السلوك الاندفاعي وعلاقته باضطرابات الأكل عند الأطفال الذاتويين

الباحثة / دعاء محمد محمد الشعراوي

المقدمة:

خلق الله سبحانه وتعالي الإنسان وجعل له الغذاء الذي هو مصدر للطاقة ومصدر لبقاء الإنسان، وقد شهدت العقود الأخيرة تطوراً وتغيراً كبيراً لطريقة غذاء الإنسان، وهذا التغير كان له أثر سيئ وخاصة علي البكتريا النافعة الموجودة في جسمه، يضاف إلي ذلك المضادات الحيوية، وسائل منع الحمل وغيرها من الأدوية التي لها تأثير سلبي علي صحة الإنسان.

أن السطح الداخلي للأمعاء البشرية متسع بدرجة كبيرة، وكل هذه المساحة مغطاة بطبقة سمكية من الكائنات الدقيقية والتي يطلق عليها البكتريا النافعة أو البروبيوتك ولهذه البكتريا دور هام في أجسامنا مثل المساعدة في هضم الطعام، وإفراز بعض الفيتامينات التي لايمكن إنتاجها إلا عن طريق تلك البكتريا وتخليص الجسم من السموم، إذ أنها تساعد علي التوازن الطبيعي داخل الأمعاء، وتقوم بمحاربة الكائنات الضارة الأخري، كما أنها تعتبر الداعم الرئيسي لجهاز المناعة.

كما أن الأطفال الذاتويين يعانون من مشكلات في هضم وامتصاص الطعام ولديهم نقص في العناصر الغذائية التي يحتاجونها نتيجة لوجود خلل في الأمعاء والتهاب مزمن في الجهاز الهضمي مما ينتج عنه سوء هضم للطعام ولامتصاصه داخل الجسم وفي عملية التمثيل الغذائي بشكل عام.

لذا نجد أن العديد من الأطفال الذاتويون يعانون من نقص في معدلات الفيتامينات الأتية: أ،ب1،ب2،ب3،ب5، السيلنيوم (يعمل علي حماية من الأكسدة، ونقصه يؤدي إلي أنيميا)، الزنك(يتوفر في المأكولات البحرية وفى الكبد، البيض، الحبوب)، الماغنسيوم(ويتوفر في كل الأطعمة الغير معالجة، والمكسرات غنية به بكثرة، الفاصوليا، البسلة، اللوبيا).

وقد تبنت الباحثة آراء الطبيبة الباحثة "Natasha Cambpell" صاحبة مسمي Gut and Psychology Syndrome واختصارها GAPS أي متلازمة الأمعاء وعلم النفس، حيث تري الطبيبة أن المشكلات المرضية التي تحدث في عالمنا المعاصر أساسها نقص وتدمير طبقة الكائنات الدقيقة النافعة في الأمعاء، والتي باتت تنتشر انتشاراً هائلاً في السنوات الأخيرة، وتظهر تلك الحالات المرضية تحت عدة مسميات مثل الذاتوية، ونقص الانتباه وفرط النشاط ADHD، وصعوبات التعلم، وصعوبات القراءة، والصرع، وعدة اضطرابات سلوكية واجتماعية مختلفة.

تربط الطبيبة نتاشا بين حدوث الذاتوية ونقص البكتريا النافعة، حيث تري أن الذاتوية غالباً ما تحدث ما بين السنة والسنتين الأولتين من عمر الطفل، فالطفل يبقي بخير وينمو طالما أنه

يحصل علي الرضاعة الطبيعية بكميات وفيرة، وبذلك يحصل علي مضادات طبيعية مع حليب الأم، ثم تبدأ المشاكل بالحدوث غالباً عندما يبدأ الطفل في الاعتماد علي الغذاء الخارجي، فجسمه ليس مستعداً بعد لهضم هذا الغذاء بسبب نقص البكتيريا النافعة، وهنا يحدث حدوث خلل في الجهاز المناعي، ويدخل الجسم في حالة معقدة من المشاكل.

مشكلة البحث:

تنبثق مشكلة هذا البحث من شعور الباحثة بأهمية النوم وهل اضطراب النوم له علاقة بالسلوك الإندفاعي أم لا وهل يؤثر ذلك علي سلوك الأطفال الذاتويين ويقل التركيز والانتباه ويزيد من السلوك الاندفاعي لديهم أم لا، وقد لاحظت الباحثة ذلك من خلال مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة وأن الأطفال يعانون من اضطرابات في النوم وأن السلوك الاندفاعي لديهم كثير.

تنبثق مشكلة هذا البحث من أهمية الأكل ودوره في أداء وظائف الجسم لمهامها والتركيز وزيادة الانتباه وتأثير السلوك الاندفاعي علي اضطراب الأكل وخاصة لدي الأطفال الذاتويين , حيث أن السلوك الاندفاعي له تأثير سلبي علي الأطفال كما أن له تأثير سلبي علي الطفل الذاتوي ويصبح الطفل لديه اضطراب في الأكل وبالتالي يصبح لديه صعوبة في الأكل ويؤدي ذلك إلي حدوث اضطراب لديه في الأكل.

كما في دراسة (Gabrielle, Wan- Chi Chou, Hua Feng, 2017) والتي استخدمت برنامج سلوكي قائم علي الفن للتغلب علي السلوكيات المضطربة, وتم اختيار الأطفال الذاتويين الذين يعانون من نوبات انفعالية وسلوكية متكررة ومضطربة وعدم وجود تفاعل مناسب لديهم مع الآخرين في السياقات الاجتماعية , وأشارت النتائج إلي أن هذا البرنامج ساعد علي تسهيل التعبير عن مشاعرهم فضلاً عن تحسن التفاعلات الاجتماعية في المدرسة والمنزل, , وحاولت دراسة (محمد عمر, محمد أبو راسين , أحمد تيراب , صالح السواح, 2015) إلي العمل علي وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية بمنطقة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حال أبنائهم ذوي اضطراب التوحد , وتوصلت النتائج إلي فعالية الحميات الغذائية في تحسين حال الأطفال الذاتويين.

وتؤكد دراسة (إلي خفض السلوكيات المضطربة لدي نصف عدد الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية المشاركين في البحث وكان ذلك نتيجة التدخل من خلال برنامج سلوكي. (Rivard, Forget, Giroux, Mello, Kerr, Regli, 2016)

وتؤكد دراسة (Johnson, DeMand. & Mori. B. 2015) إلي التحقق من برنامج التدريب السلوكي للوالدين للتعامل مع مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية, وأوضحت النتائج فعالية التدريب السلوكي للوالدين للتعامل مع مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي

اضطراب طيف الذاتوية, بالإضافة إلي الرضا المرتفع للوالدين, ارتفاع نسبة تناول الأطفال للوجبات, بالإضافة إلي انخفاض وقت الوجبة.

