

ارتباط مشکلات تغذیه‌ای و عقب‌ماندگی ذهنی

محمد رضایی^۱، هیوا محمدی^۲، وحید راشدی*

چکیده

مقدمه: غذا خوردن یک کارکرد انطباقی ضروری است. هر گونه نقص در مهارت‌های تغذیه‌ای نه تنها بر کیفیت زندگی افراد عقب‌مانده ذهنی بلکه بر رشد آموزشی، اجتماعی و ذهنی آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف، بررسی رابطه بین مشکلات تغذیه‌ای و عقب‌ماندگی ذهنی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی، ۱۱۴ کودک عقب‌مانده ذهنی با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردید. به منظور گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه متغیرهای دموگرافیک، آزمون هوش Stanford-Binet و نیز پرسش‌نامه مشکلات تغذیه‌ای مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS_{۱۲} استفاده شد.

یافته‌ها: از افراد مورد پژوهش، ۶۳/۲ درصد مذکر بودند و میانگین سن نمونه‌های مورد پژوهش ۸/۵۳ سال بود. بین مشکلات تغذیه‌ای و شدت عقب‌ماندگی ذهنی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مشکلات ناشی از اختلالات تغذیه‌ای کودکان عقب‌مانده ذهنی در هر یک از حیطه‌های آن شیوع بالایی دارد و با افزایش شدت عقب‌ماندگی ذهنی، این مشکلات افزایش می‌یابد.

کلیدواژه‌ها: مشکلات تغذیه‌ای، عقب‌ماندگی ذهنی

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۱۵

مقدمه

هر گونه نقص در ساختار یا عملکرد می‌تواند منجر به مشکلاتی در فعالیت‌های غذا خوردن مثل جویدن، بلعیدن و نوشیدن شود (۴) و با تأثیر بر رشد آموزشی، اجتماعی و ذهنی، منجر به مشکلات بهداشتی و پزشکی جدی گردد (۷-۵). همچنین مشکلات بر بهداشت روانی مادر و دل‌بستگی مادر-کودک نیز تأثیرگذار است (۸). مشکلات تغذیه‌ای بین افراد کم‌توان ذهنی شیوع بالایی دارد. حدود یک سوم از کودکان کم‌توان ذهنی و نزدیک به ۸۰ درصد از بزرگسالان با عقب‌ماندگی ذهنی شدید تا عمیق این مشکلات را نشان می‌دهند (۹-۱۱). در این افراد با افزایش سطح عقب‌ماندگی

عقب‌ماندگی ذهنی اختلالی با توانایی‌های شناختی پایین‌تر از حد معمول است و با نقص در دو یا تعداد بیش‌تری از رفتارهای انطباقی همراه می‌باشد (۱). غذا خوردن نیز یک کارکرد انطباقی ضروری بوده است و بر کیفیت زندگی افراد با عقب‌ماندگی ذهنی اثر می‌گذارد. این توانایی فرایند حسی-حرکتی پیچیده‌ای است که علاوه بر یکپارچگی سیستم عصبی و عضلانی (۲)، به هماهنگی بین تنفس و بلع نیاز دارد و به رشد کودک، یادگیری و توانایی او برای برقراری ارتباط با دیگران کمک می‌کند (۳).

* عضو هیأت علمی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان، همدان، ایران

Email: vahidrashedi@yahoo.com

۱- عضو هیأت علمی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان، همدان، ایران

