



استخدام التدخل السلوكي المبكر المكثف (EIBI) للحد من أعراض اضطراب
التغذية الاجتنابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف
التوحد (ASD)

د/ غادة عبد السلام محمد شحاتة

مدرس بكلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة الإسكندرية

الاستشهاد المرجعي:

شحاتة، غادة عبد السلام محمد. (٢٠٢٢). استخدام التدخل السلوكي المبكر
المكثف (EIBI) للحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد (ARFID)
لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD).
مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني
سويف، ٤(٧)، ج(٢)، يونيو، ٩٧٤-١٠٤٩.

مستخلص البحث:

استهدف البحث الحالي الكشف فعالية استخدام التدخل السلوكي المبكر المكثف (EIBI) للحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)، تكونت عينة الدراسة من (١٦) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة كل مجموعة (٨) أطفال، ممن تم تشخيص اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد ممن تراوحت أعمارهم بين (٤ - ٩)، وبلغ متوسط أعمارهم ٦٧.٢٣ شهرا بانحراف معياري قدره ٣١,٢، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس ستانفورد بينيه للكفاء - الصورة الخامسة، مقياس جيليام لتشخيص الذاتية إعداد (عادل عبد الله ، عبير أبو المجد)، مقياس اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد إعداد الباحثة، برنامج قائم علي التدخل السلوكي المكثف. إعداد (الباحثة)، وأسفرت نتائج البحث عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد للأطفال الذاتويين لصالح القياس البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي علي مقياس اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد للأطفال. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين (الذكور - الإناث) علي مقياس اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد لدي الأطفال الذاتويين لصالح الإناث.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد - اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد (ARFID) - التدخل السلوكي المبكر المكثف (EIBI).

**Abstract:**

This current research is aimed to reveal the effectiveness of using Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) to reduce the symptoms of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in a sample of children with Autism Spectrum Disorder (ASD), the study sample consisted of (16) children with autism spectrum disorder, were Divide into two experimental and control groups, each group consists of (8) children, who were diagnosed with avoidant restrictive food intake disorder, whose ages ranged from (4-9), and their average age was 67.23 months with a standard deviation of 2.31, and the researcher used the following tools: Stanford-Binet Intelligence Scale - The fifth picture, Gilliam Scale for Diagnosing Autism, prepared by (Adel Abdullah, Abeer Abu Al-Majd), the avoidant restrictive food intake disorder scale, prepared by the researcher, a program based on intensive behavioral intervention. preparation (researcher), The results of the research resulted in: There are statistically significant differences between the mean scores of the experimental group members in the pre and post measurements on the avoidant restrictive food intake disorder scale for autistic children in favor of the post measurement, and there are no statistically significant differences between the mean scores of the experimental group members in the post and follow-up measurements. On the Children's Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Scale. There are statistically significant differences between the mean scores of the two groups (males - females) on the Avoidant Restrictive Food Intake Disorder scale restricted to autistic children in favor of females.

key words: Autism Spectrum Disorder - Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) - Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI).

مقدمة:

اهتمت العديد من الدراسات النفسية والطبية المعاصرة بدراسة اضطرابات التغذية وكذلك حالات القلق التي يصاب بها الآباء تجاه أبنائهم ذوي الاضطرابات الغذائية المختلفة وقد يمتلكهم شعور الإحباط عندما تزداد مشكلات التغذية الخاصة بأبنائهم والتي قد تمتد معهم خلال مراحل نموهم المختلفة (Strand Jord, 2015, 673- 678).

واضطراب التغذية لدى الأطفال والمراهقين ED أو (Eating Disorders) لم يكن من السهل تشخيص بعض اضطراباته حتى مع وجود الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية والنفسية DSM4 (Diagnostic and Statistical manual of) (Mental disorder, fourth edition).

فقد كان هناك أكثر من ٥٠% من المرضى لم يتم تشخيصهم عرض محدد من اضطرابات التغذية، فالأطباء والباحثون حاولوا تشخيص وتتبع أنماط معينة من اضطرابات التغذية والتي كان يتم إدراجها وتصنيفها على أنها اضطرابات التغذية الغير محددة EDNOS أو (Eating Disorder not other wise spacified) والتي كانت متواجدة بشكل أكثر انتشاراً بين المرضى الأصغر سناً، وكانت تقتصر فقط على وصف العلاقة الارتباطية بين الاضطرابات الوجدانية وتناول كميات غير كافية من الطعام (Peebles, 2010, 1193- 120).

أما في الدليل التشخيصي DSMS فقد لاقت اضطرابات التغذية مساحة تشخيصية كافية وأمكن تفادي اضطرابات التغذية الغير محددة EDNOS أو حتى أصبح نادراً تكرار تشخيصها (Thomas, 2017, 2377- 2388).

وقد تضمن الدليل التشخيصي الخامس DSM5 اضطراب التغذية الاجتبابي/ المقيد ARFID (Aviodant/ Restrictive food intake disorder) والذي كان معروفاً في السابق باضطراب الأكل الانتقائي SED (Selective eating disorder) على أنه

اضطراب عقلي مرتبط بالعادات الغذائية الغير طبيعية والتي تؤثر بالسلب على الصحة البدنية والعقلية للفرد (Morris, 2014, 495- 499).

ويعد اضطراب التغذية الاجتيابي/ المقيد ARFID تشخيصاً جديداً في الدليل التشخيصي الخامس DSM5 فقد تم إدراجه دون التقييد بمرحلة عمرية معينة وهذا ما يميز ARFID عن فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي والذي يكون مصاحباً لهم في أغلب الأحيان اضطراب في صورة الجسم (Shanahan, 2014, 468- 473).

وفي بعض الدراسات كدراسة تينس Terence لوحظ أن سلوكيات الأطفال الغير عادية تجاه الطعام قد تمثل مؤشراً جديداً على إصابتهم بالاضطرابات السلوكية أو العقلية، فعلى سبيل المثال أن اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) ASD يمثل اضطراب نمائي مركب يتداخل فيه خلل في التفاعل الاجتماعي والاتصال مصحوباً بعدم المرونة السلوكية بالإضافة إلى السلوك التكراري وفقدان الاهتمام بالأشياء المحيطة، واستكمالاً لتلك الأعراض فإن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ASD دائماً ما يصابون باضطرابات جديدة في الأذن والجهاز الهضمي والنوم والإخراج واضطرابات التغذية المزمنة (Terence, 2016, 56- 62).

واضطرابات التغذية وعلى رأسها ARFID لدى أطفال اضطراب طيف التوحد لها بالغ الأثر في أنشطة الحياة اليومية لديهم والأداءات الخاصة بالوظائف العقلية ونمو الجسم لديهم حيث يؤثر نقص تناول بعض الأطعمة الهامة والحيوية لسلامة الجهاز العصبي وكفاءة وظائف العقل إلى أداء تلك الأجهزة لوظيفتها أو عرقلة أداء النبضات العصبية (Linda, 2010, 259- 264).

إضافة إلى ذلك فإن نقص بعض المركبات والمعادن الهامة التي يحتويها الغذاء ويرفض الطفل تناولها قد تؤدي إلى استثارة زائدة لبعض أنماط السلوك العدواني أو استثارة لسلوك غير مقبول.

واضطرابات التغذية المزمنة ومنها اضطراب (ARFID) قد تؤدي إلى تأخر عام في النمو والذي يشمل النمو العقلي والذي يؤثر بشكل مباشر في كلاً من النمو النفسي والنمو الاجتماعي لهؤلاء الأطفال فتصبح البرامج العلاجية أو التدخلات السلوكية لهؤلاء الأطفال غير فعالة (David, 2016, 1- 49).

وقد ذكرت دراسة وليامز Williams لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من (ARFID) أن التأخر الأكاديمي لديهم يرتبط ارتباط وثيق بالاضطراب الغذائي الذي يعانون منه (Williams, 2014, 1973- 1993).

أولاً: مشكلة البحث:

يمكن تحديد مشكلة البحث من خلال السؤال الرئيس التالي:

ما فعالية استخدام التدخل السلوكي المبكر المكثف (EIBI) للحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)

ويتفرع من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

(١) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد للأطفال الذاتويين لصالح القياس البعدي.

(٢) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي علي مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد للأطفال.

(٣) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الذكور والإناث علي مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد لدي الأطفال الذاتويين تعزى لمتغير الجنس.

ثانياً: أهداف الدراسة:

قد تساهم هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية التدخل السلوكي المبكر والمكثف لأطفال اضطراب طيف التوحد وذلك للحد من اضطراب ARFID وكذلك إلقاء الضوء على أهمية استخدام بعض مظاهر وأعراض اضطرابات التغذية في الكشف أو التشخيص المبكر لبعض مظاهر الاضطرابات الخاصة لطيف التوحد حيث أنها توفر مؤشر قوي لبداية اضطرابات الإدراك الحسي.

ثالثاً: مصطلحات الدراسة:

[١] التدخل السلوكي المكثف المبكر (EIBI):

Early intensive behavioral intervention:

هو أسلوب تعليمي متطور لبناء كثير من السلوكيات الإيجابية ومحاولة تقليل السلوكيات السلبية وغير المرغوب فيها من خلال التعامل الفردي من شخص بالغ إلى طفل صغير تحت إشراف متخصص وعادة ما يكون موجه للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تحت سن ٥ سنوات (Ulrika, 2016, 449).

هو أسلوب تعليمي يعتمد على تقنية السلوك التطبيقي والذي يعمل على رفع وتحسين السلوك المرتبط بالمهارات الخاصة بالتفاعل الاجتماعي والتواصل تحت مظلة مبادئ السلوك النفسي حيث يتأثر بالمواقف البيئية التي تدعم السلوك الإيجابي وتقلل حدوث السلوكيات الغير مرغوبة باستخدام التعزيز الإيجابي (Marissa, 2017, 273).

التعريف الإجرائي: هي تلك البرامج المكثفة المبكرة للتدخل اليومي للأطفال المصابين بمتلازمة ARFID أو اضطراب تناول الطعام الانتقائي المقيد لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل يومي من سن ٣ سنوات إلى ٦ سنوات بهدف تعديل الاستجابات الإيجابية وزيادة سرعتها بالمشاركة مع الوالدين باستخدام تقنية السلوك التطبيقي.

[٢] متلازمة (ARFID) أو اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد:

Avoidant/ Restrictive food intake disorder:

تعريف DSMS: هو اضطراب في التغذية أو تناول طعام يتميز بعدم القدرة على سد الاحتياجات الغذائية المناسبة للجسم وهو خلل وظيفي مستمر في تناول الطعام يؤدي إلى خسارة الوزن أو الفشل في اكتساب الوزن ويشخص في الأطفال الأقل من ٦ سنوات (DSM5, 2013).

وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي هو أحد اضطرابات الطعام وهو اضطراب عقلي يتميز بعادات غذائية غير طبيعية تؤثر بالسلب على الصحة البدنية أو العقلية للفرد (American Psychiatry Association, 2013).

تعريف مايو كلينك: هو عدم تلبية الحد الأدنى من الاحتياج الغذائي اليومي للفرد بسبب فقدان الاهتمام بتناول الطعام وتحاشي الغذاء ذو الخصائص الحسية أو الشعور بالقلق نحو تناول الطعام بسبب الخوف (Mayo Cline, 2017).

التعريف الإجرائي: هو اضطراب في التغذية مستمر نتيجة خلل في الإدراك الحسي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد يؤدي إلى عدم القدرة على سد احتياجاتهم الغذائية ويؤثر على صحتهم البدنية والعقلية.

[٣] اضطراب طيف التوحد (Autism spectrum disorder (ASD):

تعريف مايو كلينك: هو اضطراب يرتبط بنمو الدماغ ويؤثر على الشخص اجتماعياً بسبب عدم قدرته على تمييز الأشخاص الآخرين أو التعامل معهم ويتضمن بعض الاضطرابات السلوكية وأنماط من السلوك المتكرر وتُعتبر كلمة طيف عن مجموعة من الأعراض مختلفة المستويات في شدتها (Maydo Clinic, 2018).

اضطراب طيف التوحد ASD يعد من اضطرابات النمو المعقدة التي تؤثر على النمو الوظيفي للمخ وتؤثر على كلاً من مهارات التواصل والدمج الاجتماعي وخاصًة التواصل اللفظي وغير اللفظي أو التعامل مع المعلومات من خلال الحواس مصاحباً لها أنماط محددة من تكرار السلوك (Marguerite, 2018, 176- 179).

التعريف الإجرائي: اضطراب طيف التوحد أو ASD هو اضطراب نمائي تختلف شدتها من حالة لأخرى ويمكن تمييزها في الأساس من خلال مشكلات التواصل والصعوبات الاجتماعية ويكون مصاحباً لها أنماط من السلوك التكراري ومشكلات في الإدراك الحسي قد يؤدي إلى مشكلات مصاحبة قد تؤثر على المصاب عقلياً وبدنياً.

رابعاً: فروض الدراسة:

(١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد للأطفال الذاتويين لصالح القياس البعدي.

(٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد للأطفال.

(٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين (الذكور - الإناث) على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدي الأطفال الذاتويين لصالح الإناث.

خامساً: عينة الدراسة:

أجريت هذه الدراسة على عينة من أطفال اضطراب طيف التوحد والذين يعانون من اضطراب تناول الغذاء الاجتنابي المقيد بواقع (١٦) طفلاً ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية (٨) أطفال (٤) بنين (٤) بنات، ومجموعة ضابطة (٨) أطفال (٤) بنين (٤) بنات، وتتراوح أعمارهم العقلية بين ٤ إلى ٩ سنوات وتم تطبيق برنامج البحث بالمركز التربوي، كلية التربية للطفولة المبكرة جامعة الإسكندرية.

سادساً: أدوات الدراسة:

١- اجتياز تناول الغذاء الاجتبابي المقيد إعداد الباحثة.

٢- برنامج التدخل السلوكي المبكر والمكثف باستخدام السلوك التطبيقي للحد من أعراض اضطراب تناول الغذاء الاجتبابي المقيد لدى أطفال التوحد.

سابعاً: الإطار النظري:

إضطراب ARFID:

اضطراب ARFID مثل اضطرابات التغذية الأخرى ليس هناك سبب محدد له بل يتطور وينتج عن تفاعل عدة عوامل نفسية، وجينية، واجتماعية، وثقافية. فأغلب الحالات التي تم رصدها أو ظهرت على الأطفال كانت نتيجة التعرض لصدمة الاختناق أو تسمم الطعام أو القيء (Kurz, 2015, 779- 785).

ومازال الانتشار الحقيقي لذلك الاضطراب قيد الدراسة ولكن الدراسات الميدانية تشير إلى ما يقرب من ٥% من الأطفال يعانون من ARFID يحتل هذا الاضطراب المرتبة الثانية في اضطرابات تناول الطعام فنحو ٢٠% من المصابين ذكور بينما ٨٠% نم الإناث فهو اضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة لكن يمكن تشخيصه في أي عمر (Nicely, 2014, 14- 21).

تشخيص ARFID:

قبل تشخيص ARFID يجب على الأطباء تقييم حالة الطفل واستبعاد أي اضطراب أخرى مشابهة لهذه الأعراض أو الاضطرابات الجسدية التي قد تسبب فقدان الوزن وكذلك نقص الغذاء المتاح عن يعيشون في فقر .

الأعراض:

الأعراض السلوكية:

- الامتناع المفاجئ عن تناول الطعام أو تجربة نوع جديد من الطعام.
- الخوف من الطعام نتيجة الخوف من القيء أو الاختناق.
- ضعف شديد في الشهية دون سبب معروف طبي أو نفسي.
- تناول الطعام ببطء شديد باستمرار مع عدم إنهاء ما يقدم لهم من طعام.
- صعوبة مشاركة وجبات الطعام مع العائلة والأصدقاء وأفراد الأسرة.
- تناول أطعمة ذات خصائص متشابهة فقط (Fisher, 2014, 49- 52).