كما أكدت دراسة (Curtin, Anderson & Mick,2015) علي أن مشكلات السلوك أثناء الوجبات والتوتر الأسري تنتشر بين أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية وأوضحت النتائج أن التدخلات التي تقلل من انتقائية الطعام يمكن أن تؤدي إلي انخفاض مشكلات السلوك أثناء الوجبات , وقد استخدمت دراسة (Eikeseth, Gale, Rudrud 2011) طريقة المقابلة والملاحظة لسلوك ثلاث أطفال ذاتويين وقت تناول الطعام متضمنة تقبل الطعام ونظافة الفم , المقاطعة والرفض , قد تم الحصول عليها من قبل مشاركين مختلفين وأثبتت النتائج فعالية في العلاج وانخفاض السلوكيات المصاحبة لتناول الطعام , وتم المحافظة علي أثر العلاج من خلال المتابعة, وقد اتضح أن الإجراءات السلوكية تخفف من مشكلات الأكل لدي بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية خاصة في الدراسات الصغيرة التي تضم التصميمات التجريبية أحادية المفحوص.

ومن هنا تتبلور مشكلة البحث في السؤال التالي :

- هل توجد علاقة بين السلوك الاندفاعي واضطراب الأكل لدي الأطفال الذاتويين؟
- هل يمكن التنبؤ بالسلوك الاندفاعي من خلال اضطرابات الاكل؟

أهداف البحث :

يهدف البحث الحالي إلي :

- معرفة علاقة السلوك الاندفاعي باضطراب الأكل لدي الأطفال الذاتويين.
- التنبؤ بالسلوك الاندفاعي من خلال اضطرابات الأكل.
- التعرف علي اضطرابات الأكل والمشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً لدي الأطفال الذاتويين.

أهمية البحث:

[أ] الأهمية النظرية :

1- تقديم تأصيلاً نظرياً يوضح تعريفات السلوك الاندفاعي واضطرابات الأكل واضطراب الذاتوية, حيث يلعب السلوك الاندفاعي دوراً محورياً في تنظيم وضبط سلوكيات الأكل عند الأطفال الذاتويين.

2- كما تكمن أهمية البحث أيضاً في تناوله لفئة مهمة وهي فئة الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية والذين يمثلون شريحة من المجتمع لايستهان بها , وهم أشد الحاجة إلي الدعم النفسي والاجتماعي

[ب] الأهمية التطبيقية:

1- دراسة مفهوم السلوك الاندفاعي لدي الأطفال الذاتويين في مرحلة ماقبل المدرسة.

2- إمكانية وضع برامج للأطفال الذاتويين مستقبلاً وذلك من خلال الاستفادة من نتائج هذا البحث وأخذها بعين الاعتبار.

3- ماقد تسفر عنه البحث من نتائج يمكن تعميمها علي المجتمع الأصلي للبحث الذي تم اختيار العينة منه.

مصطلحات البحث الإجرائية:

أولاً : السلوك الإندفاعي (Impulsive Behavior):

السلوك الاندفاعي هو عدم ضبط النفس والتحكم بها وعدم السيطرة علي التصرفات , لأنه يدفع الطفل لعدم الالتزام بقواعد اللعب وعدم احترام لعب الأدوار ولا الاهمتام بقواعد اللعب , مما يؤدي إلي ضعف علاقاته الاجتماعية نتيجة لعدم الالتزام بالقواعد الاجتماعية السليمة واحترام الآخرين وأدوارهم المختلفة سواء في اللعب أو الحياة الاجتماعية بصفة عامة.

التعريف الإجرائي للأبعاد الفرعية للمقياس:

- ضعف المثابرة : عدم القدرة علي تبديل الأفكار ونقلها بشكل صحيح مناسب مع السياق الاجتماعي
- ضعف التروي : عدم القدرة علي تنظيم الأفكار وترتيبها والسرعة في رد الفعل وعدم مناسبتها مع السياق الاجتماعي؟
- السلوكيات المندفعة : وهي السلوكيات التي تكون دون تفكير في العواقب السلبية التي قد تنتج عنها هذه السلوكيات سواء علي المستوي الشخصي أو تجاه الآخرين , دون أن يتمكنوا من منع سلوكهم.

ثانياً: اضطرابات الأكل (Eating disorders):

وتعرفه الباحثة أن اضطرابات الأكل هي مشكلات في سلوك الأكل بين الرغبة الملحة لتناول كميات كبيرة من الطعام , أو العزوف عن تناول الطعام , ويترتب عليها العديد من المشكلات والأمراض والاضطرابات.

التعريف الإجرائي للأبعاد الفرعية للمقياس:

- رفض الطعام : وتعرفه الباحثة بأن الطفل يرفض تناول بعض الأطعمة ويتناول أطعمة ذات ملمس وألوان مميزة بالنسبة له.

- انتقائية الطعام :وتعرفه الباحثة بأن الطفل يأكل الوجبات الخفيفة والسريعة وبكميات قليلة ويرفض تناول الأطعمة الجديدة.
- سلوكيات الطعام: وتعرفه الباحثة بأنها سلوكيات يفعلها الطفل عند تقديم الطعام له مثل غلق فمه , وبصق الطعام.

ثالثاً: الذاتويين (Autistic) :

- وتعرفه الباحثة بأنه أحد الاضطرابات النمائية العصبية والذي يظهر في الثلاث السنوات الأولي من حياة الطفل ويؤثر علي كافة جوانب النمو لدي الطفل ويؤدي ذلك إلي حدوث اضطرابات لدي الطفل ومنها اضطراب النوم الذي يؤثر علي سلوك الطفل ويصبح الطفل مندفعاً , وهو الدرجة التي يحصل عليها الطفل علي مقياس جيليام (إعداد عادل عبدالله وعبير أبو المجد:2020) المستخدم في البحث الحالي.

إطار نظري ودراسات سابقة :

السلوك الاندفاعي (Behavior Impulsive) :

تعريفها : يعرف كلاً من (Gray, Weidacker & Snowden, 2019) السلوك الاندفاعي بأنه بناء متعدد العوامل يهدف إلي شرح السلوكيات التي تبدو ضعيفة , أو يتم التعبير عنها قبل الآوان , أو محفوفة بالمخاطر بشكل مفرط , أوغير مناسبة للموقف , أو ينتج عنها غالبا عواقب غير مرغوب فيها.

كمايري كلاً من (Salvo & Castro, 2013) السلوكيات الاندفاعية طريقة لشرح الفروق بين السلوك العادي والسلوكيات المرضية , وكذلك في العلاقة بينهما وكذلك الذين يعانون من اضطرابات عقلية مختلفة , وترتبط هذه النتوءات إلي الحقول الجينية والبيولوجية العصبية.