۲- پژوهشگر، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

یافته‌های حاصل شده جهت برنامه‌ریزی و مداخلات به هنگام برای کودکان عقب‌مانده ذهنی به درمانگران ارایه گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود و به شیوه مقطعی انجام پذیرفت. جامعه پژوهش را کلیه ۱۶۰ نفر دانش‌آموز استثنایی مقاطع ابتدایی آموزش و پرورش استثنایی شهر همدان تشکیل دادند. سطح هوشی و تأیید وجود عقب‌ماندگی ذهنی در نمونه مورد مطالعه توسط روان‌شناس مدارس و با استفاده از آزمون هوش Stanford-Binet مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نمرات این مقیاس نمونه‌ها به سه دسته عقب‌مانده خفیف (بهره هوشی ۷۱-۸۵)، متوسط (بهره هوشی ۷۰-۶۱) و شدید (بهره هوشی ۶۰-۵۱) تقسیم شدند. ۱۱۴ دانش‌آموز استثنایی مقاطع ابتدایی آموزش و پرورش استثنایی شهر همدان به صورت تمام شماری و دارا بودن معیارهای ورود یعنی میانگین نمره بهره هوشی کمتر از ۸۵ و بالاتر از ۵۰، نداشتن نقص در حرکات درشت، عدم ابتلا به اختلالات نافذ رشد و نداشتن نقص شنیداری یا بینایی، وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسش‌نامه متغیرهای دموگرافیک و آزمون غربال‌گری مشکلات تغذیه‌ای (Screening tool of feeding problems یا STEP) بود. پرسش‌نامه متغیرهای دموگرافیک شامل جنس، سن، قد، وزن، شاخص توده بدن (Body mass index یا BMI) و نوع معلولیت بود. به منظور سنجش وزن و قد از ترازو با دقت ۱۰۰ گرم و متر با دقت ۱ سانتی‌متر استفاده شد. آزمون غربال‌گری مشکلات تغذیه‌ای نیز برای تشخیص مشکلات تغذیه‌ای استفاده گردید. این آزمون شامل ۲۳ گزینه در ۵ مقوله از مشکلات تغذیه‌ای شامل اسپیراسیون (بالا آوردن غذا و بلعیدن دوباره آن)، انتخابی یا سلیقه‌ای بودن (خوردن غذا با دمای خاص)، نقایص مهارت‌های تغذیه‌ای (عدم توانایی در جویدن)، اجتناب از غذا و مشکلات رفتاری مرتبط با تغذیه (ادامه دادن خوردن تا هنگام بودن غذا) می‌باشد. اطلاعات حاصل از گزینه‌ها بر اساس فرکانس و شدت به دست می‌آید. هر حوزه بر اساس مقیاس ۳ نمره‌ای محاسبه می‌شود. در

ذهنی، میزان و شدت مشکلات جسمی افزایش می‌یابد. انواع مختلفی از مشکلات تغذیه‌ای در افراد عقب‌مانده ذهنی مشاهده می‌شود که شامل کم‌اشتهایی، اجتناب از غذا خوردن، استفراغ، ریفلاکس معدی-مرووی و عمل دفع با تأخیر، سلیقه‌ای بودن نسبت به دمای غذا، آشپز آن یا مکان سرو غذا و مشکلات رفتاری در طول غذا خوردن (پرخاشگری، رفتار تخریبی، ترک محل غذا خوردن یا دزدیدن غذا) می‌باشد (۱۳، ۱۲). برخی از این مشکلات مانند اسپیراسیون، مسمومیت، سوء تغذیه و رشد نامناسب علاوه بر ایجاد خطرات جسمی و عاطفی برای فرد، ثبات بالینی و زندگی فرد را به خطر می‌اندازند. به همین دلیل تظاهرات ثانویه‌ای مشکلات این کودکان در غذا خوردن نیز اهمیت دارد. به طور مثال مدت طولانی زمان غذا خوردن منجر به ناامیدی والدین و حتی خود کودک می‌شود و ممکن است مانع از رشد و تکامل کودک گردد (۱۵، ۱۴).

Linscheid حدود ده مشکل تغذیه‌ای را در این افراد مطرح می‌کند که شامل کج خلقی هنگام صرف غذا، عادت‌های غذایی عجیب و غریب، بی‌تمایلی غذایی، انتخاب بافت غذایی خاص (Food texture)، تأخیر یا مشکل در جویدن، مکیدن یا بلعیدن، تأخیر در غذا خوردن مستقل، پیکا (خوردن مواد غیر خوراکی)، پرخوری یا کم خوردن و نوشخوار کردن می‌باشد (۱۶). Smith و همکاران در پژوهشی، مشکلات تغذیه‌ای ۲۲۰۲ بزرگسال کم‌توان ذهنی را در انگلیس مورد بررسی قرار دادند. در مطالعه آن‌ها ۱۲ درصد از آزمودنی‌ها دچار عقب‌ماندگی ذهنی خفیف، ۲۶ درصد متوسط، ۳۱ درصد شدید و ۳۱ درصد عمیق بودند و مشکلات تغذیه‌ای گزارش شده در این مطالعه شامل استفراغ، پیکا، پرخوری و نوشیدن بی‌وقفه بود (۱۷).