الأعراض الجسدية:

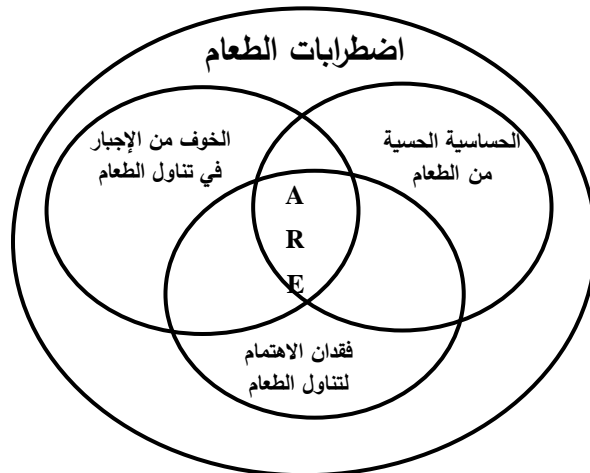
- توقف الطفل عن النمو أو اكتساب الوزن.
- خسارة شديدة في الوزن دون سبب طبي.
- تأخر في جميع مستويات النمو.
- نقص في بعض العناصر في الجسم مثل الحديد وبعض الفيتامينات.
- ظهور أعراض واضحة لسوء التغذية.
- اضطرابات في الجهاز الهضمي.
- الإحساس الدائم بالبرودة.
- ضعف عام وإجهاد (Forman, 2014, 750- 756).

مضاعفات ARFID:

- ١- تقلصات شديدة في المعدة.
- ٢- صعوبة شديدة في التركيز.
- ٣- انخفاض شديد في مستوى الحديد.

- ٤- انخفاض مستوى هرمون الغدة الدرقية.
- ٥- انخفاض في البوتاسيوم.
- ٦- انخفاض تعداد الدم.
- ٧- معدلات بطيئة لضربات القلب.
- ٨- الإغماء المتكرر.
- ٩- جفاف شديد في الجلد والأظافر.
- ١٠- ضعف العضلات.
- ١١- صعوبة التئام الجروح.
- ١٢- انخفاض شديد في المناعة (Sant, Anna, 2014, 674- 678).

وقد يتشابه اضطراب تناول الطعام الاختياري المقيد ARFID مع اضطراب فقدان الشهية العصابي ففي كلاهما يجد المصاب من كميات الطعام التي يتناولها إلا أن ما يميز فقدان الشهية العصابي هو الهوس بشكل الجسم والخوف من الزيادة في الوزن.



جدول (١)

الفرق بين اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والاضطرابات الغذائية الأخرى:

اضطراب التغذية الاجتماعي المقيد ARFID	الاضطرابات الغذائية الأخرى Eating disorders
١- فقدان وزن مفاجئ.	١- فقدان وزن تدريجي.
٢- تراجع في مسار النمو المحدد للطفل في سن مبكرة.	٢- قد لا يصاحبه تراجع في مسار النمو المحدد أو يظهر التراجع الوقتي في سن متأخرة.
٣- لا بد وأن يصاحبه أعراض مصاحبة كالقيء والاختناق والتحسس بطريقة لا إرادية.	٣- الأعراض المصاحبة قد لا تظهر وعند ظهورها قد تحدث بإدارة الفرد كما في البوليميا.
٤- قد يحتاج إلى المساعدة من خلال المكملات الغذائية وأدوية التغذية.	٤- قد يحتاج إلى المساعدة من خلال المكملات الغذائية وأدوية التغذية.
٥- صعوبة التواجد في أماكن بها أطعمة معينة وبالتالي استجابة القلق في المواقف الاجتماعية.	٥- لا توجد صعوبة في أماكن الطعام.

(Wong. G, 2018, 33) ، (Hay, 2017, 1- 10)

اضطراب طيف التوحد (ASD) :Autism spectrum disorder

يعد أحد الاضطرابات التي تحدث خلال النمو ويعتبر التوحد من اضطرابات النمو المعقدة والتي تؤثر على نمو العقل وخاصةً مهارات التواصل الاجتماعي وتختلف أعراض التوحد من الأعراض الخفيفة إلى الشديدة.

فالطفل المصاب بالتوحد لا يتبع النمط المعتاد لتطور الأطفال ففي بعض الحالات تظهر الأعراض منذ الولادة وخاصةً في السنة الثانية والثالثة للطفل فيلاحظ لآباء بداية القصور والذي يتمثل في رفض التواصل الاجتماعي وبداية لفقدان بعض المهارات الاجتماعية واللغوية التي كانوا قد اكتسبها الطفل من قبل مقارنة بما هم في مثل عمر الطفل (Stratis, 2015, 1026- 1028).

والتوحد لا يقتصر على بلد أو مجتمع بحد ذاته ولكنه موجود في جميع مناطق العالم ويشكل المصابون بالتوحد ١% من سكان العالم وعلى الرغم من التقدم العلمي في



مجالات التشخيص والتدخل المبكر إلا أن ٥٠% فقط من هذه الحالات يتم تشخيصها في مرحلة مبكرة (Aruidsson, 2018, 744- 746).

ويشمل اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي (PSM5) أربعة أنواع تعد هي الأكثر انتشاراً:

١- اضطراب التوحد Autism disorder.

٢- الاضطراب التحللي للأطفال Childhood disintegrative.

٣- اضطراب سبرجر Asperger's.

٤- اضطراب النمو الشامل Pervasive developmental disorder (DSM5, 2013).

وتعد إضافة صفة طيف إلى مصطلح التوحد وصف الاختلاف حدة الأعراض من الخفيفة إلى الشديدة وهذا الطيف يعمل نطاقات متعددة كل نطاق يعبر عن مجموعة الأعراض وشدتها فعلى سبيل المثال المصابون اللذين يقعون في آخر الطيف هم من يعانون من الأعراض الأكثر شدة كمتلازمة سبرجر ورغم أن هذا الوصف قد يميل له الكثيرون إلا أن هذا التشخيص والوصف لم يتم اعتماده رسمياً حتى الآن (Fombonne, 2018, 717-) (720).

فالأطفال المصابون بالتوحد يميلون إلى الظهور بشكل لا مبالي للأحداث المحيطة بهم بالإضافة إلى عدم استطاعتهم تكوين روابط عاطفية مع المحيطين عوضاً عن استجاباتهم غير المعتادة تجاه التجارب الحسية العادية وانزعاجهم الشديد للضوضاء وهذه الأعراض تختلف شدتها تبعاً من حالة إلى أخرى (Leaf, 2016, 473- 478).

فالأطفال المصابون بالتوحد لا يسيرون وفق الأنماط النموذجية للتطور مقارنة بأقرانهم من بعض الحالات تظهر تلك الأعراض في مرحلة مبكرة جداً أو منذ الولادة وهناك البعض يتطور بشكل طبيعي في البداية حتى ١٨ إلى ٣٦ شهر ثم يبدأ الوضع في التغير

ويبدأ الآباء في ملاحظة التغير الذي يبدأ برفض التواصل مع الآخرين حتى الوصول إلى مرحلة فقدان المهارات اللغوية والاجتماعية التي سبق واكتسبها في مرحلة سابقة حتى يصبح الفرق بينهم وبين أقرانهم في نفس المرحلة العمرية أكثر وضوحاً (Rogers, 2014, 2981-) (2985).

ويقدر مركز السيطرة على الأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية أن عدد الأطفال المصابون بالتوحد بـ ٣.٥% من كل ألف طفل وأن الانتشار بين المواليد يقدر بطفل من كل ٦٨ حالة ولادة والتي تشمل حالة واحدة بين كل ٤٢ ولد وحالة بين كل ١٨٩ فتاة وأن ما يقرب من ١% من سكان العالم مصابون بالتوحد (American Eanter for diseases) (control and prevention, 2017).

الأعراض:

وتشمل الأعراض ثلاث أعراض رئيسية وأخرى مصاحبة لها فمن الأعراض الرئيسية:

(١) خلل المهارات الاجتماعية.

وفيها يتجنب هؤلاء الأطفال الاتصال الجسدي والبصري مع الآخرين ومقاومة جميع أشكال التعبير عن الحب والتعبيرات الانفعالية ولا يظهرون حتى مشاعر الغضب، ويجد أطفال التوحد صعوبة في فهم التلميحات الاجتماعية المباشرة وغير المباشرة ولغة الجسد وبالتالي يفقدون القدرة على فهم وتوقع رد فعل الآخرين وذلك لعدم مقدرتهم على فهم منظور الآخر، فهم أيضاً لديهم صعوبة في تنظيم عواطفهم (Barnard, 2016, 522- 533).

(٢) خلل المهارات اللغوية:

أغلب الأطفال المصابون بالتوحد لا يعجزون عن أنفسهم لغوياً طوال حياتهم أما القلة التي يمكنها التعبير لا يطورون تلك المهارات إلا في سن متأخرة جداً مقارنة بأقرانهم



وعلى النقيض ق يكون هؤلاء الأطفال نفس العبارة كثيراً ويستخدمون كلمات لا يمكن جمعها في جملة مقيدة.

وهناك نسبة من أطفال التوحد قادرين فقط على تكرار ما سمعوه وهي حالة تعرف باللفظ الصددي أو echolalia وتلك الحالة في الغالب تنتهي عند سن ثلاث سنوات (Barton, 2015, 737- 740).

وفي بعض الحالات البسيطة للتوحد قد يكون لديهم مهارات لغوية مبكرة ومفردات لغوية كثيرة ومع ذلك يجدون صعوبة كبيرة في مجارة الآخرين في الحديث وبعضهم ليس لديهم القدرة على فهم لغة الجسد أو تمييز نبرة الصوت.

وعادة ما يميل المصابون بالتوحد إلى الخلط بين الضمائر بل وأن نبرة أصواتهم لا تتطابق مع ما يقولون أو يشعرون به فهم يعبرون عادة بالإيماءات واستخدام غير مفهوم للغة ونتيجة عدم استيعاب وفهم الآخرين لما يقولونه فعادة يلجأ هؤلاء الأطفال إلى أخذ ما تحتاجونه بالقوة أو الصراخ (Englund, 2014, 45- 106).

(٣) السلوك التكراري:

يحتاج الأطفال المصابون بالتوحد إلى تطابق مطلق في البيئة المحيطة بهم ويثورون عند حدوث أي تغيير فيها فكثير منهم يؤدون سلوكيات نمطية متكررة Stereotypo بالأيدي أو الأرجل أو ما يسمى بالتحفيز الذاتي Self- Simulation.

وهذه السلوكيات المتكررة بشكل كثيف أو الاهتمام إلى حد الهوس بشيء معين يؤثر حتى في قدرة الطفل على اللعب فهم يملكون القليل من الخيال ويعتمد بعضهم الانفرادي على القيام بنفس الفعل أو الأداء (عبد الرقيب الجبيري، ٢٠١٦، ٤٠٥ - ٤٦).

المشكلات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد ASD:

(١) مشكلات الإدراك الحسي:

عادة المصابون بالتوحد يعجزون عن فهم المنبهات الحسية المحيطة بهم وكثير منهم لديهم حساسية مفرطة تجاه الأصوات أو الملابس وأطعمة وروائح معينة لدرجة الصراخ فعقل الطفل التوحدي لا يمكنه الموازنة التجارب الحسية بشكل مناسب تختلط لديه الحواس.

(٢) نوبات الصرع:

يعاني حوالي ٢٥% من أطفال التوحد من نوبات صرعية في مرحلة الطفولة المبكرة أو المراهقة منا بين تشنجات أو إغماء وعادة ما يكون السيطرة عليها من خلال المعالجة الدوائية.

(٣) متلازمة كرموسوم إكس الهش Fragile X Syndrome:

وهي تعتبر الشكل الأكثر شيوعاً للتأخر العقلي والذي يكون فيه كروموسوم X هشاً ويصاب به حوالي ٥% من المصابين بالتوحد وهو نتيجة خلل وراثي يؤدي إلى التأخر العقلي وأعراض جسدية أخرى مصاحبة (صفاء منصور، ٢٠١٤).

تشخيص التوحد:

وتتضمن عملية التشخيص على وجود مشكلة أو أكثر في كلاً من التواصل والتفاعل الاجتماعي أو وجود السلوك التكراري قبل سن ٣ سنوات ويمر التشخيص بمرحلتين الأولى هي فحص تطور الطفل والمرحلة الثانية هي التقييم الشامل من قبل فريق متخصص (متعدد التخصصات).

تعتمد بعض أدوات الفحص على أجوبة الآباء والأمهات وأدوات الملاحظة الاستبانات وجداول المراقبة وأكثر شيوعاً هو اختبار (Childhood Autism Rating) والذي يعتمد على تقييم حركات الطفل والتواصل اللفظي والاستجابات الصوتية بالإضافة إلى ذلك يجب تقييم الطفل سمعياً واختبار نسبة الرصاص حيث تتزايد نسبة الرصاص في دم الأطفال المصابين بالتوحد.

وقد أقر الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSMS) خمسة بنود:

- (١) العجز المستمر في التفاعل الاجتماعي.
- (٢) السلوك والنشاط التكراري أو المقيد.
- (٣) أن تكون الأعراض في مرحلة النمو المبكر.
- (٤) أن تسبب الأعراض اختلال في المجالات الاجتماعية والمهنية.
- (٥) يجب أن يشمل اضطراب التوحد مع التأخر العقلي وجود ضعف في التواصل الاجتماعي (Rachel, 2017, 466- 472).

التدخل السلوكي المبكر والمكثف (EIBI):

Early Intensive behavioral intervention:

مع عدم وجود اختبار تشخيصي طبي نهائي للتوحد فإن التشخيص دائماً ما يعتمد على الأداءات السلوكية للطفل الذي عادة ما يظهر انخفاضاً واضحاً في تفاعله الاجتماعي وتواصله اللفظي بالإضافة إلى ظهور أعراض السلوك النمطي لديه والذي يؤدي بالتبعية إلى نقص بعض الوظائف الإدراكية والحسية لديه.

ويشير التدخل السلوكي المكثف (IBI) إلى العلاج الشامل للأطفال المصابين بالتوحد باستخدام تقنية السلوك التطبيقي (Applied behavior analysis (ABA) وهو نضج مكثف تم إثباته تجريبياً لمعالجة الأعراض الأساسية للتوحد إلى حد أكبر من أي علاج آخر فالشدة والتكثيف هي عامل حاسم في الوصول إلى أكبر نتيجة بحيث لا يقل عن ٢٥ ساعة أسبوعياً (Michael Tiura, 2017, 158- 197).

ويعتمد نجاح التدخل السلوكي المكثف على الاستخدام السليم والماهر لاستخدام التعزيز الإيجابي مع بعض التفاعلات الاجتماعية لتحفيز الطفل على إنتاج مهارات لغوية

مستقلة وذلك بالتعاون مع الأسرة لتعليم وتعزيز المهارات التي لم يتعلمها الطفل قبل الانتقال إلى مهارات أخرى متقدمة.

ويعتمد على تحليل السلوك التطبيقي (ABA) على النظريات الأساسية في تعلم السلوك.

نظرية التعلم السلوكية Behaviorism:

ويعد سكينر من أشهر علماء النفس المنظرين في اتجاه التحليل التجريبي للسلوك من خلال تجاربه المخبرية على الحيوانات ثم تطبيق المبادئ السلوكية على سلوكيات الإنسان فأوى ذلك إلى ظهور ما يعرف باسم تحليل السلوك التطبيقي (ABA) (عماد عبد الرحيم زغلول، ٢٠٠٦، ٨٨).

والذي يعتمد على دراسة السلوك التي تعمل على حل كثير من المشكلات السلوكية وفهم الكثير من الجوانب المعرفية.

واستطاع سكينر من وضع جداول للتعزيز والسلوك اللفظي وابتكر ما يسمى بالتعليم المبرمج وساهم في صياغة أهداف تربوية على نحو سلوكي قابل للتحقق.

ويعرف تحليل السلوك التطبيقي (ABA) على أنه تصميم وتقييم للبيئة لأحداث تحسن اجتماعي واضح في السلوك البشري فيشمل تحليل السلوك التطبيقي على استخدام الملاحظة والتحليل الوظيفي للعلاقات بين السلوك والبيئة وكذلك القياس (أحمد بن رزق الله، ٢٠١١، ٣٥).