كما جاء في (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) أن الاندفاع يحتل مكانة مركزية في النظرية النفسية والبحث والممارسة.

تظهر العديد من الحالات السريرية مع الاندفاع كعنصر أساسي في التشخيص واحدة من أكثر السلوكيات التي يتم الاستشهاد بها في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية.

كما يري كلاً من (Corbí Pérez &–Nieto ,2011) أن الاندفاع، تعبير موضوعي للصحة للعقلية، يمكن تحليلها كواحد من أكثر العوامل وضوحًا في نمو الرضع؛ ومع ذلك، يمكن أيضًا اعتباره أصل السلوكيات التخريبية في الطفولة والمراهقة دون إغفال طبيعتهاوهي أنها ثنائية الأبعاد: من ناحية أنها تعمل كعامل سلوكي مرتبط بالتخلص من التثبيط والأرق الحركي، ومن ناحية أخرى، فهو يخدم كعامل معرفي ينطوي على نقص في البصيرة وتخطيط السلوك.

ويعتبر الاندفاع مكونًا مثيرًا للعديد من الاضطرابات النفسية والإكلينيكية لإهتمام الباحثين، تضمن القليل من المبادأة والتدبر. من ناحية أخرى، يمكن أن تكون هذه السلوكيات تعتبر تكيفية ومفيدة في العديد من المواقف المعقدة بسبب الضرورة المفاجئة واستجابة سريعة. لهذا السبب، اقترح الباحثون أن الاندفاع يتضمن بعض الخصائص الإيجابية مثل البحث عن الإحساس، والمخاطرة، والإثارة والسعي للمكافأة والمغامرة والنشاط المفرط. ومع ذلك، اقترح الباحثون أن الأفراد ملزمون بإظهار تصرفات اندفاعية في ظل بعض الظروف.

على سبيل المثال، قد يكسر الأفراد فجأة ويديرون سيارة أثناء القيادة بالترتيب لتجنب شيء على الطريق. تعتبر هذه الأفعال بمثابة سلوكيات اندفاعية تم التأكيد على أن السلوكيات الاندفاعية تظهر بناءً على سمات معينة على أنها نقص التخطيط، قلة التوجه المستقبلي، قلة الاهتمام، التهور، الشغف، اليأس وانخفاض القلق وانخفاض ضبط النفس. (Farmer and Golden, 2009, 12-13).

تشخيص السلوك الاندفاعي:

- اللامبالاة وعدم التركيز.
- عدم الانصات للاوامر الموجهة له.
- النسيان المفرط.
- التشتت عن المهمة التي يفعلها.
- لا ينجز المهمات التي تتطلب التركيز.
- يصبح مشاغبا وكثير الحركة.
- كثرة الكلام.
- متسرع في ردود الأفعال (زينب معيزه ,2019 :72).

حتي يصنف الطالب علي أن سلوكه اندفاعي فلابد أن تظهر عليه ستة مظاهر علي الأقل من المظاهر الواردة بأدناه وتستمر لمدة ستة أشهر متواصلة وهذه المظاهر تتجلي في (فاطمة النجار، 2011):

1- الإجابة قبل أن يكمل المعلم السؤال داخل حجرة الدراسة فلايأخذ الطالب الوقت الكافي في التفكير.
2- التهور وعدم الانتظار طويلاً .
3- يقاطع الآخرين لذا تفشل علاقاته الاجتماعية مع الآخرين.
4- عدم انتظار الطالب المندفع دوره في اللعب.
5- سهولة إثاره الطالب ويتسم انفعاله بالشده.
6- غالباً مايكون الاندفاعي مزاجياً ويتسم باللامبالاة وعدم الاكتراث بما يدور حوله.

7- عدم القدرة علي ضبط النفس أو الصبر.

خصائص الأشخاص الذين يعانون من السلوك الاندفاعي:

حدد (De young, 2011)أنهم يتسمون ببعض الخصائص وهي :

- النظر إلى الآخرين بوصفهم جيدين او سيئين.
- ضعف القدرة على التخطيط.
- الرغبة في الإرضاء القوي والإشباع.
- محاولة تجنب المشاعر.
- عدوان موجه نحو الأسرة والأصدقاء.
- عدم تحمل النقد.
- عدم الراحة والقلق.

ثانياً : اضطراب الأكل(Eating Disorder):

تعريف اضطراب الأكل:

يعرف اضطراب الأكل بأنه مشكلات في سلوك الأكل ينتشر بين الأطفال والمراهقين ويمكن أن يؤدي إلي العديد من الاضطرابات النفسية والجسمية ويؤثر علي جودة الحياة وأحياناً يؤدي إلي الوفاة وبخاصة في حالة فقدان الشهية العصابي (Galmiche, Lambert, & Tavolacci, 2019: 1).

كما يعرف بأنه اضطراب نفسي يتسم بمشكلات في الأكل تؤدي إلي إعاقة شديدة في الصحة الجسمية والنفسية ويوجد صعوبة في تكهن حدوثه (Bachner, Lev- Ari, Zohar, & Lev, 2018: 2).

أنواع اضطرابات الأكل:

وينقسم إلي:

1- اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa Disorder:

أ- فقدان الشهية العضوي :

وهو فقدان جزئي أو كلي للشهية , ويكون نتيجة لأسباب عضوية جسمية في المقام الأول , وقد يصاحبه العديد من الأمراض , يعد اضطراب فقدان الشهية العضوي عرضاً شائعاً مشتركاً في بعض الأمراض العضوية , والنفسية , ويتمثل ذلك في حالات (أمراض الجهاز الهضمي – سرطان المعدة – سرطان القولون – التهابات الكبد الوبائي المعدية – مرض السكري – أورام المخ –

اضـطرابات الغـدد الصـماء مثـل إفـراز الغـدة الدرقيـة , أو انخفـاض وظـائف الغـدة النخاميـة , اضطرابات الأمعاء مثل مرض كرون , أو زملة الامتصاص غير الجيد.

ب- اضطراب النهم أو الشره العصبي Bulimia Nervosa Disorder:

عرفه الدليل التشخيصي الرابع بأنه أكل كمية كبيرة من الطعام , تفوق بكثير ما اعتاد الفرد تناوله في ظروف مشابهه , وذلك في فترة زمنية محددة , تكون عادة أقل من ساعتين ,وينقسم إلي نوعين:

- النوع الشره (نمط القيئ) : حيث يرغم الشخص المضطرب نفسه علي التقيؤ , أو يفرط في إساءة استخدام الملينات.
- النوع غير الشره (نمط بدون قئ) : حيث يبالغ الشخص في السلوك التعويضي من خلال اللجوء إلي الامتناع عن تناول الطعام لفترات طويلة (الصيام)، أو يجبر نفسه علي ممارسة رياضة عنيفة بهدف استرجاع صورة جسمه كما كانت من قبل (محمد غانم، 2014: 41-51).