با توجه به اهمیت موضوع مورد بحث و موارد ذکر شده و همچنین کمبود شواهد و مطالعات انجام شده در مورد ارتباط بین سطوح مختلف عقب‌ماندگی ذهنی با نوع و میزان مشکلات تغذیه‌ای، در این مطالعه سعی شد تا ارتباط بین سطح عقب‌ماندگی ذهنی با میزان و شدت مشکلات تغذیه‌ای بررسی شود تا ضمن توسعه دامنه دانش در این زمینه،

یافته‌ها

۱۱۴ نفر در مطالعه شرکت کردند که ۷۲ نفر (۶۳/۲ درصد) مذکر و ۴۲ نفر (۳۶/۸ درصد) مؤنث بودند. از کودکان مورد مطالعه ۳۰ نفر (۲۶/۳۱ درصد) سندرم داون، ۴۶ نفر (۴۰/۳۵ درصد) فلج مغزی و ۳۸ نفر (۳۳/۳۳ درصد) عقب‌مانده ذهنی با معلولیت‌های دیگر (شامل فنیل کتونوریا، سندرم ویلیامز و میکروسفالی) بودند. بر اساس آزمون هوش Stanford-Binet، میزان بهره هوشی ۲۸ نفر (۲۴/۵۶ درصد) از آن‌ها خفیف (بهره هوشی ۷۱-۸۵)، ۶۶ نفر (۵۷/۸۹ درصد) متوسط (بهره هوشی ۷۰-۶۱) و ۲۰ نفر (۱۷/۵۴ درصد) شدید (بهره هوشی ۵۱-۶۰) بود. اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

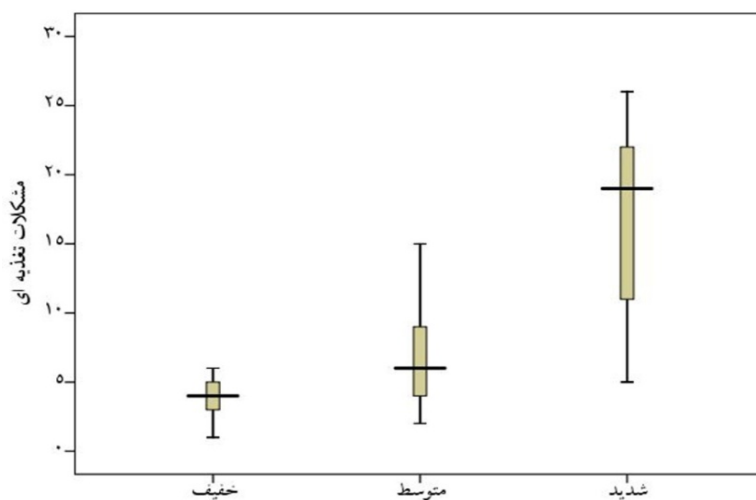
جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

متغیر	n = ۱۱۴		
	M ± SD	Min	Max
سن (سال)	۸/۵۳ ± ۱/۴۸	۶	۱۳
قد (سانتی‌متر)	۱۱۷ ± ۲۱	۷۵	۱۶۰
وزن (کیلوگرم)	۲۶/۳ ± ۱۱	۸	۵۰
شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)	۱۸/۵ ± ۴/۳	۱۰/۲	۳۲