ويستخدم تحليل السلوك التطبيقي معززات ومحفزات وتفسيرات للسلوك من خلال الأحداث الخارجية التي يمكن تغييرها دون التركيبات الداخلية التي لا يمكن التحكم بها (مجد كامل، ٢٠١٣).

واستخدام السلوك التطبيقي (ABA) لم يعد استخدامه مع أطفال اضطراب طيف التوحد إلا من خلال أبحاث "لوفالس Lovaas" في مطلع الستينات.

برنامج تحليل السلوك التطبيقي لوفاس:

هو برنامج تربوي للأطفال المصابين بالتوحد يعتمد على التدخل المبكر ويعمل من خلال نظرية التحليل للسلوك التطبيقي والذي يعتمد في المقام الأول على تنمية مهارات التقليد والمطابقة واستخدام مهارات التواصل الاجتماعي وتقوم فكرة لوفاس على نظرية سكرن للاشتراط الإجرائي والتركيز على سلوكيات منفصلة لسن ما قبل المدرسة (Baer, 2016, 91- 97).

وبرنامج لوفاس يعتمد على السلوكيات الحالية ومظاهر التوحد دون الرجوع لتاريخ الحالة.

تقنيات برنامج تحليل السلوك التطبيقي لأطفال طيف التوحد:

(١) التعزيز:

١- فاستخدام التعزيزات بشكل مكثف هو أساس البرنامج ويتم بإعطاء الطفل مكافأة فور قيامه بتنفيذ المهمة المطلوبة ومنها:

- معززات نشاطية.
- معززات مادية.
- معززات غذائية.
- معززات اجتماعية.

٢- العوامل المؤثر في التعزيز:

- فورية التعزيز.
- انتظام التعزيز.
- حدية التعزيز.
- كمية التعزيز.

(٢) أسلوب التشكيل:

ويقصد به تشكيل السلوك أو بناء السلوك وتعتمد على تحليل السلوك إلى عدد من المهمات الفرعية وتعزيزها والعمل على تكرارها لتحقيق السلوك النهائي.

(٣) التسلسل:

ويعتمد أسلوب التسلسل على تقسيم السلوك إلى مراحل متتابعة مكونة له بحيث لا يمكن الانتقال للمرحلة التالية دون النجاح في المرحلة السابقة وجزير بالذكر أنه لا يتم تعزيز السلوك إلا في المرحلة الأخيرة.

(٤) أسلوب النمذجة:

وفيها يتم تقديم نموذج سلوكي للطفل والهدف منه إكساب الطفل معلومات حول النموذج بهدف تعديل السلوك وإكسابه سلوك جديد من خلال الملاحظة والتقليد.

(٥) أسلوب التلقين:

ويعد التلقين من الفنيات التعليمية التي تساعد الطفل في أداء الاستجابة الصحيحة والتقليل من الخطأ ويستخدم على وجه الخصوص في الاستجابات الاجتماعية (فتحية طاس، ٢٠١٥).

أساسيات برنامج لوفاس:

- ١- بناء العلاقة الإيجابية بين الطفل والمعالج: وفيها يتم خلق التواصل بين طفل التوحد والمعالج وذلك قبل العملية العلاجية لتسهيل مهمة المعالج.
- ٢- النموذج السلوكي (ABA): والذي يتكون من ثلاثة أجزاء:
 - المثيرات القبلية الموجهة لرفع الطفل للقيام بالسلوك.
 - السلوك أو الاستجابة.
 - النتائج السلوكية وفيها يتحدد التعزيز أو العقاب.
- ٣- القياس المستمر: وهو قياس مستمر لمدى تقدم الطفل في كل مهارة وتسجيل كامل مستمر لمحاولاته.

٤- التعلم والتدريب في بيئة الطفل ومشاركة الأسرة.

الإجراءات المنهجية للبحث:

أولاً: منهج البحث:

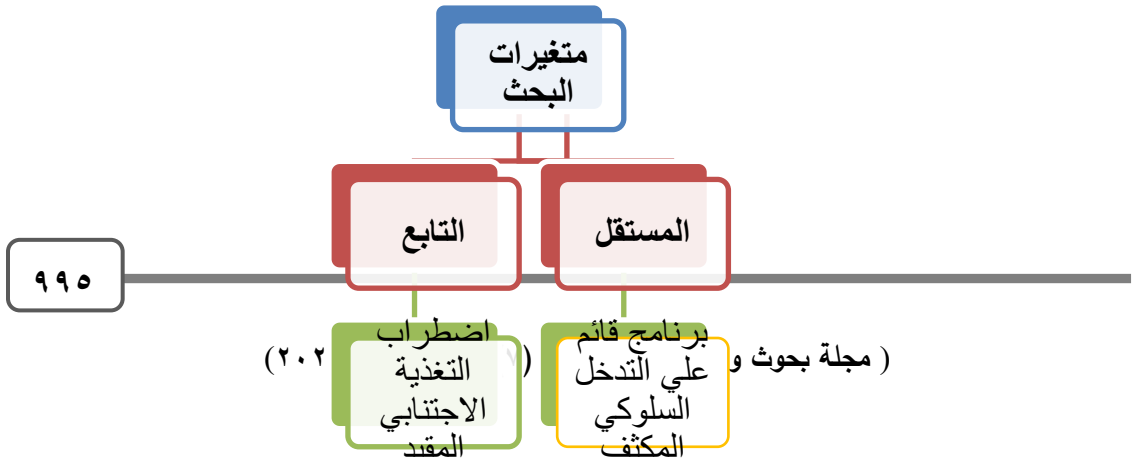
ويقصد بمنهج البحث الطريقة التي تسير عليها الباحثة في بحثها، ويختلف هذا باختلاف موضوع وهدف البحث، وتتوقف عملية اختيار منهج البحث علي طبيعته، وتحدد طبيعة البحث هنا باستخدام المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة) والذي يعتمد على مجموعة واحدة تجريبية يتم تطبيق البرنامج عليها وأخرى ضابطة، بعد تحقيق التكافؤ بين المجموعتين في متغيرات العمر والذكاء ومستوى شدة الذاتية والقياس القبلي لأعراض اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد ثم يتم إدخال المتغير المستقل وحده - التدخل المبكر السلوكي المكثف - على المجموعة التجريبية، ثم يتم القياس على المجموعتين قبل وبعد تنفيذ البرنامج، ومن ثم يكون فرق القياسين راجعاً إلى تأثير المتغير المستقل. ومن ثم يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين القائم على تصميم المعالجات "القبلية والبعديّة" لمتغيرات البحث وهي كالتالي:

(أ) المتغير المستقل ويتمثل في: برنامج قائم على التدخل السلوكي المبكر المكثف (EIBI).

(ب) المتغير التابع ويتمثل في: أعراض اضطراب التغذية الاجتتابي المقيد

(ج) المتغيرات المتداخلة التي يتم ضبطها: العمر والذكاء وشدة الذاتية.

ويمكن توضيح المتغيرات الأساسية للدراسة علي النحو التالي:



متغيرات البحث:

وقد استخدمت الباحثة تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة ذات القياس (القبلي - البعدي) لمجموعتي البحث، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (٢)

التصميم التجريبي للدراسة

مجموعات البحث	قبلي	المعالجات	بعدي
التجريبية	مقياس جيليام	برنامج قائم علي التدخل السلوكي المكثف	مقياس جيليام
	مقياس أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد		مقياس أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد
الضابطة	مقياس جيليام	بدون تدخل	مقياس جيليام
	مقياس أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد		مقياس أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد

ثانياً: إجراءات الدراسة:

عينة البحث: انقسمت عينة البحث إلى:

(أ) عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى الوقوف على مدى مناسبة الأدوات المستخدمة لمستوى أفراد العينة والتأكد من وضوح تعليمات الأدوات، والتأكد من وضوح البنود المتضمنة في أدوات الدراسة والتعرف على الصعوبات التي قد تظهر أثناء التطبيق والعمل على تلاشيها

والتغلب عليها، إلى جانب التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة. ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية روعي عند اختيارها أن يتوافر فيها معظم خصائص العينة الأساسية للدراسة. كما هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى فرز وتشخيص الأطفال ذوي اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد من بين الأطفال الذاتويين.

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من ٣٠ من الأطفال الذاتويين ممن تراوحت أعمارهم بين (٤ - ٩) وبلغ متوسط أعمارهم ٦٧.٢٣ شهرا بانحراف معياري قدره ٢,٣١، وقد تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية في (المركز التربوي) كلية التربية للطفولة المبكرة جامعة الإسكندرية. وقد اختارت الباحثة هذا المركز لتعاون القائمين علي العمل بالمركز وتفهمهم لطبيعة البحث وترحيبهم بتطبيق البحث داخل المركز.

(ب) عينة البحث النهائية (الأساسية):

تكونت عينة الدراسة من (١٦) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة كل مجموعة (٨) أطفال، ممن تم تشخيص اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد ممن تراوحت أعمارهم بين (٤ - ٩) والذين تم اختيارهم لتطبيق البرنامج التدريبي عليهم بناء علي الأسس التالية:

أسس إختيار العينة:

اعتمدت الباحثة على ضرورة توفير عدة شروط في العينة وذلك لزيادة إحكام البحث الحالي وضبطه قدر الإمكان وهذه الشروط هي :

- راعت الباحثة العمر الزمني إذ تتراوح أعمار الأطفال بين (٤ - ٩) سنوات، وتم عمل تكافؤ بينهم من حيث العمر الزمني، الذكاء، شدة الذاتية.
- ألا يعانون من أي إعاقات أخرى غير الذاتية، وتم ذلك من خلال سؤال القائمين علي رعايتهم، وملاحظة الباحثة الدقيقة للأطفال، ومن خلال المظهر العام

- مراعاة تجانس الأطفال من حيث المستوي الاقتصادي - الاجتماعي - الثقافي وتم ذلك باختيار المراكز من محيط جغرافي واحد.
- ضرورة انتظام جميع الأفراد بالمواعيد أثناء التطبيق. وبخاصة الذين تم اختيارهم لتطبيق البرنامج عليهم بعد تحقيق التجانس بينهم.
- ألا يكون أفراد العينة قد تعرضوا من قبل لأي برنامج من برامج خفض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد.
- أن يوافق الأطفال وأسره على الاشتراك في الدراسة.
- بعد تطبيق مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين متساويتين هما:

• **المجموعة التجريبية:** وتتكون من ثمانية أطفال من الذاتويين، والتي سيتم تطبيق البرنامج التدريبي على أفرادها ٤ بنين، ٤ بنات.

• **المجموعة الضابطة:** وتتكون من ثمانية أطفال من الذاتويين والذين لم يتلقوا أي معالجة تجريبية ٤ بنين، ٤ بنات

وقد قامت الباحثة بإجراء التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات الديموجرافية والمتغيرات الأساسية وذلك على النحو التالي:

أولاً: التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المتغيرات الديموجرافية:

قامت الباحثة بالتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) قبل تطبيق البرنامج وذلك في متغيرات العمر الزمني، نسبة الذكاء، ونسبة الذاتوية ويوضح جدول (٣) متوسطات ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودلالاتها للمجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات العمر الزمني، الذكاء.



جدول (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية ومتوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودالاتها للتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في العمر الزمني ومستوى الذكاء والذاتوية

مستوي الدلالة	قيمة Z	قيمة مان ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعات	
غير دالة	١.٠٦٠	١١.٥٠	٤٥.٥٠	٧.٥٨	١.٧٨	٦٩.٠٠	تجريبية	العمر
			٣٢.٥٠	٥.٤٢	٢.٢٥	٦٧.٥٠	ضابطة	
غير دالة	٠.٨٨٥	١٢.٥٠	٣٣.٥٠	٥.٥٨	٤.٧٧	٨٤.٠٠	تجريبية	الذكاء
			٤٤.٥٠	٧.٤٢	٢.٧٣	٨٦.٣٣	ضابطة	
غير دالة	٠.٣٢٤	١٦.٠٠	٤١.٠٠	٦.٨٣	٣.٣١	١٠٩.٨٣	تجريبية	الذاتوية
			٣٧.٠٠	٦.١٧	٣.٧٦	١٠٩.١٦	ضابطة	

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر والذكاء ومستوي الذاتوية غير دالة إحصائياً مما يشير إلي عدم وجود فروق بين المجموعتين، وبالنظر في الجدول السابق يتضح تقارب متوسطات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في كل من العمر الزمني، ونسبة الذكاء ومستوي الذاتوية.

ثانياً: التكافؤ في أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد:

كما قامت الباحثة بتكافؤ المجموعتين في اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد -لدي المجموعتين التجريبية والضابطة والتي يبينها جدول (٤)

جدول (٤) متوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودالاتها للتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد

مستوي الدلالة	قيمة Z	قيمة مان ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	المجموعات	
غ.د	٠.١٦٣	٣٠.٥٠	٦٩.٥٠	٨.٦٩	١.٨٨	٢٦.١٢	تجريبية	الأعراض

			٦٦.٥٠	٨.٣١	١.٨٥	٢٦.٠٠	ضابطة	الجسمية
غ.د	٠.٣٢٣	٢٩.٠٠	٦٥.٠٠	٨.١٣	٢.٢٥	٢٥.٢٥	تجريبية	الأعراض
			٧١.٠٠	٨.٨٨	٢.٠٠	٢٥.٥٠	ضابطة	السلوكية
غ.د	١.١٣٦	٢١.٥٠	٥٧.٥٠	٧.١٩	١.٩٢	٢٦.٣٧	تجريبية	الأعراض
			٧٨.٥٠	٩.٨١	١.٧٥	٢٧.٢٥	ضابطة	الانفعالية
غ.د	٠.٧٤٣	٢٥.٠٠	٦١.٠٠	٧.٦٣	٥.٤٧	٧٧.٧٥	تجريبية	الدرجة
			٧٥.٠٠	٩.٣٨	٤.٨٩	٧٨.٧٥	ضابطة	الكلية

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد وهو ما يظهر بوضوح من خلال مقارنة المتوسطات والانحرافات المعيارية في القياس القبلي وهو ما يؤكد علي تكافؤ المجموعتين.

ثالثاً: أدوات البحث:

وتشمل أدوات البحث على مايلي:

- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء - الصورة الخامسة.
- مقياس جيليام لتشخيص الذاتية إعداد (عادل عبد الله ، عبير أبو المجد)
- مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد إعداد الباحثة.
- برنامج قائم علي التدخل السلوكي المكثف. إعداد (الباحثة)

وفيما يلي عرض تفصيلي لكل منهما:

(١) مقياس ستانفورد بينيه للذكاء - الصورة الخامسة

الهدف من المقياس : يهدف مقياس ستانفورد بينيه بصورته الخامسة إلى تقديم صورة متكاملة عن القدرة العقلية للفرد (الذكاء) بصورتية اللفظي وغير اللفظي كما يقدم تقريراً مفصلاً عن القدرات المعرفية المختلفة للفرد من حيث جوانب القوة والضعف بها (فيما يعرف بالصفحة المعرفية) ، مما يساعد الفرد أو ولي أمره للوقوف على إمكانات الفرد وقدراته الفعلية

وبالتالى يمكن إستخدام النتائج فى مجالات متعددة كوضع البرمج العلاجية والارشادية أو التوجيه المهنى وغيرها من الأغراض .

وصف الإختبار: يطبق مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة بشكل فردى لتقييم الذكاء والقدرات المعرفية، وهو ملائم للأعمار من سن ٢:٨٥ سنة فما فوق ، ويتكون المقياس الكلى من ١٠ إختبارات فرعية غير لفظية ، لفظية، وتدرج فى الصعوبة عبر ستة مستويات ، وهذه الإختبارات الفرعية تتجمع مع بعضها لتكون مقاييس أخرى هى :

١. مقياس نسبة ذكاء البطارية المختصرة ؛ ويتكون من إختبارى تحديد المسار (إختبار سلاسل الموضوعات و إختبار المفردات) وتستخدم هذه البطارية فى إجراء التقييم النيوروسيكولوجى .