ثم جاءت النسخة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي التي استمرت في وضع اضطرابات الأكل كفئة منفصلة تحت مسمي اضطرابات التغذية والأكل , وصنفتها كما يلي :

- شهوة الطين (pica).
- اضطراب الاجترار (Rumination Disorder).
- اضطراب تناول الطعام التجنبي / المقيد Restrictive food (intake disorder /Avoidant).
- فقدان الشهية العصبي (القمة العصبي) Anorexia nervosa.
- النهم العصبي (Bulimia nervosa).
- اضطراب الشراهة للطعام (Binge-eating disorder).
- اضطراب التغذية أو الأكل المحدد الآخر Other specified feeding or eating disorder.
- اضطراب التغذية أو الأكل غير المحدد (Unspecified feeding or eating disorder). (DSM IIV, 2013: 129-134)

كما هدفت دراسة (هالة حسانين، 2020) إلي التحقق من فعالية برنامج تدريبي مؤلف من (30) جلسة تدريبية في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية. تضمنت أدوات البحث مقياس مشكلات الأكل (إعداد الباحثة،) والبرنامج التدريبي (إعداد الباحثة). تألفت عينة البحث من (5) أطفال ذوى اضطراب طيف التوحد بدرجة متوسطة، بلغ متوسط أعمارهم خمسة أعوام وأربعة أشهر، باستخدام المنهج شبة التجريبي، توصلت البحث إلى مجموعة

من النتائج، وهي: وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وذلك لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس مشكلات الأكل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.

وهدفت دراسة (أفنان الدميري، 2019) إلي إعداد برنامج إرشادي لتعديل سلوكيات الأكل المضطربة للأطفال الذاتويين ، وتكونت عينة البحث من مجموعة تجريبية تتكون من (6) أطفال من الأطفال الذاتويين ، وقد اشتملت أدوات البحث علي مقياس جيليام لتقدير اضطراب الذاتوية، ومقياس اضطرابات الأكل للأطفال الذاتويين ، وبرنامج إرشادي لتعديل سلوكيات الأكل المضطربة للأطفال الذاتويين، وقد توصلت النتائج إلي أنه: 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب أطفال المجموعة التجريبية عينة البحث في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج الإرشادي من حيث تعديل سلوكيات الأكل المضطربة في اتجاه القياس البعدي.

مضاعفات اضطرابات الأكل:

تسبب اضطرابات الأكل مجموعة كبيرة من المضاعفات بعضها قد يهدد حياة الفرد، وكلما زادت شدة اضطراب الأكل أو زادت مدته ،ازدادت احتمالية ظهور أعراض خطيرة مثل:

1- مشكلات صحية خطيرة.
2- الاكتئاب والقلق.
3- الأفكار والسلوكيات الانتحارية.
4- مشكلات في النمو والتطور.
5- مشكلات في العلاقات الاجتماعية.
6- اضطراب إساءة استخدام العقاقير.
7- مشكلات العمل والمدرسة.
8- الوفاة(عبد الفتاح مطر، 2008: 122).

ثالثاً: الأطفال الذاتويين (Autistic Children):

ويعرف الأطفال الذاتويين بأنهم الأطفال الذي تظهر لديهم قبل بلوغ سن 6 سنوات مظاهر الاضطرابات العصبية النمائية التي تتسم بعيوب في التفاعلات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية. (Manfredi, Cohn, Mello, Fernandez, & Boggio, 2020: 21).

كما يعرف الأطفال الذاتويين بأنهم الأطفال الذي يعانون من اضطراب يغطي مجموعة كبيرة من الأعراض والمهارات ومستويات الإعاقة والتي تتراوح في شدتها مابين عيوب تحد

أو تعوق الحياة العادية للأفراد إلي إعاقة شديدة تتطلب رعاية تامة في مؤسسة علاجية. (Satterstrom, Kosmicki, Wang, Breen, De Rubeis, &Klei, 2020: 1).

ويعرف الأطفال الذاتويين أيضاً بأنهم الأطفال الذي يعانون من حالة من الاضطرابات العصبية النمائية المعقدة التي تتسم بأنماط من السلوك التكراري وصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل (McCoy, Liu, Lutz, & Sisti, 2020: 13).

تشخيص وتقييم أضطراب الذاتوية :

[1] تحديد مستوي شدة الأعراض :(Identification of Severity Levels)

تشترط المعايير الجديدة علي المشخصين تحديد مستوي شدة الأعراض بهدف تحديد المستوي والنوع الذي يجب العمل علي تقدمه لتحقيق أقصي درجات الدعم الخدمي , والتأهيلي , والاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية , وتوظف المعايير الجديدة ثلاث مستويات لهذه الشدة للكل كمعيار تشخيصي .

[2] المدي العمري:(Age of Onset)

تضمنت المعايير الجديدة توسيعاً للمدي العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة , والممتد حتي عمر 8 سنوات (بدلاً من المدي العمري المستخدم من قبل في المعايير القديمة وهو(3) سنوات (حسن أبو حشيش، 2020 : 86).

[3] استخدام تسمية تشخيصية موحدة :(Single Diagnosis)

أشار (American Psychiatric Association,2013) إلي أن المعايير الجديدة في الدليل الإحصائي الخامس (DSM V) تضمنت توظيفاً لمسمي موحد وهو " اضطراب طيف الذاتوية (Autism Spectrum) "حيث يتضمن هذا المسمي) اضطراب الذاتوية , متلازمة أسبرجر , الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحدودة , اضطراب التفكك الطفولي , (والتي كانت فئات حيث يتم تجمعيها في (DSM) اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من فئة واحدة دون الفصل بينها ,وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة الريت من فئة اضطراب طيف الذاتوية، ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة ، يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لاتختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها ، وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية ، ومستوي اللغة ، ودرجة الذكاء لدي أفرادها، لذا فإن الدليل قد عمد إلي جمعها في فئة واحدة لاتختلف في آلية تشخيصها ، كما أن اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها ، كما أن الدليل قد فرض علي المشخصين تحديد مستوي الشدة ، والذي يجب العمل علي تقديمه لتحقيق

أقصي درجات الدعم الخدمي والتأهيلي والاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية (سوسن الجلبي، 2005: 12).