نمودار ۱ بیانگر توزیع فراوانی مشکلات تغذیه‌ای در

حوزه فرکانس "۰" نشانه عدم رخداد رفتار در یک ماه اخیر، "۱" نشانه وقوع ۱ تا ۱۰ مرتبه از رفتار و "۲" نشانه رخداد بیش از ۱۰ مرتبه از رفتار است. در حوزه شدت "۰" نشان می‌دهد که رفتار مورد نظر مشکل ایجاد نمی‌کند، "۱" نشان می‌دهد که رفتار مشکلاتی ایجاد می‌کند و "۲" نشانه این است که رفتار باعث مشکلات جدی و صدماتی می‌شود. Matson و Kuhn (۱۱) و Matson و همکاران (۱۸) روایی این آزمون را مناسب گزارش نمودند و پایایی آن را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، $\alpha = ۰/۸۹$ محاسبه نمودند. Matson و همکاران در مطالعه‌ای دیگر نیز پایایی این آزمون را با ضریب بازآزمایی سنجیدند و $r = ۰/۷۱$ محاسبه کردند (۱۹). رضایی و همکاران نیز پایایی آزمون غربالگری مشکلات تغذیه‌ای را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، $\alpha = ۰/۸۴$ محاسبه نمودند (۲۰).

از والدین کودکان مورد پژوهش برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه اخذ گردید و به آن‌ها نیز اطمینان داده شد که اطلاعات کودکان آن‌ها به صورت محرمانه حفظ خواهد گردید. پس از تکمیل پرسش‌نامه و آزمون، داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار آماری SPSS_{۱۳} (IBM Inc. Chicago, IL) و به دلیل نرمال بودن داده‌ها توسط آزمون One way ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.



نمودار ۱. توزیع فراوانی مشکلات تغذیه‌ای در کودکان بر حسب شدت عقب‌ماندگی ذهنی

کودکان بر حسب شدت عقب‌ماندگی ذهنی است. بر اساس جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف معیار نمره کل مهارت‌های تغذیه‌ای در سه گروه عقب‌مانده ذهنی (خفیف، متوسط و شدید) به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۲. نمره کل مهارت‌های تغذیه‌ای در سه گروه عقب‌مانده

ذهنی (خفیف، متوسط و شدید)	
شدت عقب‌ماندگی ذهنی	مهارت تغذیه‌ای
خفیف	$3/6 \pm 1/5$
متوسط	$6/4 \pm 3/3$
شدید	$16/8 \pm 7/4$

غریبال‌گیری مشکلات تغذیه‌ای در حوزه مهارت‌های تغذیه‌ای بود که شامل جویدن، قورت دادن و وضعیت مناسب هنگام غذا خوردن می‌باشد. مهارت‌های تغذیه‌ای شامل مواردی مبتنی بر توانایی حرکتی هستند و نقایص در این حوزه نشان دهنده مشکلات حسی- حرکتی، نقایص تون عضلانی و مشکلات هماهنگی عضلانی می‌باشد که توانایی فرد در زمان‌بندی و صحت حرکات دهانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۱). مطالعات نیز نشان می‌دهند که هر چه شدت عقب‌ماندگی ذهنی بیشتر باشد، مهارت‌های حرکتی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۲۲).

Gal و همکاران نیز در مطالعه خود به این نکته دست یافتند که مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر حس و حرکت (حوزه مهارت‌های تغذیه‌ای)، در کودکان با عقب‌ماندگی ذهنی شدیدتر شیوع بیشتری دارد (۲۳). دیگر نتایج این پژوهش نشان داد که اختلاف معنی‌داری در مشکلات تغذیه‌ای بین سه گروه عقب‌ماندگی ذهنی خفیف، متوسط و شدید وجود دارد؛ به طوری که با افزایش شدت عقب‌ماندگی میزان شیوع آن بیشتر می‌شود. این یافته پژوهش با یافته‌های Matson و همکاران (۱۸)، Gal و همکاران (۲۳)، Gravestock (۱۲) و رضایی و همکاران (۲۰) همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که مشکلات تغذیه‌ای در کودکان عقب‌مانده ذهنی شیوع بالایی دارد و با افزایش شدت عقب‌ماندگی ذهنی، میزان شیوع مشکلات تغذیه‌ای نیز افزایش پیدا می‌کند. از آن‌جا که مشکلات تغذیه‌ای مانع رشد جسمی و شناختی کودکان کم‌توان ذهنی می‌شود و برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی این کودکان را مشکل می‌سازد، ارزیابی دقیق مشکلات تغذیه‌ای این کودکان با توجه به سطح هوشی آن‌ها امری مهم و ضروری است و اطلاع‌رسانی در مورد شیوع این مشکلات به مدیران و مسؤولین مربوطه در جهت تدوین برنامه‌های پیش‌گیری بسیار مفید است. همچنین ارائه مداخلات درمانی مناسب نه تنها روی کیفیت زندگی این کودکان اثر می‌گذارد، بلکه باعث پیش‌گیری از مشکلات