٢. مقياس نسبة الذكاء غير اللفظية والتي ترتبط بالعوامل المعرفية الخمسة التى تقيسها الصورة الخامسة ، ويستخدم هذا المجال فى تقييم الأفراد العاديين وأيضاً الصم ، وبعض الحالات الأخرى ذات الإعاقات اللغوية .

٣. مقياس نسبة الذكاء اللفظية والتي ترتبط أيضاً بالعوامل المعرفية الخمسة ، ويستخدم هذا المجال فى تقييم العاديين كما يطبق على بعض الحالات الخاصة التى تعانى من ضعف البصر أو مشكلات أخرى تحول دون تطبيق الجزء الغير لفظى فيتم الاقتصار على الجزء اللفظى فقط .

٤. نسبة الذكاء الكلية للمقياس وهى ناتج جمع المجالين اللفظى وغير اللفظى .

زمن الإختبار: يتراوح متوسط زمن تطبيق المقياس من ١٥-٧٥ دقيقة ، ويعتمد هذا على المقياس المطبق . فتطبيق المقياس الكلى عادة ما يستغرق من ٤٥ - ٧٥ دقيقة ، فى حين يستغرق تطبيق البطارية المختصرة من ١٥-٢٠ دقيقة ، ويستغرق تطبيق المجال غير اللفظى والمجال اللفظى حوالى ٣٠ دقيقة لكل منهما .

التصحيح : يتم تصحيح المقياس إلكترونياً حيث يقدم المقياس ثلاث نسب للذكاء بالإضافة إلى المؤشرات العاملية الخمسة والصفحة المعرفية ، كما يمكن تصحيح المقياس بشكل يدوي باستخدام الجداول المعيارية الملحقة بالبطارية.

الخصائص السيكومترية للمقياس: وقد تم تقنين هذه الصورة على (٤٨٠٠) فرداً تتراوح أعمارهم ما بين (٢) إلى (٨٥) عاماً في الولايات المتحدة الأمريكية وقد كانت معاملات الثبات مرتفعة وتراوح ما بين (٠,٩٥) إلى (٠,٩٨) للدرجة المركبة و(٠,٩٠) إلى (٠,٩٢) للعوامل، وما بين (٠,٨٤) إلى (٠,٨٩) للاختبارات الفرعية، كما تم حساب معاملات الصدق مع الصورة (ل- م) والصورة الرابعة من نفس المقياس ومقاييس وكسلر Wppls- R. Walslll. Wlat ll. Wislll.

وقد اقتبست الصورة الخامسة إلى العديد من لغات العالم، وقام صفوت فرج (٢٠١١) ومجموعة من الباحثين المتميزين بتعريب وتقنين الصورة الخامسة من مقياس ستانفورد بينيه للذكاء على عينة ممثلة للمجتمع المصري بلغت قوامها ما يقرب من (٣٦٠٠) فرد من كافة الأعمار من سن سنتين وحتى أكثر من ثمانين عاماً.

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

أولاً: الصدق: قامت الباحثة في البحث الحالي باستخدام **صدق المحك الخارجي** وذلك بحساب معامل الارتباط بين أداء عينة من (٣٠) طفلاً علي المقياس وأداؤهم علي مصفوفات رافن حيث بلغ معامل الصدق (٠.٧٧٧) وهو دال إحصائياً عند مستوي (٠.٠١) مما يؤكد علي صدق الاختبار وصلاحيته للاستخدام في الدراسة الحالية.



ثانياً: الثبات: كما قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستخدام ثبات إعادة التطبيق علي (٣٠) طفلاً بفاصل زمني قدره شهر وبلغ معامل ثبات إعادة التطبيق (٠.٧٦٤) وهو معامل ثبات مرتفع يعزز الثقة في المقياس.

الثبات: قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستخدام ثبات إعادة التطبيق على (٣٠) طفلاً بفاصل زمني قدره شهر وبلغ معامل ثبات إعادة التطبيق (٠,٧٢٨) وهو معامل ثبات مرتفع يعزز الثقة في الاختبار.

(٢) مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب طيف التوحد - الإصدار الثالث GARS-3 تعريب عادل عبدالله وعبير أبو المجد (٢٠٢٠)

مقياس جيليام لتشخيص الذاتية عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف الذاتية. قام بإعداد المقياس وتصميمه جيمس جيليام (James E.Gilliam,1995) وذلك عقب إصدار الدليل التشخيصي الرابع ثم أدخل عليه تعديلات في الإصدار الثاني عام ٢٠٠٦، ومع ظهور الدليل التشخيصي الخامس عام (٢٠١٣) ظهر الإصدار الثالث من مقياس جيليام GARS-3 ليواكب التعديلات التي تضمنها الإصدار الخامس. تم تعريب المقياس بمصر وتم استخراج معاملات ثبات وصدق له ونشر في مصر عام (٢٠٠٤) وقام بإعداده كلاً من محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن بجامعة الزقازيق. تم إعادة تعريبه وقياس معامل الصدق والثبات واستخراج معايره على البيئة المصرية من خلال عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥). ونظرًا لأهمية المقياس على مستوى العالم فقد قام عادل عبدالله وعبير أبو المجد الإقدام على تعريب الإصدار الثالث عام (٢٠٢٠) كي يكون متاحًا ومناسبًا للاستخدام في البيئة العربية.

أهم الخصائص المميزة للإصدار الثالث

١- التزم جيليام عند إعداد المقياس بالمحكات التشخيصية لاضطراب طيف الذاتية كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (٢٠١٣) DSM- V.

- ٢- اعتمد المقياس على ثلاث درجات معيارية هي الرتب المئينية، والدرجات الموزونة، ومؤشر اضطراب طيف الذاتوية بحيث يتم تحويل الدرجات الخام إليها.
- ٣- إضافة أربعة مقاييس فرعية جديدة وهي (التواصل الاجتماعي، الاستجابات الانفعالية، الأسلوب المعرفي، الكلام غير الملائم).
- ٤- يعطي المقياس مؤشرين للاضطراب أحدهما للأطفال غير الناطقين حيث يتم الاكتفاء بأول أربع مقاييس فرعية في المقياس، والمؤشر الآخر يستخدم مع الأطفال الناطقين من خلال تطبيق فروع المقياس كاملة.
- ٥- يمكن من خلال المقياس تحديد مستوى الشدة من خلال ثلاث مستويات (بسيط، متوسط، شديد) وما يقابلها من مستويات الدعم والمساندة من خلال ثلاث مستويات من الدعم (يحتاج إلى دعم قليل/ يحتاج إلى دعم كبير/ يحتاج إلى دعم كبير للغاية).
- ٦- إعادة صياغة المقياس الفرعي الخاص بالسلوكيات النمطية في الإصدار الثاني ليكون باسم السلوكيات المقيدة/التكرارية تماشيًا مع ما ورد في الدليل الإحصائي الخامس.
- ٧- الإبقاء على ١٦ عبارة من الإصدار الأقدم، بالإضافة إلى وضع ٤٢ عبارة جديدة اشتقتها من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (٢٠١٣) DSM- V.
- ٨- التأكد من تمتع المقياس بخصائص سيكومترية مناسبة تبرر إمكانية الاعتماد به.
- ٩- تحديث المقياس بشكله العام.

وصف المقياس:

- ١- تم إعداد المقياس للتعرف وتشخيص الأفراد في المدى العمري ٣-٢٢ سنة ممن يواجهون مشكلات سلوكية قد تكون مؤشرا للإصابة باضطراب طيف الذاتوية.
- ٢- يتألف المقياس من ٥٨ عبارة موزعة على ستة مقاييس فرعية تمثل مكونات هذا المقياس وتعمل على وصف سلوكيات محددة يمكن ملاحظتها وقياسها، ويوجد أمام



كل منها أربعة اختيارات هي (نعم- أحيانا-نادرا-لا) وتحصل على الدرجات (صفر- ١-٢-٣) بالترتيب، وبالتالي تتراوح درجات المقياس بين صفر - ١٧٤ درجة.

٣- تضم المقاييس ستة مقاييس فرعية كما يلي:

أ- السلوكيات المقيدة أو التكرارية: وتضم ١٣ عبارة تقيس السلوكيات النمطية، والاهتمامات المقيدة، والروتين، والطقوس.

ب- التفاعل الاجتماعي: ويضم ١٤ عبارة تقيس السلوكيات الاجتماعية.

ج- التواصل الاجتماعي: ويضم ٩ عبارات تقيس استجابات الفرد للمواقف، والسياقات الاجتماعية، وفهمه لفحوى التفاعل الاجتماعي والتواصل.

د- الاستجابات الانفعالية: وتضم ٩ عبارات تقيس الاستجابات الانفعالية المتطرفة من جانب الأفراد للمواقف الاجتماعية اليومية.

هـ- الأسلوب المعرفي: ويضم ٧ عبارات تقيس الاهتمامات الغريبة الثابتة للأفراد، والخصائص والقدرات المعرفية.

و- الكلام غير الملائم: ويضم ٧ عبارات تصف أوجه القصور في حديث الطفل، والغرابة أو الشذوذ في التواصل اللفظي من جانبه.

تطبيق المقياس وتصحيحه:

١- يتطلب تطبيق هذا المقياس أن يكون الشخص المؤهل القائم بتطبيق المقياس وإعطاء الدرجات وتفسيرها مؤهلاً لذلك، وأن يعرف الطفل جيداً والخصائص التي يتسم بها، وأن يكون على دراية جيدة باضطراب الذاتية حتى يتمكن من إنهاء تطبيقه بالشكل المطلوب وغالباً ما يتولى الأخصائي أو المعلم تطبيق المقياس حيث يكون على دراية

كبيرة بالطفل وتمكنه من اختيار العبارات التي تنطبق عليه، أو بالأحرى يختار العبارات الأكثر انطباق عليه.

٢- وإذا لم يكن الطفل ممن يتحدثون فعلى القائم بتطبيق المقياس أن يتوقف بعد المقياس الفرعي الرابع، ولا يكمل التطبيق، ويكتفي بتلك المقاييس الفرعية الأربعة فقط نظراً لوجود عبارات في المقياس الفرعي الخامس (الأسلوب المعرفي) كالعبارات أرقام ٤٥، ٤٧، ٥١ تتطلب وجود نوع ما من التواصل من جانب الطفل فضلاً عن المقياس الفرعي السادس كاملاً (الكلام غير الملائم) والذي يتطلب أن يتحدث الطفل حتى نتعرف على الأنماط غير الملائمة في حديثه. أما إذا كان بوسع الطفل أن يتحدث يكون على القائم بالتطبيق آنذاك أن يستكمل تطبيق المقياس كاملاً عليه.

٣- وعند تصحيح المقياس يتم حساب الدرجات الخام التي يحصل عليها الفرد وذلك في كل اختيار بالنسبة لكل مقياس فرعي على حدة، ثم يتم جمعها كدرجة كلية على كل اختبار فرعي.

٤- ويتم بعد ذلك تسجيل تلك الدرجات في استمارة تسجيل الاستجابات والتي تتضمن خمسة أقسام:

أ- القسم الأول والخاص بالبيانات الشخصية للحالة، والقائم بالتطبيق، والتقييم، ومدى معرفته بالطفل.

ب- القسم الثاني فيتناول ملخصاً لأداء الطفل على المقاييس الفرعية المتضمنة بحيث يتم تسجيل الدرجة الخام الكلية التي يحصل عليها في كل مقياس فرعي، ثم يقوم بتسجيل الدرجة الموزونة، والرتبة الميئينية الموازية للدرجة الخام الكلية لكل مقياس فرعي وذلك بالرجوع إلى الجدول الخاص بتحويل الدرجات الخام إلى رتب ميئينية ودرجات موزونة.

ج- القسم الثالث يتضمن الأداء المركب للحالة على المقياس بحيث يتم تسجيل الدرجة الموزونة التي يحققها في كل مقياس فرعي سواء اقتصرت الاستجابة على أربعة مقاييس فرعية أو شملت المقاييس الفرعية الستة، ويتم جمع الدرجات الموزونة في الخانة التالية، ثم يتم الرجوع إلى الجدول الخاص بتحويل الدرجات الموزونة إلى رتب مئينية لتحديد الرتبة المئينية المقابلة لتلك الدرجة الموزونة مع ملاحظة ما إذا كانت تلك الدرجة الموزونة لأربعة أو ستة مقاييس فرعية، وتسجيل درجة مؤشر اضطراب الذاتوية المقابلة لها. وبناء على ذلك وبمساعدة ما يتضمنه القسم الرابع من الاستمارة يتم تحديد احتمال وجود اضطراب طيف الذاتوية، ومستوى الشدة وذلك في آخر خانيتين.

د- القسم الرابع يعرض كدليل إرشادي لتفسير الدرجات لمؤشر اضطراب الذاتوية وتحديده، ومعدل احتمال وجود اضطراب طيف الذاتوية لدى الفرد، ومستوى شدة الاضطراب، وأخيراً توصيفه للحالة فيما يتعلق بمدى حاجتها إلى الدعم والمساندة ما بين الحاجة إلى الحد الأدنى من الدعم، أو قدر كبير من الدعم، أو قدر كبير للغاية فضلاً عن عدم الحاجة له نظراً لعدم وجود الاضطراب.

هـ- القسم الخامس فيتضمن المقاييس الفرعية للمقياس وهو عبارة عن ٥٨ عبارة موزعة على ستة مقاييس فرعية تمثل مكونات هذا المقياس وتعمل على وصف سلوكيات محددة يمكن ملاحظتها وقياسها، ويوجد أمام كل منها أربعة اختيارات هي (نعم- أحياناً- نادراً- لا).

تفسير درجة مؤشر اضطراب الذاتوية:

يتم بعد ذلك تحديد مدى احتمال أن يكون الفرد من ذوي اضطراب طيف الذاتوية وذلك وفق ما يعرضه الجدول الموجود بالقسم الرابع كدليل إرشادي لتفسير الدرجات. ويعد مؤشر اضطراب الذاتوية هو أفضل تقدير كلي للسلوكيات الذاتية التي تصدر عن الفرد، كما تقاس بهذا المقياس حيث تأخذ هذه الدرجة المعيارية في الاعتبار كل السلوكيات التي تعد

بمثابة أعراض لاضطراب التوحد، ولذلك فإنها تعد أفضل منبئ بالاضطراب، ويجب الاعتداد بها عند اتخاذ قرارات تتعلق بالتشخيص.

وكما ارتفع مؤشر اضطراب طيف الذاتوية كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة للفرد أن يعاني منه، وكانت سلوكياته التوحدية أكثر شدة، ووفقاً لدرجة مؤشر الاضطراب ($50 \leq$ 101) فإن كل من تصل درجة مؤشر الاضطراب لديه التي تعكس سلوكياته واستجابته على المقياس 50 فأكثر يعد من ذوي اضطراب طيف الذاتوية وتتوزع احتمالية التعرض للاضطراب وفقاً لدرجة مؤشر الاضطراب على ثلاثة مستويات هي من غير المحتمل ($40 \geq$)، ومن المحتمل ($50 - 70$)، ومن الأكثر احتمالاً ($71 - 101 \leq$) بحيث ينفي الأول تعرض الفرد للاضطراب، ويؤكد الثاني والثالث أنه من ذوي اضطراب طيف الذاتوية، كما يعرض لثلاثة مستويات لشدة الاضطراب توازي ثلاثة مستويات لتقديم الدعم والمساندة للفرد يعكس أولها مستوى بسيط من الشدة، وحاجة الفرد إلى درجة قليلة من الدعم ($50 - 70$)، ويعكس الثاني مستوى متوسطاً من الشدة ودرجة كبيرة من الدعم ($71 - 100$)، بينما يعكس الثالث المستوى الشديد للحدة، والحاجة إلى درجة كبيرة للغاية من الدعم ($101 \leq$).