[4] التشخيص استناداً علي معيارين اثنين بدلاً من ثلاثة :

كما أن كيفية توصيل هذا التشخيص للوالدين له أهمية لاتقل عن أهمية التشخيص , فالأسلوب الذي يقوم به التشخيص للوالدين يحدد مدي حماس وتعاون الوالدين , وتفاؤلهم بمستقبل الطفل وزيادة تعاونهم مع الفريق الإكلينكي والذي يضم كل من :

- الطبيب النفسي.
- طبيب اللغة والتخاطب.
- أطباء السمع.
- طبيب الأعصاب وطبيب الوراثة.
- الأخصائي النفسي.

وإذا استطعنا توصيل التشخيص الصحيح للوالدين سنصل إلي مشاركة فعالة وواعية من الوالدين في عملية تقييم الطفل ، وتنفيذ البرنامج العلاجي الخاص به بنجاح (أحمد عكاشة ، وطارق عكاشة، 2015 : 778).

فروض البحث:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً بين السلوك الاندفاعي واضطرابات الأكل لدي الأطفال الذاتويين.
- توجد علاقة ذات دالة إحصائية بين الانحدار المتعدد لاضطرابات الأكل في التنبؤ بالسلوك الاندفاعي.

الاجراءات المنهجية للبحث:

أولاً: منهج البحث

إستعانت الباحثة بالمنهج الوصفي الارتباطي للتعرف علي العلاقة بين متغيرات البحث باعتباره من أكثر المناهج ملائمة لطبيعة البحث الحالي.

عينة البحث

انقسمت عينة البحث إلى:

[أ] عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت البحث الاستطلاعية إلى الوقوف على مدى مناسبة الأدوات المستخدمة لمستوى أفراد العينة والتأكد من وضوح تعليمات الأدوات، والتأكد من وضوح البنود المتضمنة في أدوات البحث والتعرف على الصعوبات التي قد تظهر أثناء التطبيق والعمل على تلاشيها والتغلب عليها، إلى جانب التحقق من صدق وثبات أدوات البحث. ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على عينة استطلاعية روعي عند اختيارها أن يتوافر فيها معظم خصائص العينة الأساسية للدراسة. تكونت عينة البحث الاستطلاعية من 30 من الأطفال الذاتويين ممن تراوحت أعمارهم بين (5 –6) وبلغ متوسط أعمارهم 68.23 شهرا بانحراف معياري قدره 2,35، وقد تم تطبيق البحث الاستطلاعية في مركز رعاية وتنمية الطفولة، مركز المنصورة لذوي الاحتياجات الخاصة، حضانة الشروق لذوي الاحتياجات الخاصة، مركز حقي اتعلم لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، حضانة دار الفرقان لذوي الاحتياجات الخاصة، حضانة دار الأطفال لذوي الاحتياجات الخاصة، مركز لافلي كيدز لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة،مركز التأهيل الشامل للمعاقين بالمنصورة وقد اختارت الباحثة هذا المركز لتعاون القائمين علي العمل بالمركز وتفهمهم لطبيعة البحث وترحيبهم بتطبيق البحث داخل المركز.

[ب] عينة البحث الأساسية:

تكونت عينة البحث الاستطلاعية من 50 من الأطفال الذاتويين ممن تراوحت أعمارهم بين (5 –6) وبلغ متوسط أعمارهم 67.52 شهرا بانحراف معياري قدره 2,12، وقد تم تطبيق البحث الاستطلاعية في مركز رعاية وتنمية الطفولة، مركز المنصورة لذوي الاحتياجات الخاصة، حضانة الشروق لذوي الاحتياجات الخاصة، مركز حقي اتعلم لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، حضانة دار الفرقان لذوي الاحتياجات الخاصة، حضانة دار الأطفال لذوي الاحتياجات الخاصة، مركز لافلي كيدز لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز التأهيل الشامل للمعاقين بالمنصورة وقد اختارت الباحثة هذا المركز لتعاون القائمين علي العمل بالمركز وتفهمهم لطبيعة البحث وترحيبهم بتطبيق البحث داخل المركز. ويعرض جدول(1) توزيع العينة الأساسية علي المراكز التي تنتمي إليها.

جدول (1)

يبين توزيع أفراد عينة البحث الأساسية على المتغيرات الديموجرافية للدراسة

المركز	عدد الاطفال
مركز رعاية وتنمية الطفولة	5
مركز المنصورة لذوي الاحتياجات الخاصة	5
حضانة الشروق لذوي الاحتياجات الخاصة	6
مركز حقي اتعلم لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة	6
حضانة دار الفرقان لذوي الاحتياجات الخاصة	6
حضانة دار الأطفال لذوي الاحتياجات الخاصة	5
مركز لافلي كيدز لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة	6
مركز التأهيل الشامل للمعاقين بالمنصورة	5
مركز رعاية وتنمية الطفولة	6

ثالثاً: أدوات البحث

وتشمل أدوات البحث على مايلي:

1- مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب طيف التوحد-الإصدار الثالث GARS-3 تعريب عادل عبدالله وعبير أبو المجد (2020)

2- مقياس السلوك الاندفاعي إعداد الباحثة.

3- مقياس اضطرابات الأكل إعداد الباحثة

وفيما يلي عرض تفصيلي لكل منهما:

[1] مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب طيف التوحد-الإصدار الثالث GARS-3 تعريب عادل عبدالله وعبير أبو المجد (2020)

مقياس جيليام لتشخيص الذاتوية عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف الذاتوية. قام بإعداد المقياس وتصميمه جيمس جيليام (James E.Gilliam,1995) وذلك عقب إصدار الدليل التشخيصي الرابع ثم أدخل عليه تعديلات في الإصدار الثاني عام 2006، ومع ظهور الدليل التشخيصي الخامس عام (2013) ظهر الإصدار الثالث من مقياس جليام GARS-3 ليواكب التعديلات التي تضمنها الإصدار الخامس. تم تعريب المقياس بمصر وتم استخراج معاملات ثبات وصدق له ونشر في مصر عام (2004) وقام بإعداده كلاً من محمد السيد عبد الرحمن ومنى خليفة علي حسن بجامعة الزقازيق. تم إعادة تعريبه وقياس معامل الصدق والثبات واستخراج معاييره على البيئة المصرية من خلال عادل عبد الله محمد (2005). ونظرًا لأهمية المقياس على مستوى العالم فقد قام عادل عبدالله وعبير أبو المجد

الإقدام على تعريب الإصدار الثالث عام (2020) كي يكون متاحًا ومناسبًا للاستخدام في البيئة العربية.

وصف المقياس

تم إعداد المقياس للتعرف وتشخيص الأفراد في المدى العمري 3–22 سنة ممن يواجهون مشكلات سلوكية قد تكون مؤشرا للإصابة باضطراب طيف الذاتوية.

يتألف المقياس من 58 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–1–2–3) بالترتيب، وبالتالي تتراوح درجات المقياس بين صفر – 174 درجة.