بر اساس جدول ۳ که نتایج حاصل از آزمون ANOVA در سه گروه عقب‌مانده ذهنی را نشان می‌دهد، شدت عقب‌ماندگی و شیوع مشکلات تغذیه‌ای رابطه مثبت و معنی‌داری با یکدیگر دارند ($P < 0/001$)؛ به طوری که با افزایش شدت عقب‌ماندگی ذهنی، میزان شیوع مشکلات تغذیه‌ای نیز افزایش پیدا می‌کند.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون ANOVA در سه گروه

عقب‌مانده ذهنی				
P	F	MS	Df	SS
$< 0/001$	۳۳/۳	۵۵۵/۵	۲	۱۱۱۱/۱
		۱۶/۶	۱۱۱	۹۰۰/۸
			۱۱۳	۲۰۱۲

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که مشکلات تغذیه‌ای در کودکان کم‌توان ذهنی شیوع بالایی دارد. مطالعات قبلی شیوع مشکلات تغذیه‌ای در این کودکان را بالای ۳۰ درصد گزارش نموده‌اند. در این مطالعه نیز تمام افراد کم‌توان ذهنی حداقل یک نوع مشکل تغذیه‌ای را بر اساس آزمون غریبال‌گیری مشکلات تغذیه‌ای داشتند.

شایع‌ترین مشکل تغذیه‌ای در این مطالعه بر اساس آزمون

تغذیه‌ای در آینده می‌شود و اثر مستقیمی بر سلامت عاطفی و فیزیکی این کودکان خواهد داشت.

محدودیت‌ها

نبودن مطالعات مشابه فارسی در این زمینه به منظور مقایسه نتایج به دست آمده، مهم‌ترین محدودیت مطالعه به شمار می‌آید.

پیشنهادها

با توجه به اهمیت موضوع و نتایج موجود، طراحی مداخلات بالینی در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی شیوع مشکلات تغذیه‌ای در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی شهر همدان" می‌باشد که با شماره ۹۰۰۷۱۲۲۲۷۹ در معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان به تصویب رسیده است. از کلیه مادران کودکان، مدیران مدارس و مسؤولین محترم آموزش و پرورش استثنایی شهر همدان که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند و نهایت همکاری را داشتند، کمال تقدیر و تشکر را داریم.

References

1. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 2001; 285(24): 3093-9.
2. Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RJ. Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(11): 1217-24.
3. Morris SE, Klein MD. *Pre-Feeding Skills: A Comprehensive Resource for Feeding Development*. 2nd ed. San Antonio, TX: Communication Skill Builders; 2000.
4. Case-Smith J. Intervention Strategies for Promoting Feeding Skills in Infants with sensory Deficits. *Occupational Therapy in Health Care* 1989; 6(2-3): 129-41.
5. Gravestock S. Diagnosis and classification of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) approach. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47 Suppl 1: 72-83.
6. Kuhn DE, Matson JL. A validity study of the Screening Tool of Feeding Problems (STEP). *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2002; 27(3): 161-7.
7. Laud RB, Girolami PA, Boscoe JH, Gulotta CS. Treatment outcomes for severe feeding problems in children with autism spectrum disorder. *Behav Modif* 2009; 33(5): 520-36.
8. Zeinali S, Mazeheri MA, Sadeghi MA, Jabari M. The Relationships of Mother's Attachment to Infant and Mothers' Psychological Characteristics to Feeding Problem in Infants. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists)* 2011; 8(29): 55-66.
9. Girolami PA, Scotti JR. Use of Analog Functional Analysis in Assessing the Function of Mealtime Behavior Problems. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities* 2001; 36(2): 207-23.
10. Laud RB. The Relationship of Feeding Problems with the Use of Antiepileptic Medication among Persons with Severe and Profound Mental Retardation. [MSc Thesis]. Department of Psychology, Louisiana State University.
11. Matson JL, Kuhn DE. Identifying feeding problems in mentally retarded persons: development and reliability of the screening tool of feeding problems (STEP). *Res Dev Disabil* 2001; 22(2): 165-72.
12. Gravestock S. Eating disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44 (Pt 6): 625-37.
13. Williams K, Hendy H, Knecht S. Parent Feeding Practices and Child Variables Associated with Childhood Feeding Problems. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2008; 20(3): 231-42.
14. Pueschel SM, Cullen SM, Howard RB, Cullinane MM. Pathogenetic considerations of pica in lead poisoning. *Int J Psychiatry Med* 1977; 8(1): 13-24.
15. Rogers B, Stratton P, Msall M, Andres M, Champlain MK, Koerner P, et al. Long-term morbidity and management strategies of tracheal aspiration in adults with severe developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 1994; 98(4): 490-8.
16. Linscheid TR. Eating problems in children. In: CE Walker, MC Roberts, editors. *Handbook of Clinical Child Psychology*. New York, NY: Wiley; 1983. p. 616-39.