الخصائص السيكومترية للمقياس وتقنيته:

بلغت عينة التقنين في الصورة الأجنبية للمقياس 1859 فرداً من ذوي اضطراب طيف الذاتوية من الجنسين تتراوح أعمارهم بين 3- 22 سنة من 48 ولاية بالولايات المتحدة الأمريكية، ويتراوح عددهم في كل سنة من هذا المدى العمري بين 35- 157 فرداً. ولحساب الثبات تم استخدام معامل ألفا على عينة ($n = 84$) وتراوح قيمته بين 0,79 - 0,94 وبطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول على عينة ($n = 122$) تراوحت قيم (r) الدالة على معامل الثبات بين 0,77 - 0,96 أما بطريقة ثبات المصححين على نفس عينة إعادة التطبيق من خلال مجموعات من المصححين ($n = 232$) موزعين على 116 زوجاً ضمت أولياء أمور، ومعلمين، وأخصائيين نفسيين، وأخصائيين تخاطب، وأخصائيين آخرين، ومساعدتي معلمين) تراوحت متوسطات قيم (r) بين المصححين بين 0,71 - 0,85 وهي قيم دالة عند 0,01.



ولحساب الصدق تم استخدام صدق المحتوى حيث أكد تحليل العبارات على مناسبته حيث تم اشتقاقه من مجالي الاضطراب في DSM - V وبلغت قيمة القوة التمييزية للعبارات بين ٠,٥٧ - ٠,٨٦، بينما بلغت قيمة صدق المحك ٠,٨٦ مع قائمة السلوك التوحدي، ٠,٦٩ مع مقياس الملاحظة التشخيصية لاضطراب التوحد، ٠,٦٨ مع مقياس كارولينا لتقدير اضطراب التوحد، ٠,٦٩ مع مقياس جيليام لتقدير اضطراب اسبرجر، وتراوحت القدرة التمييزية للمقياس بين المجموعات التشخيصية المختلفة بين ٠,٥٠ - ٠,٨٧ أما الصدق العملي للمقياس فقد أكد على وجود ستة عوامل تؤلف المقاييس الفرعية الستة المتضمنة حيث تراوحت قيم تشعب العبارات على العوامل ٠,٣٩ - ٠,٩٥.

وللتحقق من صدق وثبات المقياس في البيئة المصرية قام كلاً من (عادل عبدالله & عبير أبو المجد، ٢٠٢٠) بترجمة المقياس وإعداده باللغة العربية ثم عرضه على عشرة من الأساتذة المحكمين في مجال التربية الخاصة، وتم الأخذ بأرائهم، وإجراء التعديلات التي أشاروا إليها كلما كان ذلك ضرورياً، ثم قام الباحثان بعد ذلك بتطبيق المقياس على عينة من مائة طفل من الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس، وتقنيه للخروج بمعايير محددة، وتحديد نسب ومستويات احتمال حدوث اضطراب طيف الذاتوية بين الأطفال، ومستوى شدته.

وقد قامت الباحثة في البحث الحالي بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس جيليام وذلك على النحو التالي:

أولاً: صدق المحك الخارجي:

وذلك بحساب معامل الارتباط بين أداء العينة الاستطلاعية على مقياس جيليام وبين مقياس الطفل التوحدي اعداد عادل عبد الله وكانت قيمة معامل الارتباط كما هي موضحة في

جدول (٥)

معامل الارتباط بين أداء أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس جيليام مقياس الطفل التوحدي

مقياس الطفل التوحدي

المتغيرات

٠,٧٨٠	مقياس جيليام
-------	--------------

ثانياً: الثبات:

قامت الباحثة في البحث الحالي بحساب ثبات إعادة التطبيق حيث تم حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للمقياس بفواصل زمني أسبوعين (ن = ٣٠) كما تم حساب معادلة ألفا كرونباخ وكانت النتائج كما هي معروضة في

جدول (٦)

معاملات الثبات لمقياس جيليام لتشخيص الذاتوية

الأبعاد	معامل الثبات ألفا	ثبات اعادة التطبيق
السلوكيات المقيدة أو التكرارية	٠,٨٣	٠,٧٤
التواصل الاجتماعي	٠,٨٦	٠,٧٨
التفاعل الاجتماعي	٠,٨٥	٠,٧٣
الاستجابات الانفعالية	٠,٧٩	٠,٧٩
الأسلوب المعرفي	٠,٨٤	٠,٧٥
الكلام غير الملائم	٠,٧٩	٠,٧٤
الدرجة الكلية	٠,٨٧	٠,٨١

وبالنظر إلى جدول (٦) يتضح تمتع مقياس جيليام بخصائص سيكومترية طيبة تجعل الاعتماد عليه في البحث الحالي محل ثقة.

(٣) مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد : إعداد الباحثة.

(أ) مبررات تصميم المقياس: هناك العديد من الأسباب التي دعت إلي تصميم المقياس منها قلة وجود المقاييس المستخدمة لقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد لدي الذاتويين وتفضيل الباحثة تصميم مقياس خاص به للاستخدام في الدراسة الحالية.

(ب) اجراءات إعداد وتصميم المقياس : تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للدراسة الحالية من (٥) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة

التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتي تترايط جميع الخطوات ويصبح العمل متكامل وفي صورته النهائية، ويمكن من خلال الشكل التالي توضيح تلك الخطوات:



الخطوة الأولى : الاطلاع علي المقاييس المشابهة

اطلعت الباحثة على ما أتيح لها من إطار نظري ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء والنظريات المتعلقة بموضوع الدراسة ومقاييس واختبارات التي تناولت اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة في قياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة والتي تم عرضها في الفصل الثاني من هذه الدراسة .
- تحليل النظريات والتعريفات التي تناولت مهارات اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد .

كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة بها. وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتيحت للباحثة وتناولت اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد، أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي. كما تام الاعتماد علي معايير

تشخيص اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد من خلال محكات تشخيص الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية.

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة الدراسة وما تواجهه من صعوبات وكذا القائمين علي رعايتهم، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقية لهذه الفئة. كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته سعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة، وواضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة.

الخطوة الثالثة: صياغة بنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع الأطفال ومعلميهم ، قامت الباحثة بتحديد بنود المقياس وصياغة بنود المقياس: وفقا لمكونات اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد. وقامت الباحثة ببناء الصورة المبدئية لمقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد ويتألف المقياس من ٤٠ عبارة في صورته المبدئية.

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد منها. وذلك على النحو التالي:

- الصدق المنطقي:

يهدف الصدق المنطقي (صدق التكوين الفرضي) إلى الحكم على مدى تمثيل المقياس للميدان الذي يقيسه. أي أن فكرة الصدق المنطقي تقوم في جوهرها على اختيار مفردات المقياس بالطريقة الطبقيّة العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلاً صحيحاً، وقد



قامت الباحثة ببناء مقياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمى صدق المحكمين، وذلك لتأكد من مدى وضوح المفردات وحسن صياغتها، ومدى مطابقتها للبعد الذي وُضعت لقياسه، تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس والتربية الخاصة ورياض الأطفال، حيث تم تقديم المقياس مسبقاً بتعليمات توضح لهم ماهية اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- ١- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه
- ٢- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
- ٣- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
- ٤- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- ٥- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها للمقياس.
- ٦- إبداء ما يقترحونه من ملاحظات حول تعديل أو إضافة أو حذف ما يلزم.

وتم حساب النسبة المئوية التي توضح نسبة اتفاق المحكمين على كل مفردة من مفردات مقياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد ويتضح ذلك من الجدول التالي: ويعرض جدول رقم (٧) نسب الاتفاق بين المحكمين علي بنود مقياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد.

جدول (٧)

النسب المئوية للتحكيم على مقياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد (ن=١٠)

م	موافق	تعديل صياغة	حذف	م	موافق	تعديل صياغة	حذف	م	موافق	تعديل صياغة	حذف
---	-------	-------------	-----	---	-------	-------------	-----	---	-------	-------------	-----

-	-	%١٠٠	٣١	%٣٠	-	%٧٠	١٦	-	-	%١٠٠	١
-	-	%١٠٠	٣٢	-	-	%١٠٠	١٧	%٣٠	-	%٧٠	٢
-	-	%١٠٠	٣٣	-	-	%١٠٠	١٨	%٣٠	-	%٧٠	٣
-	-	%١٠٠	٣٤	-	-	%١٠٠	١٩	-	-	%١٠٠	٤
%٣٠	-	%٧٠	٣٥	-	-	%١٠٠	٢٠	-	-	%١٠٠	٥
-	-	%١٠٠	٣٦	-	-	%١٠٠	٢١	%٣٠	-	%٧٠	٦
-	%١٠	%٩٠	٣٧	-	-	%١٠٠	٢٢	-	%١٠	%٩٠	٧
-	-	%١٠٠	٣٨	-	-	%١٠٠	٢٣	-	-	%١٠٠	٨
-	-	%١٠٠	٣٩	-	%١٠	%٩٠	٢٤	-	-	%١٠٠	٩
-	-	%١٠٠	٤٠	-	-	%١٠٠	٢٥	-	%٢٠	%٨٠	١٠
				-	-	%١٠٠	٢٦	-	-	%١٠٠	١١
				-	%٢٠	%٨٠	٢٧	-	-	%١٠٠	١٢
				-	-	%١٠٠	٢٨	-	-	%١٠٠	١٣
				-	-	%١٠٠	٢٩	-	-	%١٠٠	١٤
				-	-	%١٠٠	٣٠	-	-	%١٠٠	١٥

وباستقراء جدول (٧) يتضح أنه تم الإبقاء على معظم المفردات التي بلغت نسب اتقاقها ١٠٠% كما هي دون إجراء أي تعديل، وتم تعديل صياغة أربع مفردات بناءً على آراء السادة المحكمين. وتم حذف عشر عبارات ليصبح المقياس في صورته النهائية ٣٠ عبارة موزعة علي ثلاثة أبعاد بواقع عشر عبارات لكل بعد.

قامت الباحثة الحالية بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

أولاً: الاتساق الداخلي:

وتم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية وذلك لحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة، والبعد الذي تنتمي إليه تلك المفردة، ويوضح جدول (٥) معاملات الارتباط بين المفردة والبعد الذي تنتمي إليه:

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (ن=٣٠)

الانفعالي		السلوكي		الجسمي	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
**٠.٦٦٠	٢١	**٠.٤٨٩	١١	**٠.٥٣١	١
**٠.٦٤٣	٢٢	**٠.٦٤٣	١٢	**٠.٧٤١	٢
**٠.٦٤٦	٢٣	**٠.٤٧٥	١٣	**٠.٦٧٦	٣
**٠.٧١٠	٢٤	**٠.٧٤٥	١٤	**٠.٧٥٠	٤
**٠.٥٩٩	٢٥	**٠.٦٩٨	١٥	**٠.٥٩٩	٥
**٠.٦٦٠	٢٦	**٠.٥٨٥	١٦	**٠.٦١٦	٦
**٠.٦٤٣	٢٧	**٠.٥٩٤	١٧	**٠.٦٦٥	٧
**٠.٥٦٥	٢٨	**٠.٦٢٥	١٨	**٠.٥٢٣	٨
**٠.٥٣٩	٢٩	**٠.٥٤١	١٩	**٠.٦٢٤	٩
**٠.٥١٢	٣٠	**٠.٥٣٠	٢٠	**٠.٤٩٥	١٠

يتضح من جدول (٨) أن قيم معاملات الارتباط تراوحت بين (٠.٤٧٥، ٠.٧٥٠)،

وأن هذه القيم مقبولة.

الثبات: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد باستخدام الطرق التالية:

(أ) معادلة ألفا كرونباخ: وذلك على عينة بلغت (٣٠) من المفحوصين، وذلك لأن المقياس على متدرج ثلاثي ومن ثم يصلح هذا النوع من أنواع معادلات حساب الثبات وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (٩)

جدول (٩)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ن = ٣٠

المقياس	ألفا كرونباخ
---------	--------------

٠.٧٤٢	الأعراض الجسمية
٠.٧٥٣	الأعراض السلوكية
٠.٧٣٩	الأعراض الانفعالية
٠.٧٨٥	الدرجة الكلية

(ب) طريقة اعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط القياسين اللذان تما بفاصل زمني قدره أسبوعين على عينة الدراسة الاستطلاعية وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة في جدول (١٠)

جدول (١٠)

معاملات الثبات بطريقة اعادة التطبيق ن = ٣٠

المقياس	اعادة التطبيق
الأعراض الجسمية	٠.٧٤١
الأعراض السلوكية	٠.٧٥٢
الأعراض الانفعالية	٠.٧٤٣
الدرجة الكلية	٠.٧٩١

يتضح من الجدول السابق (١٠) أن جميع معاملات ارتباط المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام في الدراسة الحالية.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

(أ) التعليمات:

أعطيت التعليمات التالية لمن يقوم بتطبيق المقياس:

- ملئ البيانات الخاصة بالمستجيب.
- قراءة المقياس أولاً قبل تطبيقه .
- لا توجد اجابة صحيحة وأخري خاطئة.



- لا تترك عبارات بدون اجابة.

(ب) طريقة التصحيح: تقدر الدرجة علي المقياس وفقا لميزان التصحيح الثلاثي وفقا للجدول التالي:

جدول (١١)

أرقام عبارات المقياس وطريقة تصحيحه

الأبعاد الأساسية	عدد العبارات	الدرجة الصغرى	الدرجة العظمى
الأعراض الجسمية	١٠	١٠	٣٠
الأعراض السلوكية	١٠	١٠	٣٠
الأعراض الانفعالية	١٠	١٠	٣٠

(ج) تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوي أعراض اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد لدي الطفل بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع أعراض مستوي اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد لدي الطفل.

(٤) برنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف. إعداد (الباحثة)

البرنامج القائم على استخدام التدخل المبكر المكثف. (إعداد: الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد برنامج التدخل المبكر المكثف، يتضمن مجموعة من الأنشطة المختلفة التي تعتمد على استراتيجيات التحليل التطبيقي للسلوك والتي تشتمل ضمنياً على مجموعة من الفنيات السلوكية، المتمثلة في (التقليد، التشكيل، الانطفاء، التعميم، النمذجة، التعزيز، التكرار، الحث، لعب الدور، الاستبعاد، المناقشة) والتي تقدم ضمن الأنشطة المتنوعة، سواءً كان ذلك في جلسات فردية أو جماعية، وذلك بهدف الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD) وتدعيم الأنماط السلوكية الإيجابية بصورة مخططة ومنظمة.

مصادر إعداد البرنامج:

اعتمدت الباحثة في إعداد برنامج التدخل المبكر المكثف على عدة مصادر منها: الإطار النظري للبحث والدراسات العربية والأجنبية السابقة والتي أمكن للباحثة الحصول عليها، والتي تناولت فاعلية استخدام التدخل المبكر المكثف التي تم تصميمها لهذه الفئة من أفراد العينة والتي تهدف إلى خفض حدة الاضطرابات السلوكية والتي من بينها دراسة كلاً من فتيحة (٢٠١٤)، المؤمني (٢٠١٤)، البطاينة وعرنوس (٢٠١٥)، Eikeseth, et al., (2016) Helal, A (2017)، Hinton, (2018)، Freitag, et al, (2018)، Kitzerow, (2019).

أهداف البرنامج :

- الهدف العام للبرنامج:

يهدف برنامج التدخل المبكر المكثف إلى الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD).

تحدد أهداف البرنامج الإجرائية في التالي:

- تدريب طفل اضطراب طيف التوحد على الجلوس الصحيح على مائدة الطعام.
- تدريب طفل اضطراب طيف التوحد على التحكم في الذات أثناء تناول الطعام.
- أن يتدرب الطفل على اتباع النظام وآداب في تناول الطعام.
- أن يتعرف الطفل على الطعام الصحي المفيد للجسم.
- أن يفرق بين الطعام الصحي والطعام الضار.
- يتدرب على مضغ الطعام جيداً ليستفيد منه الجسم.
- تنمية مهارة التذوق للأطعمة المختلفة.
- تنمية المفاهيم اللغوية التي ترتبط بالطعام.

- أن يستطيع الطفل التمييز بين الأطعمة المختلفة.
- يقارن بين الأطعمة ذات الطعم الحادق والأطعمة ذات الطعم الحلو.