تضم المقاييس ستة مقاييس فرعية كما يلي:

- السلوكيات المقيدة أو التكرارية: وتضم 13 عبارة تقيس السلوكيات النمطية، والاهتمامات المقيدة، والروتين، والطقوس.
- التفاعل الاجتماعي: ويضم 14 عبارة تقيس السلوكيات الاجتماعية.
- التواصل الاجتماعي: ويضم 9 عبارات تقيس استجابات الفرد للمواقف، والسياقات الاجتماعية، وفهمه لفحوى التفاعل الاجتماعي والتواصل.
- الاستجابات الانفعالية: وتضم 9 عبارات تقيس الاستجابات الانفعالية المتطرفة من جانب الأفراد للمواقف الاجتماعية اليومية.
- الأسلوب المعرفي: ويضم 7 عبارات تقيس الاهتمامات الغريبة الثابتة للأفراد، والخصائص والقدرات المعرفية.
- الكلام غير الملائم: ويضم 7 عبارات تصف أوجه القصور في حديث الطفل، والغرابة أو الشذوذ في التواصل اللفظي من جانبه.

تطبيق المقياس وتصحيحه:

يتطلب تطبيق هذا المقياس أن يكون الشخص المؤهل القائم بتطبيق المقياس وإعطاء الدرجات وتفسيرها مؤهلاً لذلك، وأن يعرف الطفل جيدًا والخصائص التي يتسم بها، وأن يكون على دراية جيدة باضطراب الذاتوية حتى يتمكن من إنهاء تطبيقه بالشكل المطلوب وغالبًا 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.

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 نظرًا لوجود عبارات في

المقياس الفرعي الخامس (الأسلوب المعرفي) كالعبارات أرقام 45، 47، 51 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.

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.

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

- القسم الأول والخاص بالبيانات الشخصية للحالة، والقائم بالتطبيق، والتقييم، ومدى معرفته بالطفل.
- القسم الثاني فيتناول ملخصًا لأداء الطفل على المقاييس الفرعية المتضمنة بحيث يتم تسجيل الدرجة الخام الكلية التي يحصل الطفل 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.
- 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 ميئينية لتحديد الرتبة الميئينية 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 خانتين.
- القسم الرابع يعرض كدليل إرشادي لتفسير الدرجات لمؤشر اضطراب الذاتوية وتحديده، ومعدل احتمال وجود اضطراب طيف الذاتوية لدى الفرد، ومستوى شدة الاضطراب، وأخيرًا 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 نظرا لعدم وجود الاضطراب.

- القسم الخامس فيتضمن المقاييس الفرعية للمقياس وهو عبارة عن 58 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).

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 الذاتوية 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.

وكلما ارتفع مؤشر اضطراب طيف الذاتوية كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة للفرد أن يعاني منه، وكانت سلوكياته التوحدية أكثر شدة، ووفقًا لدرجة مؤشر الاضطراب (55–≥ 101) فإن كل من تصل درجة مؤشر الاضطراب لديه التي تعكس سلوكياته واستجابته على المقياس 55 فأكثر يعد من ذوي اضطراب طيف الذاتوية وتتوزع احتمالية التعرض للاضطراب وفقا لدرجة مؤشر الاضطراب على ثلاثة مستويات هي من غير المحتمل (≤ 45)، ومن المحتمل (55– 70)، ومن الأكثر احتمالا (71– ≥ 101) 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 (55– 70)، ويعكس الثاني مستوى متوسطًا من الشدة ودرجة كبيرة من الدعم (71– 100)، بينما يعكس الثالث المستوى الشديد للحدة، والحاجة إلى درجة كبيرة للغاية من الدعم (≥ 101).

الخصائص السيكومترية للمقياس وتقنينه:

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 (ن= 84) وتراوحت قيمته بين 0,79 –0,94 وبطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين من التطبيق الأول على عينة (ن= 122) تراوحت قيم (ر) الدالة على معامل الثبات بين 0,77 – 0,96 أما بطريقة ثبات المصححين على نفس عينة إعادة التطبيق من خلال مجموعات من المصححين (ن= 232 موزعين على 116 زوجًا ضمت أولياء أمور،

ومعلمين، وأخصائيين نفسيين، وأخصائيين تخاطب، وأخصائيين آخرين، ومساعدي معلمين) تراوحت متوسطات قيم (ر) 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 0,57- 0,86 بينما بلغت قيمة صدق المحك 0,86 مع قائمة السلوك التوحدي، 0,69 مع مقياس الملاحظة التشخيصية لاضطراب التوحد، 0,68 مع مقياس كارولينا لتقدير اضطراب التوحد، 0,69 مع مقياس جيليام لتقدير اضطراب اسبرجر، وتراوحت القدرة التمييزية للمقياس بين المجموعات التشخيصية المختلفة بين 0,50- 0,87 أما الصدق العاملي للمقياس فقد أكد على وجود ستة عوامل تؤلف المقاييس الفرعية الستة المتضمنة حيث تراوحت قيم تشبع العبارات على العوامل 0,39- 0,95.

وللتحقق من صدق وثبات المقياس في البيئة المصرية قام كلاً من (عادل عبدالله & عبير أبو المجد، 2020) بترجمة المقياس وإعداده باللغة العربية ثم عرضه على عشرة من الأساتذة المحكمين في مجال التربية الخاصة، وتم الأخذ بآرائهم، وإجراء التعديلات التي أشاروا إليها كلما كان ذلك ضروريًا، ثم قام الباحثان بعد ذلك بتطبيق المقياس على عينة من مائة طفل من الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس، وتقنينه للخروج بمعايير محددة، وتحديد نسب ومستويات احتمال حدوث اضطراب طيف الذاتوية بين الأطفال، ومستوى شدته. وقد قام الباحث 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 (2).

جدول (2)

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

المتغيرات	مقياس الطفل التوحدي
مقياس جيليام	0,780

ثانيًا: الثبات: قام الباحث في البحث الحالي بحساب ثبات إعادة التطبيق حيث تم حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني للمقياس بفاصل زمني أسبوعين(ن= 30) كما تم حساب معادلة ألفا كرونباخ وكانت النتائج كما هي معروضة في جدول (3)

جدول (3)

معاملات الثبات لمقياس جيليام لتشخيص الذاتوية

الأبعاد	معامل الثبات ألفا	ثبات اعادة التطبيق
السلوكيات المقيدة أو التكرارية	0,83	0,74
التواصل الاجتماعي	0,86	0,78
التفاعل الاجتماعى	0,85	0,73
الاستجابات الانفعالية	0,79	0,79
الأسلوب المعرفي	0,84	0,75
الكلام غير الملائم	0,79	0,74
الدرجة الكلية	**0,87**	**0,81**

وبالنظر إلى جدول (3) يتضح تمتع مقياس جيليام بخصائص سيكومترية طيبة تجعل الاعتماد عليه في البحث الحالي محل ثقة.