17. Smith S, Branford D, Collacott RA, Cooper SA, McGrother C. Prevalence and cluster typology of maladaptive behaviors in a geographically defined population of adults with learning disabilities. *Br J Psychiatry* 1996; 169(2): 219-27.
18. Matson JL, Fodstad JC, Boisjoli JA. Cutoff scores, norms and patterns of feeding problems for the Screening Tool of Feeding Problems (STEP) for adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2008; 29(4): 363-72.
19. Matson JL, Mayville SB, Kuhn DE, Sturmey P, Laud R, Cooper C. The behavioral function of feeding problems as assessed by the questions about behavioral function (QABF). *Res Dev Disabil* 2005; 26(4): 399-408.
20. Rezaei M, Rashedi V, Gharib M, Lotfi G. Prevalence of Feeding Problems in Children with Intellectual Disability. *Iranian Rehabilitation Journal* 2011; 11(14): 56-9.
21. Schwarz SM. Feeding Disorders in Children with Developmental Disabilities. *Infants and Young Children* 2003; 16(4): 317-30.
22. Lahtinen U, Rintala P, Malin A. Physical performance of individuals with intellectual disability: a 30 year follows up. *Adapt Phys Activ Q* 2007; 24(2): 125-43.
23. Gal E, Hardal-Nasser R, Engel-Yeger B. The relationship between the severity of eating problems and intellectual developmental deficit level. *Res Dev Disabil* 2011; 32(5): 1464-9.

The relationship between feeding problems and mental retardation

Mohammad Rezaei¹, Hiwa Mohammadi², Vahid Rashedi*

Received date: 23/01/2012

Accept date: 05/08/2012

Abstract

Introduction: Eating is an essential adaptive function. In people with mental retardation, any deficit in feeding skills affects not only on quality of life but also on mental, social and educational development. This study was performed to determine the relationship between feeding problems and mental retardation.

Materials and Methods: In this analytical-descriptive study, 114 individuals with mental retardation were included using random sampling. To gather the data, demographic and feeding problem questionnaires, and Stanford-Binet intelligence tests were used. Data were analyzed using SPSS, version 12.

Results: The sample consisted of 63.2% males. The mean age was 8.53 years. Findings indicated that there is a direct and positive relationship between feeding problems and the severity of mental retardation ($P < 0.001$).

Conclusion: Health problems due to feeding disorders in children with mental retardation may have a high prevalence in all aspects, and increasing severity of mental retardation will increase these problems.

Keywords: Feeding problems, Mental retardation

Type of article: Original article

* Academic Member, School of Rehabilitation Sciences, Hamedan University of Medical Sciences & Health Services, Hamedan, Iran Email: vahidrashedi@yahoo.com

1. Academic Member, School of Rehabilitation Sciences, Hamedan University of Medical Sciences & Health Services, Hamedan, Iran

2. Researcher, Kermanshah University of Medical Sciences & Health Services, Kermanshah, Iran