أهمية البرنامج :

تتضح أهمية البرنامج في كونه يعالج مشكلة من أهم المشكلات التي تواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وكذلك الوالدين والمعلمين والباحثين عند التعامل مع هذه الفئة من الأطفال؛ ألا وهي أعراض اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد، والبرنامج الحالي يعتبر نموذجًا تم إعداده بشكل علمي منظم مخطط يمكن عن طريقه الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

إعداد وتصميم البرنامج:

يستند البرنامج الحالي إلى مجموعة من الأسس، تتلخص في التالي :

- تحديد الأهداف والتدريبات والأنشطة المناسبة التي يتضمنها محتوى البرنامج لتحقيق أهدافه، وتحديد الأدوات المناسبة التي تستخدم مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تحديد أساليب التعزيز المناسبة، وتحديد البيئة المناسبة لإجراء الجلسة فيها، وكذلك عدد الساعات المناسبة للملائمة لتطبيق البرنامج، وتحديد المدة المناسبة لكل نشاط ومهارة.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحثة أثناء تطبيق البرنامج لمحاولة تقاديتها.
- تحديد خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، ومراعاة هذه الخصائص، وتحديد قائمة بالأنشطة التي يمكن استخدامها مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، والتكثيف المستمر لممارسة كل نشاط، وترجمة هذه الأنشطة إلى أهداف

- سلوكية تُمكن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من الحد أعراض اضطراب التغذية الاجتماعي المقيد.
- التنوع في الأنشطة المتضمنة في محتوى البرنامج، بحيث يتوفر فيه نوع من المرونة التي تسمح بإدخال التعديلات إذا لزم الأمر، التدريب والتكرار المستمر للنشاط حتى يتم إتقانه وتحقيق الهدف منه.
 - تقديم الأنشطة بصورة تدريجية تيسر من فهم محتوى البرنامج وتيسر تنفيذه، واستخدام عبارات وألفاظ واضحة ومفهومة للأطفال، والاعتماد على الصور المتحركة والثابتة، لما لها من أهمية كبيرة، الاستفادة من الموارد المتاحة في البيئة من حولهم.
 - وجود عدد من الأنشطة الجماعية لمساعدة الأطفال في التواصل مع أسرهم وأقرانهم، واستخدام وسائل وأدوات جذابة ومتنوعة قدر الامكان، وأن تحظى الأنشطة باهتمام الأطفال وأن يستمتعوا بها.
 - مراعاة عنصر الأمن والسلامة أثناء ممارسة الأنشطة.

الأسس التربوية:

- التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد له طريقة خاصة، حيث إن كل طفل هو حالة منفردة بذاتها، يجب مراعاة الفروق الفردية بينهم، وأن تناسب التدريبات والأنشطة والألعاب مع المرحلة طبيعية المرحلة العمرية، والتدرج في التدريب من السهل إلى الصعب.
- التدريب المكثف المتكرر على المهارة حتى يمكن إتقانها.
- الاعتماد دائماً على المجسمات والصور لأنها تعطي نتيجة فعالة معهم.



- التركيز على الأنشطة المفضلة لهم على إجراء بعض التعديلات عليها بالتدرج، حيث تأخذ الأنشطة لديهم النمط الثابت المكرر، وعدم التركيز على نمط ثابت لتدريبهم أو تعليمهم.

الأسس النفسية:

- يحتاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى تعديل سلوكهم لإدراك ما حولهم من مثيرات.
- إثارة اهتماماتهم بالبيئة ومكوناتها، حيث أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يحتاجون إلى بيئة تعليمية متكاملة تساعدهم على الخروج من العزلة.
- يحتاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى مساعدتهم المستمرة لكي يزيد من ثقتهم بأنفسهم.
- الأطفال الذاتويين يعانون من نقص القدرة على التواصل اللفظي.
- يحتاج الأطفال الذاتويين إلى الكثير من التدريبات والأنشطة التي تساهم في تنمية القدرات المعرفية.

الأسس الاجتماعية:

- يحتاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى توافر بعض الأسس الاجتماعية التي تتمثل في:
- مزيد من الأنشطة الجماعية، لتنمية الوعي بذاتهم وبعلاقتهم بالآخرين، وتقبل من المحيطين بهم، وممارسة الكثير من الألعاب مع أقرانهم.
 - التنوع في الأنشطة حتى لا يتسرب الملل إلى الأطفال.
 - التنظيم والتدريب لأي نشاط قبل بدئه وتحديد دور المعلمة و"الباحثة" والطفل.

- التنوع في المعززات المستخدمة، وتحديد مستويات بسيطة من السلوك كشرط لتقديم التدعيم.

محتوى البرنامج:

يتمثل المحتوى في مجموعة الخبرات التي تشمل المعارف والمهارات والقيم والاتجاهات التي تقدم للطفل ويقع عليها الاختيار والتي يتم تنظيمها وفق نسق معين، ومن الضرورة الإشارة إلى أن الباحثة راعت التسلسل والتكامل في تقديم المحتوى.

وعند إعداد المحتوى الخاص بالبرنامج تم مراعاة النقاط الآتية:

- أن يتناسب المحتوى مع عمر الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد.

- أن يراعي خصائص النمو للأطفال وكذلك قدراتهم واستعداداتهم.

- أن تثير اهتمام الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وتزيد من دافعيتهم.

وقامت الباحثة بتصميم مجموعة من الأنشطة بأسلوب بسيط ومشوق يعتمد على الممارسات العملية باستخدام الوسائل والأدوات المتاحة تمثلت في الأنشطة (الحركية - الموسيقية - القصصية - الفنية).

الفنيات المستخدمة في البرنامج :

اعتمدت الباحثة على الفنيات الآتية:

- التعزيز الإيجابي : يتضمن التعزيز الإيجابي تقديم مثير مرغوب عقب السلوك مباشرة سواء كان هذا المعزز ماديا أو معنويا.

- التقليد : وذلك بعرض نموذج من السلوك المرغوب ومن ثم يقوم الطفل بتقليده.

- الحث أو المساعدة : تقدم المساعدة للأطفال حتى يتمكنوا من أداء السلوكيات المطلوبة منهم، سواء كانت هذه المساعدات بدنية جزئية أو كلية، مساعدات لفظية جزئية أو كلية.



- التكرار : يتم استخدام هذا الأسلوب لتدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على أداء السلوكيات المطلوبة وتكرارها لعدة أيام بهدف تثبيت السلوك لدى الطفل.
- الإبعاد المؤقت : يتم ذلك عن طريق عزل الطفل بشكل مؤقت، بغرض تقليل هذا السلوك لديه.
- النشاط المنزلي : يعد أحد الأساليب المهمة التي تهدف إلى مساعدة الطفل على الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد (ARFID)، وتدعيم سلوكياته الجديدة عن طريق تشجيعه على تنفيذ بعض الأنشطة المنزلية التي تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية.

تحكيم البرنامج:

- بعد انتهاء الباحث من التجربة الاستطلاعية واستخلاص نتائجها تم عرض البرنامج على أساتذة في التربية الخاصة وعلم النفس بهدف التحقق من التالي:
- مدى ملائمة الأنشطة لتحقيق هدف البرنامج.
 - مدى ملائمة الأنشطة والأدوات المستخدمة لتنفيذ البرنامج مع طبيعة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
 - مدى ملائمة الفنيات المستخدمة لتحقيق أهداف البرنامج.
 - مدى ملائمة المعززات المستخدمة لتحقيق أهداف البرنامج.

نتائج تحكيم البرنامج:

- كانت من أهم مقترحات السادة المحكمين الآتي:
- تقليل عدد أهداف بعض الجلسات.
 - زيادة عدد بعض الأنشطة.
 - إعادة صياغة بعض الأهداف.

- زيادة عدد التدريبات في الجلسة الواحدة.
- إضافة بعض الفنيات المستخدمة في الجلسات.
- التنوع في استخدام الأفعال السلوكية عند صياغة أهداف البرنامج.

خطوات البحث:

- تم اجراء البحث وفقاً للخطوات التالية:
- مراجعة الاطار النظري والدراسات السابقة وتحديد الفروض الأساسية للدراسة وطرق جمع البيانات المناسبة لهذه الفروض.
 - إعداد وتجهيز أدوات الدراسة وقامت الباحثة بمراجعة الأدوات والدراسات السابقة علي الصعيد العربي والأجنبي حول قياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد لدى الأطفال وبناء علي هذه المراجعة قامت باعداد مقياس لتشخيص أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد.
 - بناء البرنامج القائم علي التدخل السلوكي المكثف في ضوء الاطار النظري والدراسات السابقة والاطلاع علي عدد من البرامج التي صممت لهذه الفئة.
 - تم حساب الخصائص السيكومترية للأدوات من صدق وثبات علي عينة الدراسة الاستطلاعية التي تماثل عينة الدراسة الأساسية.
 - بعد الاطمئنان علي الخصائص السيكومترية للأدوات وسلامة البرنامج وصلاحيته لتحقيق أهدافه، تم التطبيق علي المجموعة التجريبية.
 - تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار فروض الدراسة.
 - تم عرض النتائج وفقاً لفروض الدراسة، وتم تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

- تم تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات لدراسات لاحقة.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية لحساب الخصائص السيكومترية وإعداد أدوات البحث علاوة على استخدامها لإثبات صحة أو عدم صحة فروض البحث، وإيجاد ثبات وصدق المقاييس، ونتائج البحث بالاستعانة ببرامج الحزم الإحصائية SPSS المستخدمة في العلوم الاجتماعية، ومن أهم هذه الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب الدرجات المرتبطة Wilcoxon on Signed Ranks Test، لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المرتبطة.

- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (rprb) Matched- Pairs Rank Biserial Correlation لمعرفة حجم تأثير البرنامج.

- نسبة الكسب المعدل لبليك.

- المتوسطات والانحرافات المعيارية.

- معاملات الارتباط.

- معامل ثبات ألفا كرونباخ

عرض نتائج البحث ومناقشتها:

عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول علي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد للأطفال الذاتويين لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد، وتم حساب قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي وذلك بتطبيق مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والتي تم تدريب المجموعة التجريبية عليها داخل جلسات البرنامج والجدول التالي يوضح نتائج ذلك.

جدول (١٢)

قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والدرجة الكلية باستخدام معادلة ويلكوكسون

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	القياس قبلي/بعدي	
٠,٠٥	٢,٥٥٢-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الأعراض الجسمية
		٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				٨	المجموع	
٠,٠٥	٢,٥٣٦-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الأعراض السلوكية
		٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				٨	المجموع	
٠,٠٥	٢,٥٣٦-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الأعراض الانفعالية
		٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				٨	المجموع	
٠,٠٥	٢,٥٢٧-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية

مستوي الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	القياس قبلي/بعدي	
		٣٦.٠٠	٤.٥٠	٨	الرتب السالبة	لاضطراب التغذية الاجتبابي
				٠	التساوي	
				٨	المجموع	

قيمة (Z) عند مستوي ٠,٠٥ = ٢,٠٠ قيمة (Z) عند مستوي ٠,٠١ = ٢,٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي قيم دالة عند مستوي (٠,٠٥)، مما يشير إلي وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي، حيث كان متوسط الرتب السالبة أكبر من متوسط الرتب الموجبة، وهذا يعد مؤشراً علي فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد لدي أفراد العينة التجريبية.

ولمعرفة مقدار الانخفاض في مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (١٣)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين القبلي والبعدي
مقياس مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

بعدي		قبلي		البعد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١.٣٠	١٨.٦٢	١.٨٨	٢٦.١٢	الأعراض الجسمية
١.٧٦	١٧.٣٧	٢.٢٥	٢٥.٢٥	الأعراض السلوكية
١.٠٦	١٨.٦٢	١.٩٢	٢٦.٣٧	الأعراض الانفعالية

٢.٣٨	٥٤.٦٢	٥.٤٧	٧٧.٧٥	الدرجة الكلية
------	-------	------	-------	---------------

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي أقل من المتوسط الحسابي للقياس القبلي في الدرجة الكلية لاضطراب التغذية الاجتنابي وأبعاده مما يشير إلي خفض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدي الأطفال في المجموعة التجريبية.

كما قامت الباحثة بحساب حجم الأثر باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (Matched Pairs Ranks Biserial Correlation) باستخدام المعادلة التي أوردها (Field,2018,520) والذي يتم حساب حجم الأثر من المعادلة التالية:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$$

حيث (Z) قيمة (Z) المحسوبة و (N) تعني حجم العينة.

ويفسر حجم الأثر وفقا للمحكات التالية:

- اذا كان حجم الأثر أقل من (٠,٤) يكون حجم الأثر ضعيف.
- اذا كان حجم الأثر أقل من (٠,٧) يكون حجم الأثر متوسط.
- اذا كان حجم الأثر أقل من (٠,٩) يكون حجم الأثر كبير.
- اذا كان حجم الأثر أكبر من (٠,٩) يكون حجم الأثر كبير جداً.

جدول (١٤)

حجم الأثر لمقياس مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد
والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

البعد	حجم الأثر	نسبة الكسب المعدل
الأعراض الجسمية	٠.٩٠	٠.٩١
الأعراض السلوكية	٠.٨٩	٠.٨٩



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

الأعراض الانفعالية	٠.٨٩	٠.٩٣
الدرجة الكلية	٠,٨٩	٠.٩١

ويتضح وفقا لمحكات حجم الأثر فإن حجم الأثر لفاعلية البرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية يعتبر كبير جدا وهو ما يزيد الثقة فى فاعلية البرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية.

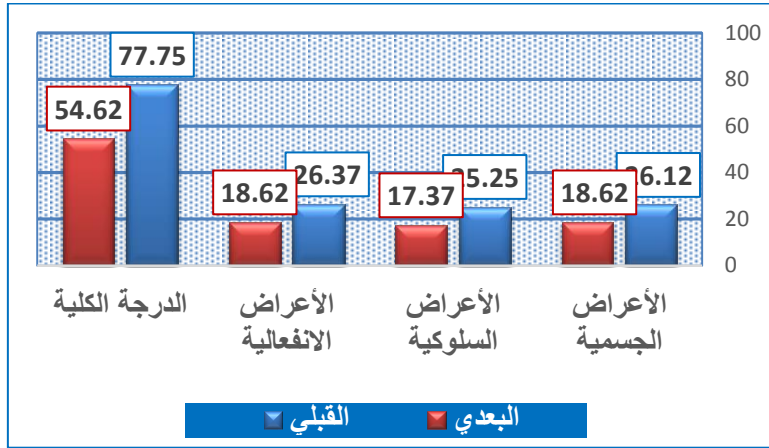
كما قامت الباحثة بإيجاد نسبة التحسن بين القياسين القبلي والبعدي لمتوسطات درجات الأطفال وذلك باستخدام نسبة الكسب المعدل لبليك.

$$\text{نسبة الكسب المعدل} = \frac{\text{ص - س}}{\text{د - س}} \quad \frac{\text{ص - س}}{\text{د}}$$

حيث ص: متوسط درجات الأطفال فى التطبيق البعدي، س: متوسط درجات الأطفال فى التطبيق القبلي أما د: القيمة العظمى لدرجات الأطفال فى التطبيق البعدي، ويتضح من الجدول السابق أن نسبة الكسب المعدل تراوحت بين ٠.٨٩ إلى ٠.٩٣ وهي دالة وبالتالي هي دالة إحصائياً.

ويمكن تفسير ما تم التوصل إليه من نتائج بالنسبة للفرض الأول من خلال الدور الذي قام به البرنامج التي اعتمد عليها البرنامج فى خفض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد حيث تبين أن هذه الفنيات لها فاعلية كبيرة فى خفض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد.

والشكل التالي يوضح الفروق فى مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي.



الفروق في مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول

يتضح مما سبق تحقق الفرض الأول حيث كانت قيمة (z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال (المجموعة التجريبية) في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد في اتجاه القياس البعدي. مما يشير إلى فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية والذي أدى إلى ارتفاع متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد.