[2] مقياس السلوك الاندفاعي : اعداد الباحثة.

1- **مبررات تصميم المقياس:** هناك العديد من الأسباب التي دعت إلي تصميم المقياس منها قلة وجود المقاييس المستخدمة لقياس السلوك الاندفاعي لدي الذاتويين وتفضيل الباحثة تصميم مقياس خاص به للاستخدام فى البحث الحالية.

2- **اجراءات إعداد وتصميم المقياس:** تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للدراسة الحالية من (5) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتي تترابط 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 نظرى ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء والنظريات المتعلقة بموضوع البحث ومقاييس واختبارات التى تناولت السلوك الاندفاعي من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة فى قياس السلوك الاندفاعي والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب كل بعد من الأبعاد وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث والتي تم عرضها في الفصل الثاني من هذه البحث.
- تحليل النظريات والتعريفات التي تناولت مهارات السلوك الاندفاعي.

كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة بها. وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن السلوك الاندفاعي كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتيحت للباحثة وتناولت السلوك الاندفاعي، أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالية ومنها:

- قائمة تشخيص ذوي الميول الاندفاعية العدوانية (منال عبد الخالق جاب الله،2004)
- مقياس (2008,Shiva&Haden)
- مقياس السلوك الاندفاعي (2012 , Billieux, et al)
- قائمة السلوك الاندفاعي (بيان حابس النعيمات , 2014)
- ومقياس السلوك الاندفاعي (سامر عدنان عبد الهادي، وأمجد أحمد أبو جدي،2014)
- مقاييس السلوك الاندفاعي لطفل الروضة (سمير عبد الحسين كاظم , وإيثار منتصر شعلان، 2014)
- مقياس تقدير مستوي الاندفاعية لذوي صعوبات التعلم النمائية (أماني أحمد صابر، 2015)
- استمارة تقدير أعراض اضطراب السلوك الاندفاعي لدي الأطفال التوحديين (أنور عمران الصادي وعمر مصطفي النعاس،2015)
- مقياس الاندفاعية (آلاء علي محمد،2016).

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث وما تواجهه من صعوبات وكذا القائمين علي رعايتهم، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط فى محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقة 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 أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التى عقدتها الباحثة مع الأطفال ومعلميهم، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس وصياغة بنود المقياس: وفقا لمكونات السلوك الاندفاعي. وقامت الباحثة ببناء الصورة المبدئية لمقياس السلوك الاندفاعي ويتألف المقياس من 30 عبارة موزعة علي ثلاثة أبعاد

التعريف الإجرائي للأبعاد الفرعية للمقياس :

- ضعف المثابرة : عدم القدرة علي تبديل الأفكار ونقلها بشكل صحيح مناسب مع السياق الاجتماعي
- ضعف التروي : عدم القدرة علي تنظيم الأفكار وترتيبها والسرعة في رد الفعل وعدم مناسبتها مع السياق الاجتماعي؟
- السلوكيات المندفعة : وهي السلوكيات التي تكون دون تفكير في العواقب السلبية التي قد تنتج عنها هذه السلوكيات سواء علي المستوي الشخصي أو تجاه الآخرين , دون أن يتمكنوا من منع سلوكهم.

جدول (4)

أبعاد مقياس السلوك الاندفاعي

الأبعاد الأساسية	عدد العبارات
ضعف المثابرة	12
ضعف التروي	8
السلوكيات المندفعة	10
الدرجة الكلية	**30**

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس السلوك الاندفاعي 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 الطبقية العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلا صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس السلوك الاندفاعي بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمي صدق المحكمين، وذلك لتّأكد 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 مسبوقاً بتعليمات توضح لهم ماهية السلوك الاندفاعي وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطُلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه

- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
- إرتباط المفردات بالأبعاد المرجو قياسها فى ضوء التعريف الإجرائى لكل بعد.
- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.
- 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 السلوك الاندفاعي ويتضح ذلك من الجدول التالي: ويعرض جدول رقم (5) نسب الاتفاق بين المحكمين علي بنود مقياس السلوك الاندفاعي.

جدول (5)

النسب المئوية للتحكيم على مقياس السلوك الاندفاعي (ن=10)

م	موافق	تعديل صياغة	حذف	م	موافق	تعديل صياغة	حذف	م	موافق	تعديل صياغة	حذف
1	%100	–	–	11	%90	%10	–	21	%100	–	–
2	%90	%10	–	12	%100	–	–	22	%100	–	–
3	%90	%10	–	13	%100	–	–	23	%100	–	–
4	%100	–	–	14	%100	–	–	24	%100	–	–
5	%100	–	–	15	%100	–	–	25	%90	%10	–
6	%90	%10	–	16	%100	–	–	26	%100	–	–
7	%90	%10	–	17	%100	–	–	27	%90	%10	–
8	%100	–	–	18	%100	–	–	28	%100	–	–
9	%100	–	–	19	%90	%10	–	29	%100	–	–
10	%90	%10	–	20	%100	–	–	30	%100	–	–

وباستقراء جدول (5) يتضح أنه تم الإبقاء على معظم المفردات التي بلغت نسب اتفاقها 100% كما هي دون إجراء أي تعديل، وتم تعديل صياغة باقي المفردات بناءً على آراء السادة المحكمين.

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين قامت الباحثة بما يلي:

- إعادة صياغة بعض العبارات في صورة مبسطة.
- تعديل العبارات بحيث تتضمن موقفاً واضحاً.
- فك العبارات المركبة.

قامت الباحثة الحالية بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالى:

أولاً :الاتساق الداخلي

وتم تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية وذلك لحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة، والبعد الذي تنتمي إليه تلك المفردة، ويوضح جدول (6) معاملات الارتباط بين المفردة والبعد الذي تنتمي إليه:

جدول (6)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه(ن=30)

ضعف المثابرة		ضعف التروي		السلوكيات المندفعة	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	0.553**	1	0.493**	1	0.551**
2	0.615**	2	0.643**	2	0.608**
3	0.676**	3	0.680**	3	0.646**
4	0.950**	4	0.745**	4	0.703**
5	0.599**	5	0.698**	5	0.599**
6	0.616**	6	0.585**	6	0.660**
7	0.665**	7	0.594**	7	0.643**
8	0.523**	8	0.625**	8	0.565**
9	0.624**			9	0.539**
10	0.633**			10	0.692**
11	0.523**				
12	0.610**				

يتضح من جدول (6) أن قيم معاملات الارتباط تراوحت بين (0.427، 0.745)، وأن هذه القيم دالة احصائيا عند مستوي 0.01.

