–143.

Riordan, M. M., Iwata, B. A., Wohl, M. K., & Finney, J. W. (1984). Behavioral treatment of food refusal and selectivity in developmentally disabled children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 95-112.