يتضح مما سبق تحقق الفرض الأول حيث كانت قيمة (z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد المستخدم في البحث الحالي، في اتجاه القياس البعدي مما يشير إلى فعالية برنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف المستخدم، والذي أدى إلى ارتفاع متوسطات رتب درجات الأطفال على المقياس بجميع أبعاده، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس لصالح القياس البعدي.



وُتِرجع الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة ونوعية البرنامج المستخدم في البحث الحالي وهو برنامج قائم على استخدام التدخل السلوكي المبكر المكثف في الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)، حيث أنه تم تصميمه من الأساس على شكل مجموعة من الجلسات التدريبية والأنشطة القصصية والألعاب الحركية الترفيهية الممتعة الموجهة لفئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، في ضوء المضامين والمصاحبات النفسية لمقياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد المستخدم في البحث الحالي من ناحية، والفنيات والخبرات والممارسات المتضمنة في برنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف المستخدم من ناحية أخرى .

كما ترجع هذه النتيجة إلى اشتراك وانتظام أطفال المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج التدريبي السلوكي المبكر المكثف المستخدم، حيث كانت الأنشطة المستخدمة في البرنامج ذات معنى ومغزى في حياة هؤلاء الأطفال، مما جعلهم أكثر مرونة وأكثر فهما وحرصا ووعيا للاستفادة الكاملة من أنشطة البرنامج في إطار مواقف حياتية واقعية معاشة، مما أسهم في الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد، حيث كانت الأنشطة تتنوع ما بين : فني، قصصي، موسيقي، حركي، حيث ساهم ذلك في زيادة وعيهم وإدراكهم لأسباب اضطراب التغذية الاجتيابي وطرق مواجهته، مما ساهم في زيادة قدرتهم على التنفيس عن مشاعرهم وأحاسيسهم في أعمال وأفعال تلقائية، بحيث أصبحوا أكثر مرونة في التعبير بحرية عن مشاعرهم الإنسانية، حيث استمتعوا بما لديهم من إمكانيات وخصائص شخصية أمكن توظيفها في إقامة سلوكيات متزنة بطريقة سهلة ميسرة، وذلك من خلال الممارسات التدريبية التي ساعدتهم على زيادة وعيهم وتقديرهم لذواتهم وعلى تخطي الصعوبات التي تواجههم في كلاً من: الأعراض الجسمية- الأعراض السلوكية - الأعراض الانفعالية، حيث تم تزويدهم بالخبرات التي تسمح لهم بأفضل طرق تعديل السلوك.

وهذا ما أشارت إليه دراسة Lovass, Smith,(2013) إلى أن الإجراءات التي يتم اتباعها في التدخل المبكر المكثف من شأنها أن تعمل على تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المهارات المستهدفة وأن تساعد في خفض السلوك المضطرب لديهم وتزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية.

ودراسة Abo Hamza, & Helal, (2016) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج سلوكي مكثف مبكر قائم على تحليل السلوك التطبيقي (ABA) لخفض حدة اضطراب السلوك لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ودراسة Hinton,(2018) التي هدفت إلى فحص فاعلية التدخل السلوكي المكثف المبكر لخفض سلوك الرفض والعناد للأطفال الذاتويين. ودراسة Freitag, et al, (2018) والتي هدفت استكشاف تأثير برنامج التدخل السلوكي المبكر فرانكفورت على خفض الشراهة في الأكل بين الأطفال الذاتويين في سن ما قبل المدرسة.

وترى الباحثة أن التحسن والانخفاض في جميع أبعاد مقياس اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعد تعرضهم لبرنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف حيث أن هؤلاء الأطفال يعانون من الامتناع عن الطعام باستمرار، وتناول الأطعمة غير الصحية والضارة، مما يدل على أن التدخل السلوكي المبكر المكثف مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، قد أثبت فعاليته في الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد (ARFID) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)، الأمر الذي يتفق مع نتيجة دراسة كل من،(2009) Buch, Anderson etal,(2011) ، Elise Nanette(2015)، Bimbrauer & Leach,(2016) ، Krantz & McLannahan, (2017) ، Mary-Jane Weiss, (2017) التي أشارت إلى أن استخدام برامج التدخل السلوكي المبكر المكثف مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يمكن أن يساعد الأطفال في تطوير فهم أفضل للبيئة المحيطة بهم واكتسابهم سلوكيات إيجابية، بل

ويصل مستوى تأثير برامج التدخل السلوكي المكثف إلى تغيير سلوكيات الأطفال وتغيير سلوكيات تعامل الأمهات مع أطفالهم بعد مشاركتهم في أنشطة البرنامج على نحو أفضل.

عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني علي أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي علي مقياس مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد للأطفال بعد تطبيق البرنامج". وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية علي مقياس مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد وتم حساب قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي وذلك بتطبيق مقياس مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والتي تم تدريب المجموعة التجريبية عليها داخل جلسات البرنامج.

جدول (١٥) قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي

مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والدرجة الكلية باستخدام معادلة ويلكوكسون

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
الأعراض الجسمية	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	١,٠٠٠-	غ.د
	الرتب السالبة	١	١,٠٠		
	التساوي	٧			
	المجموع	٨			
الأعراض السلوكية	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	١,٠٠٠-	غ.د
	الرتب السالبة	١	١,٠٠		
	التساوي	٧			
	المجموع	٨			
الأعراض الانفعالية	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	١,٠٠٠-	غ.د

الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوي الدلالة
الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
التساوي	٧				
المجموع	٨				
الدرجة الكلية	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	- ١.٧٣٢	د.غ
لاضطراب التغذية	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
التساوي	٥				
المجموع	٨				

قيمة (Z) عند مستوى ٠,٠٥ = ٢,٠٠ قيمة (Z) عند مستوى ٠,٠١ = ٢,٦٠

يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي قيم غير دالة مما يشير إلى عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يعد مؤشراً على استمرار فاعلية البرنامج المستخدم في خفض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدي أفراد العينة التجريبية. والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياسين البعدي والتتبعي.

جدول (١٦)

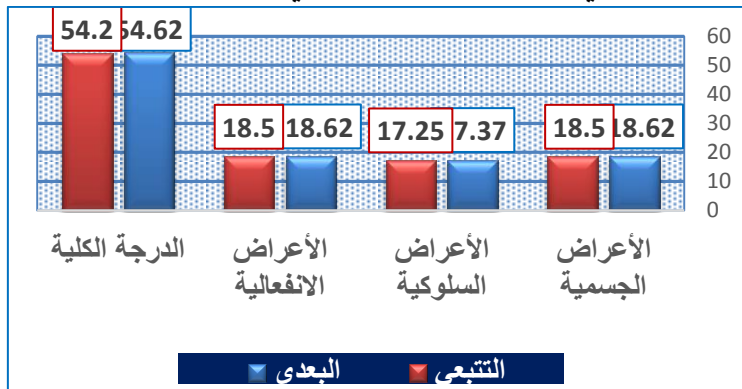
المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين البعدي والتتبعي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

البعدي		التتبعي	
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري

١.٠٦	١٨.٥٠	١.٣٠	١٨.٦٢	الأعراض الجسمية
١.٤٨	١٧.٢٥	١.٧٦	١٧.٣٧	الأعراض السلوكية
٠.٩٢	١٨.٥٠	١.٠٦	١٨.٦٢	الأعراض الانفعالية
١.٩٨	٥٤.٢٠	٢.٣٨	٥٤.٦٢	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي للقياس البعدي مقارب من المتوسط الحسابي للقياس التتبعي في لدرجة الكلية مما يشير إلي استمرار فاعلية البرنامج لدي الأطفال في المجموعة التجريبية. وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية في القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يوضح استمرارية البرنامج وتأثيره في خفض حدة اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد.

والشكل التالي يوضح الفروق في مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.



الفروق في مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي
تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني:

مما سبق يتضح تحقق الفرض الثاني حيث كانت قيمة (z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية) في القياسين البعدي والتتبعي وبعد مرور شهر من تطبيق البرنامج على مقياس اضطراب التغذية الاجتبابي المقيد (غير دالة)، مما يدل على استمرار تأثير البرنامج على عينة الدراسة فيما بعد تطبيق البرنامج خلال فترة المتابعة.

في ضوء استمرارية فاعلية برنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف المستخدم في البحث الحالي، في الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة البرنامج بمدة (٣٠) يوماً، ونتائج هذا الفرض تؤكد على أن تأثير البرنامج استمر ولم يكن وقتي وإنما استمرت فعاليته حتى بعد مرور فترة من تطبيق البرنامج ويمكن إرجاع ذلك لما حصل عليه الأطفال من تقدم داخل جلسات البرنامج وأن الأنشطة التي قدمت لهم في الجلسات كانت مناسبة إلى حد كبير فاستمرت أثرها لما بعد التطبيق، وبذلك تشير كل نتائج البحث الي أن جميع الفروض التي حاولت الباحثة الإجابة عليها قد تحققت وهي جميعها تهدف إلى التحقق من تأثير البرنامج المستخدم في الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي المقيد، فاستخدام برنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف في البحث الحالي والقائم على الفنيات المتنوعة، من تدعيم، والأنشطة المنزلية وغيرها من الفنيات التي تم استخدامها من قبل الباحثة في تطبيق البرنامج؛ إضافة إلي مجموعة من الأنشطة قد أسهم في إكساب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لسلوكيات متزنة ومقبولة اجتماعيا وذلك من خلال التدريب على المهارات المختلفة، وتدريبهم عليها حتى أصبحت جزءاً من مخزون مهارات السلوك مع الذات، ومع الآخرين، والتي قد بدأ تعلمها واستخدمها في الموقف المختلفة والتي سرعان ما عمم استخدام هذه المهارات والفنيات في باقي جوانب حياتهم، حيث أن الأطفال يميلون إلى تكرار استخدام الإستراتيجية بعد نجاحها.

كذلك ترجع نتائج هذا الفرض إلى ما قدمه برنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف من فعالية في البحث الحالي من موضوعات ساعدت أمهات المجموعة التجريبية على إتباع أساليب تفكير ملائمة في عملية مساعدة أطفالهم، وذلك من خلال مشاركتهم في الأنشطة المنزلية التي تناولتها الباحثة، لذا فقد أظهر القياس التتبعي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض اضطراب التغذية الاجتيابي في القياسين البعدي والتتبعي. وهذه النتيجة اتفقت مع دراسة كل من، الصنعاني (٢٠١٤)، فؤاد (٢٠١٦)، علي (٢٠١٧)، Exkorn, (2017)، Hinton, (2018) وترى الباحثة أن الأنشطة التي تم تدريب الأطفال



عليها من خلال برنامج التدخل السلوكي المكثف تعمل على إكسابهم التصرفات الاستقلالية مما يجعلهم يقومون بالمهارات المتضمنة دون مساعدة، وهو الأمر الذي ينمي لديهم الأداء الوظيفي المستقل للعديد من المهام والأنشطة الحياتية الأخرى إلى جانب الأنشطة التي تزيد الحصيلة اللغوية وتحسين المستوى النمو اللغوي وإلى جانب ذلك فقد تم إشراكهم في حوارات ومحادثات مع أقرانهم أو مع الباحثة خلال تنفيذ البرنامج، وحثهم على المبادرة بإقامة مثل هذه الحوارات وهو ما تضمنته مهام التفاعل التي اشتمل عليها البرنامج وينمي القدرة على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم والمشاركة في الأنشطة والأخذ والعطاء حيث كان يسمح لهم بذلك خلال قيامهم بالعمل الجماعي، وتعد مثل هذه المهارات ذات أهمية كبيرة للاعتماد على النفس والاستقلال في أداء الأعمال اليومية المختلفة.

عرض نتائج الفرض الثالث:

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في القياس البعدي، وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتني للفروق بين المجموعات المستقلة إلي جانب المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول (١٧)

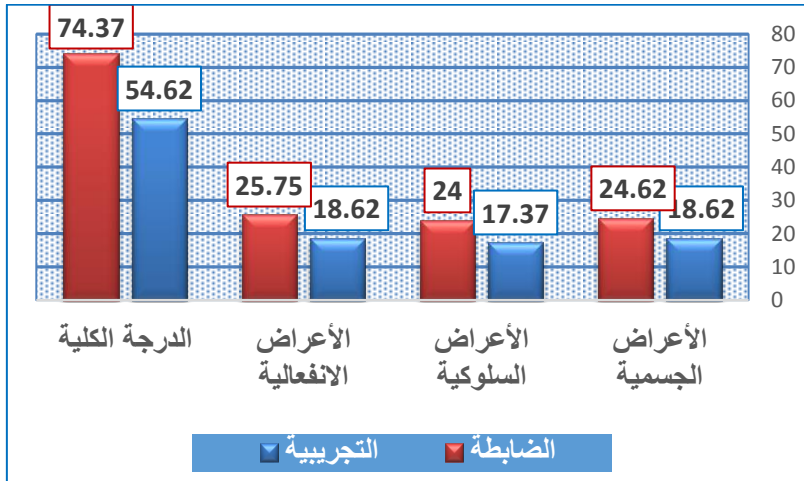
المتوسطات والانحرافات المعيارية متوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودالاتها للتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي لاضطراب التغذية الاجتنابي

مستوي الدلالة	قيمة Z	قيمة مان ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعات	
٠.٠١	٣.٣٩٣	٠.٠٠	٣٦.٠٠	٤.٥٠	١.٣٠	١٨.٦٢	تجريبية	الأعراض
			١٠٠.٠٠	١٢.٥٠	١.٨٤	٢٤.٦٢	ضابطة	الجسمية
٠.٠١	٣.٣٩٨	٠.٠٠	٣٦.٠٠	٤.٥٠	١.٧٦	١٧.٣٧	تجريبية	الأعراض

١٠٣٧

			١٠٠.٠٠	١٢.٥٠	١.١٩	٢٤.٠٠	ضابطة	السلوكية
٠.٠١	٣.٣٨٨	٠.٠٠	٣٦.٠٠	٤.٥٠	١.٠٦	١٨.٦٢	تجريبية	الأعراض
			١٠٠.٠٠	١٢.٥٠	١.٩٨	٢٥.٧٥	ضابطة	الانفعالية
٠.٠١	٣.٣٧١	٠.٠٠	٣٦.٠٠	٤.٥٠	٢.٣٨	٥٤.٦٢	تجريبية	الدرجة
			١٠٠.٠٠	١٢.٥٠	٢.٦٦	٧٤.٣٧	ضابطة	الكلية

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة الدرجة علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد وكانت الفروق لصالح المتوسط الأعلى وهي المجموعة التجريبية.



تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث:

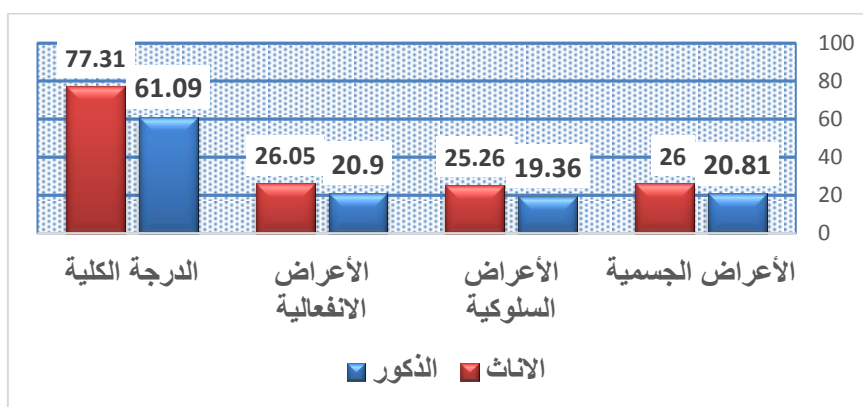
توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين الذكور والاناث علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدي الأطفال الذواتيين في اتجاه الاناث ، وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتني للفروق بين المجموعات المستقلة إلي جانب المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول (١٨)

المتوسطات والانحرافات المعيارية متوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودالاتها للتكافؤ بين المجموعتين (الذكور والاناث) علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي

مستوي الدلالة	قيمة Z	قيمة مان ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحراف المعياري	المتوسط	المجموعات	
٠.٠١	٢.٩٠٨	٣٨.٠٠	١٠٤.٠٠	٩.٤٥	٣.٦٥	٢٠.٨١	الذكور	الأعراض الجسمية
			٣٦١.٠٠	١٩.٠٠	١.٦٩	٢٦.٠٠	الاناث	
٠.٠١	٣.٦١٩	٢١.٥٠	٨٧.٥٠	٧.٩٥	٣.٢٩	١٩.٣٦	الذكور	الأعراض السلوكية
			٣٧٧.٥٠	١٩.٨٧	١.٩٩	٢٥.٢٦	الاناث	
٠.٠١	٣.١٧٠	٣١.٥٠	٩٧.٥٠	٨.٨٦	٣.٤١	٢٠.٩٠	الذكور	الأعراض الانفعالية
			٣٦٧.٥٠	١٩.٣٤	١.٨٧	٢٦.٠٥	الاناث	
٠.٠١	٣.١٤٧	٣٢.٠٠	٩٨.٠٠	٨.٩١	١٠.٠٤	٦١.٠٩	الذكور	الدرجة الكلية
			٣٦٧.٠٠	١٩.٣٢	٤.٩٦	٧٧.٣١	الاناث	

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين المجموعتين الذكور والاناث علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد وكانت الفروق لصالح المتوسط الأعلى وهي الاناث.



مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

تشير نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين الذكور والإناث علي مقياس اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدى الأطفال الذاتويين في اتجاه الاناث ، وتُفسر الباحثة الانخفاض في درجات المقياس والتحسن الذي طرأ على الإناث في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية والذي تم تطبيقه على المجموعة التدريبية، بما تضمنه من إجراءات واستراتيجيات وفنيات وتدريبات، والتي كان من شأنها أن أدت إلى الحد من أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.

وانتقلت نتائج هذا الفرض مع دراسة كل من Bernard,. (2011). Lim, Dorothy, J & Greshem, M. (2016) ، Mechling,Linda C, (2013) (2014) Roy, M. (2015) الأزهرى (٢٠١٣)، عبد السميع (٢٠١٥)، أبو النصر (٢٠١٦). والتي أشارت النتائج إلى إنه توجد فروق بين الذكور والإناث في أثر البرامج التدريبية التي تقوم على خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الذاتويين لصالح الإناث، وذلك لأن الإناث يتفاعلون مع الأنشطة والتدريبات بفاعلية أكثر من الذكور، كما أوضحت النتائج أن هناك آثار سريعة ومؤكدة على خفض حدة الاضطرابات السلوكية المختلفة نتيجة للبرنامج التدخل السلوكي المبكر المكثف الذي تم استخدامه مع الأطفال الذاتويين.

بينما اختلفت نتائج الفرض الثالث مع نتائج دراسات كل من Caroline (2015) Libby,K,(2017) ، Gresham, & Homer, (2018) Alaa Shukrallah (2016) Peters, Marieke,(2018). والتي أشارت إلى إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس اضطراب الأكل.

بالإضافة إلى ذلك فإن استخدام أساليب التعزيز المختلفة (المعنوية والمادية) مع الأطفال الإناث بعد إنجاز المهام المطلوب منهن أداءها ساعد على تشجيع الأناث على المشاركة الفعالة والإلتزام بالتعليمات والاستجابة لتعليمات الباحثة وكذلك تنفيذ المهام وإتمامها وخلق حافز للاستمرار في العمل التعاوني أكثر من الذكور، وهذا ما تؤكد بعض الدراسات مثل



دراسة (Buffington, 2015) التي أكدت أن الأطفال الإناث أكثر فعالية من الذكور ذوي اضطراب طيف التوحد في ممارسة الأنشطة التدريبية وإتقان المهارات المختلفة.

كما ترجع الباحثة وجود الفروق بين درجات المقياس لصالح الإناث وذلك لتعلقهن بالأمهات أكثر من الذكور وكان التأثير من الأمهات له دور فعال في انخفاض أعراض اضطراب التغذية الاجتنابي على الإناث أكثر من الذكور، وحرص أمهات الإناث على المشاركة في تنفيذ أنشطة البرنامج المختلفة كما أسهم دعمهم المتواصل واستمرارهم بالمشاركة، والهدف منه وكذلك ملاحظة العديد من الأمهات أن أطفالهن أفضل من ذى قبل وتعريفهم على العديد من المهارات والنصائح والإرشادات بجانب النشاط المنزلي مما أسهم في فاعلية البرنامج مع الإناث أكثر من الذكور.

توصيات ومقترحات البحث:

في ضوء ما أسفر عنه البحث الحالي من نتائج وامتضانات تم تقديم التوصيات والمقترحات التالية:

- ضرورة تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على عادات الأكل الصحية والسليمة.
- ضرورة إجراء التحاليل الطبية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للوقوف على مدى معاناة هؤلاء الأطفال من أي حساسية غذائية أو اضطرابات معوية معينة.
- أهمية مراجعة أسر أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد طبيب متخصص في التغذية لتأسيس المعلومات الغذائية لأطفالهم وتحديد الفيتامينات الغذائية اللازمة للأطفال.
- ضرورة عقد ندوات ومحاضرات إرشادية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للتعريف بأعراض اضطراب التغذية الاجتنابي المقيد.



قائمة المراجع

- أحمد بن رزق الله الحارثي (٢٠١١). الحقيبة التربوية طريقة لوفاس باستخدام ABA تحليل السلوك التطبيقي. رسالة ماجستير.
- صفاء منصورى (٢٠١٤). تخفيض بعض أعراض التوحد بتطبيق برنامج ABA. رسالة ماجستير منشورة. كلية العلوم الإنسانية. جامعة محمد خيضر بسكرة: الجزائر.
- عبد الرقيب أحمد البحيري (٢٠١٦). المجلة السعودية للتربية الخاصة. جامعة الملك سعود. المجلد الثاني. العدد الأول. تفسير المظاهر السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء بعض النظريات النفسية.



- عماد عبد الرحيم زغلول (٢٠٠٦). نظرية التعليم. دار الشروق للنشر والتوزيع. الأردن- عمان: الطبعة الثانية.
- فتحية طاس (٢٠١٥). السلوك التطبيقي ABA في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين (دراسة عيادية لخمس حالات سن ٥ سنوات). رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة البويرة. الجزائر: ٢٠١٥.
- محمد كامل أبو الفتوح عمر (٢٠١٣). الأطفال الأوتيتك. دار زهران للنشر والتوزيع. الأردن- عمان: الطبعة الأولى.
- American Centers for diseases control and prevention (2017). **Autism disorder ASD report.** www.cdc.gov/ncbddd/autism.
- American Psychiatry Association, Arlington (2013). **American Psychiatric publishing.**
- Arvidsson O, Gillberg C, Lichtenstein P, & Lundstrom S (2018). Secular changes in the symptom level of clinically diagnosed autism. **Journal of child psychology and psychiatry.** 5 (9).
- Barnard- Brak. L, Richman D.M, Chesnid S.R, and litt T.D (2016). Social communication questionnaire scoring procedures of autism spectrum disorder and the prevalence of potential social communication disorder ASD. **School psychology quarterly,** 31 (4).
- Barton E.E, Harris. B, Leech N, Stiff, Choi. G, & Joel T (2015). An analysis of state outism educational assessment practices and requirements. **Journal of Autism and developmental disorders.** 46.
- Bear D.M, Wolf M.M. & Risley T.R. Some current dimensions of applied behavior analysis. **Journal of applied behavior analysis.** 1 (1).



- Cermak S.A, Curtin C., & Bandisi L.G (2010). Food Selectivity and sensory Sensitivity in children with autism spectrum disorders. **Journal of American dietetic Association**, 110 (2).
- Dactid celiverti (2016). **Science in Autism treatment News letter of the Association for Science in Autism treatment**. 13 issue 4.
- Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM5) (2013). **American Psychiatric Association. Arlington, VA.**
- Englund J.A, Decker S.L, Allen, RA, & Rovers A.M. (2014). Common cognitive deficits in children with attention- deficit/ hyperactivity disorder and autism. Working memory and visual motor integration. **Journal of psychoeducational Assessment**, 32 (2).
- Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM. Mannel Katzman DK, Rome ES (2014). characteristics of avoidant/ restrictive food intake disorder in children and adolescents a "new disorder" in DSM5. **Journal of A doles health**. 55(1).
- Fombonne E (2018), The Rising prevalence of autism. **Journal of child psychology and psychiatry**, 59.
- Forman SF, Mckenzie N, Herin R, Monge MC, Kapphahn CJ, Mammel KA (2014). Predictors of out com at 1 year in adolescents with DSM5 restrective eating disorder. Report of the national eating disorders quality improvement elaborative. **Journal of a doles health**. 55(6).
- Hay P, Mitchi Sond, Collado AEI, Gonzale, Chica DA, Stacks N, Touz S (2017). **Burden and Health- related quality of life of**



- eating disorders**, including avoidant/ restrict food intake disorder (ARFID), in the Australian population, *Journal of eating disorders*, 5 (1).
- Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hillbert A (2015). Early- onest restrictive eating disturbance in school boys and girls. *Ear child Adolesc psychiatry Journal. Jul*, 24(7).
 - Leaf JB, Leaf, R, McEachin J, Taubman M, Ala'i- Rosaless, Ross. RK, Weiss MJ (2016). Applied behavior analysis is a science and there fore, progressive. **Journal of autism add developmental disorders**. 14 (6).
 - Linda G. Bandin, Sara E. Anderson, Carol Curtin, Sharon Cermak, E. Whitney Evans, Renee Scompini, Millisa Maslin, Aviva Mast (2010). **Food Selectivity in children with Autism spectrum Disorders and typically developing children**. Us National library of medicine, **National institute of heath (PMC)**. 157(2).
 - Marguerite Marlow, Chiara Seruil, Mark Tomlison (2018). **A review of screening tool for the identification of autism spectrum disorders**. 12(2). www.mayoclinic.org,
 - Marissa E. Yingling, Robert. M, Hock, Any P, Cohen and Erica Mc Caslin (2017). Parent perceived challenges to treatment utilization behavioral intervention program for children with autism spectrum disorders. **International Journal of developmental Disabilities**, V 46 issue (4- 5).
 - Mayo Clinic (2017). **Eating disorders clinical trails**. Mayo clinic research. www.Mayoclinic.org.
 - Mayo clinic (2018). **Autism Spectrum disorders diagnoses and treatment**. www.mayoclinic.org.



- Michael Tiura, Jingo Kim, Deanne Detmers, Hilary Baldi (2017). Redactor of longitudinal ABA treatment out comes for children with autism A growth cruve analysis. **Journal of the America Acudeny of child and adolescent psychiatry**. V0 70.
- Morris. M.L., Robinson A., Dbeid N., Harrison M., Spettigue W., & Henderson K., (2018). Exploring avroidant/ restrictive food intake disordered patients. A descriptive Study. **International Journal of eating disorders**, 47.
- Nicely TA, lane- Lonely S, Masciull, E, Hollen beak CS, Ornstin RM (2014). Preualence and characteristics of Avoidant restrictive food in take disorder in a cohoot of young patient in day treatment for eating disorder. **Journal of eat disorders**. 2(1).
- Peebles R, Hardy K.K., Wilson J. L., Lock J.D., (2010). **Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity?** Pediatrics. 125(5).
- Rachel Loomes- Laurce Hull Msc, William Polmear Locke Mandy (2017). What is the Male to female Ratio in Autism spectrum disorder? Asystematic Review and Mata- Analysis. **Journal of the America Academy of child and Adolescent Psychiatry**. 65 (6).
- Rivas. K, Piazza co, Roane H.s, Vollcert V.M, Stewart V. Kadey H.J, & Groff, R.A (2014). Analysis of self feeding in children with feeding disorders. **Journal of applict behavior**. 47.
- Rogers S, Vismaral, Wagner A (2014). Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, apparent implemented intervention for symptomatic infants. **Journal of autism and developmental disorders**. 44.



- Sant, Anna AM, Hammes PS, Porporino M, Martel C, Sygnuntisicz C, Ramsy M (2014). **use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor grow/b in a pediatric feeding program.** Journal of pediatric Gastroenterol Nutrition. 59 (5).
- Seiverling L., Williams. K, Sturmey. P, and Hart. S (2012). Effects of behaviorat Skills training on parental treatment of children's food Selectivity. **Journal of appalled behavior analysis.** 45(1).
- Seubert C., Fryling. M.J, Wallace, M.D, Jiminez, A. R. and Meier A.E (2014). Antecedent interuentions for pediastric feeding Problems. **Journal of Applied behavior analysis.** 47.
- Shanahan L., Zucker N., Copeland WE., Castello E.J., Angold (2014). Are Children and adolescents with food allergies at increased risk of psychosomatic? **Journal of Psychosomatic researches,** 77 (6).
- Standjord, S.E., Seke, E.H., Richmond, M., and Rame, E.S., (2015). / **Avoidant/ Restrictive food intake disordered: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency.** Journal of Adolescent health, 57 (8).
- Stratis. E.A, & Lecavalier L (2015). Informant agreement for youth with autism spectrum disorders or intellectual disability: Ameta analysis. **Journal of Autism and developmental disorders,** 45 (4).
- Terence M. Dovey, Veena Kumari, Jaki Blissett (2018). Eating Behavioral Problems and Sensory Profiles of Children with avoidant/ restrictive food intake disorder (ARFID), autistic

Spectrum disorders or picky eating: Same or different.
Journal of European Psychiatry. V 61.

- Thomas J.J., Brigham K.S., Sally S.T., Hazen E. P., Eddy K.T., (2017). **Case records of the Massachusetts general hospital; An 11 Years old girl with difficulty eating after a choking incident.** The New Journal of Medicine. 376 (24).
- Ulrika Langn, Martin Hammer, Lars, Kiotwall, Sven Bolte (2016). **Allegiance and Knowledge levels of professional working with early intensive behavioral intervention in Autism.** U 11 (5).
- Williams K.E, and Seiverling L (2014). **Assessment and treatment of feeding problems among children with Autism spectrum disorders.** In Comprehensive guide to Autism. New York: Springer.
- Wong G, Rovel K (2018). **Understanding ARFID part II: Responsive feeding and treatment approaches National eating and treatment approaches National eating disorder center- Bulletin, 33(4).**

اختبار اضطراب تناول الطعام الاجتنابي المقيد ARFID للآباء

م	العبارات	دائماً	أحياناً	نادراً	لا يوجد
١	انتقاء طعام يضر بصحة الطفل.				
٢	لديه نفور لنوع معين من الطعام بعد تجربة سيئة مع هذا النوع.				
٣	يفضل المعاناة من الجوع على تناول نوع معين من الطعام.				
٤	عند مشاهدة الآخرين يتناولون نوع معين من الطعام يشعر بالنفور.				
٥	لا يساعده محاولة الآخرين له في تناول نوع طعام معين يشعر بالنفور تجاهه.				



				٦ يتناول قدر ضئيل من الطعام مقارنة بأقرانه في نفس السن.
				٧ يخاف تناول نوع معين من الطعام حتى يتجنب أعراض معينة بعد تناوله.
				٨ يتجنب التواجد في أماكن تقدم نوع معين من الطعام.
				٩ يتفادى بعض الأطعمة لنفوره من طعامها أو عدم تقبل طعامها.
				١٠ يتجنب بعض الأطعمة لنفوره من طعامها أو عدم تقبل طعامها.
				١١ ينفر من تناول الطعام عموماً.
				١٢ يحدد أنواع معينة من الطعام فقط يريد تناولها.
				١٣ يتجنب بعض أنواع الطعام نتيجة لشكلها أو لونها.
				١٤ يتجنب بعض أنواع الطعام نتيجة لنفوره من شكل علامتها التجارية.
				١٥ يشعر بعدم الارتياح عند تناول الطعام أمام الآخرين
				١٦ يتجنب أنواع أكثر من الطعام كلما تقدم في العمر.
				١٧ يتجنب بعض أنواع الطعام لرائحتها.
				١٨ يتقيأ أو يختنق إذا أُجبر على تناول نوع معين من الطعام.