ثانياً: الاتساق الداخلي للأبعاد:

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية ويوضح جدول (7) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (7)

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس السلوك الاندفاعي

م	الأبعاد	الدرجة الكلية
1	ضعف المثابرة	0.861**
2	ضعف التروي	0.753**
3	السلوكيات المندفعة	0.530**

يتضح من جدول (7) أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.528، 0.864)، وبذلك تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس.

صدق المحك الخارجي:

صدق المحك الخارجي: قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين أداء العينة الاستطلاعية (ن= 30) للدراسة الحالية علي مقياس السلوك الاندفاعي ومقياس السلوك الاندفاعي اعداد (أنور عمران الصادي وعمر مصطفي النعاس، 2015) وأشارت النتائج عن وجود معامل ارتباط (0.612) وهو دال احصائياً عند مستوي 0.01

الثبات: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس السلوك الاندفاعي باستخدام الطرق التالية:

- **معادلة ألفا كرونباخ:** وذلك على عينة بلغت(30) من المفحوصين، وذلك لأن المقياس على متدرج ثلاثي ومن ثم يصلح هذا النوع من أنواع معادلات حساب الثبات وكانت النتائج كما هي ملخصة فى جدول (8)

جدول (8)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ن= 30

الأبعاد	ألفا كرونباخ
ضعف المثابرة	0.768
ضعف التروي	0.711
السلوكيات المندفعة	0.796
الدرجة الكلية	**0.810**

طريقة اعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط القياسين اللذان تما بفاصل زمني قدره أسبوعين على عينة البحث الاستطلاعية وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة فى جدول (9)

جدول (9)

معاملات الثبات بطريقة اعادة التطبيق ن= 30

الأبعاد	اعادة التطبيق
ضعف المثابرة	0.742
ضعف التروي	0.753
السلوكيات المندفعة	0.736
الدرجة الكلية	**0.743**

يتضح من الجدول السابق (9) أن جميع معاملات ارتباط المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام في البحث الحالية.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

1- التعليمات:

أعطيت التعليمات التالية لمن يقوم بتطبيق المقياس:

- ملئ البيانات الخاصة بالمستجيب.
- قراءة المقياس أولا قبل تطبيقه.
- لا توجد اجابة صحيحة وأخري خاطئة.
- لا تترك عبارات بدون اجابة.

2- **طريقة التصحيح:** تقدر الدرجة علي المقياس وفقا لميزان التصحيح الثلاثي وفقا للجدول التالي:

جدول (10)

أبعاد وأرقام عبارات المقياس

الأبعاد الأساسية	عدد العبارات	الدرجة الصغري	الدرجة العظمي
ضعف المثابرة	12	12	36
ضعف التروي	8	8	24
السلوكيات المندفعة	10	10	30
الدرجة الكلية	**30**	**30**	**90**

3- **تفسير الدرجات:** تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوي السلوك الاندفاعي لدي الطفل بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوي السلوك الاندفاعي لدي الطفل.

[3] مقياس اضطرابات الاكل : اعداد الباحثة.

[أ] مبررات تصميم المقياس: هناك العديد من الأسباب التي دعت إلي تصميم المقياس منها قلة وجود المقاييس المستخدمة لقياس اضطرابات الاكل لدي الذاتويين وتفضيل الباحثة تصميم مقياس خاص به للاستخدام فى البحث الحالية.

[ب] اجراءات إعداد وتصميم المقياس : تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للدراسة الحالية من (5) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشتق من الخطوة التي تسبقها وتمهد للخطوة التي تليها، حتي تترابط 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 نظرى ودراسات سابقة وبحوث ومراجع عربية وأجنبية والآراء والنظريات المتعلقة بموضوع البحث ومقاييس واختبارات التى تناولت اضطرابات الاكل من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة فى قياس اضطرابات الاكل والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات التي تناسب كل بعد من الأبعاد وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- الإطلاع على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث والتي تم عرضها في الفصل الثاني من هذه البحث.
- تحليل النظريات والتعريفات التي تناولت مهارات اضطرابات الاكل.

كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة بها. وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن اضطرابات الاكل كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتيحت للباحثة وتناولت اضطرابات الاكل، أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالية ومنها:

دراسة (هالة حسنين ،2020) والتي تناولت مشكلات الأكل لدي الأطفال الذاتويين وكذلك قامت بعمل مقياس لمشكلات الأكل لدي الأطفال الذاتويين ، وكذلك دراسة (أفنان الدميري ،2019) والتي تناولت مشكلات الأكل للأطفال الذاتويين وكذلك قامت بعمل مقياس مشكلات الأكل لديهم ، بعض هذه الدراسات تناولت فئات من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مثل فئة المعاقين سمعياً كما في دراسة عبد الفتاح مطر (2008) ،وفئة المعاقين بصرياً كما في دراسة إيهاب الببلاوي (2002) ، ولكن معظم هذه الدراسات أغفلت فئة الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية ، معظم الدراسات التي تناولت اضطرابات الأكل تناولتها من حيث كونها اضطراب نفسي يصيب العديد من الأشخاص الطبيعين ، ولكنها أغفلت دراسة اضطراب الأكل من حيث كونه اضطراب سلوكي يعاني منه العديد من الأطفال ذوي الفئات الخاصة بصفة عامة والأطفال الذاتويين بصفة

خاصة مثل دراسة عادل عبدالله (2000) ، دراسة زينب شقير (2002) ، دراسة مجدي الدسوقي (2006) ، دراسة (Hove,2004,2007) التي أشارت إلي الأطفال الذاتويين.

الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث وما تواجهه من صعوبات وكذا القائمين علي رعايتهم، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط فى محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقة 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 أبعاد وبنود المقياس:

بعد إطلاع الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التى عقدتها الباحثة مع الأطفال ومعلميهم، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس وصياغة بنود المقياس: وفقا لمكونات اضطرابات الاكل. وقامت الباحثة ببناء الصورة المبدئية لمقياس اضطرابات الاكل ويتألف المقياس من 30 عبارة موزعة علي ثلاثة أبعاد :

التعريف الإجرائي للأبعاد الفرعية للمقياس :

- رفض الطعام : وتعرفه الباحثة بأن الطفل يرفض تناول بعض الأطعمة ويتناول أطعمة ذات ملمس وألوان مميزة بالنسبة له.
- انتقائية الطعام :وتعرفه الباحثة بأن الطفل يأكل الوجبات الخفيفة والسريعة وبكميات قليلة ويرفض تناول الأطعمة الجديدة.
- سلوكيات الطعام: وتعرفه الباحثة بأنها سلوكيات يفعلها الطفل عند تقديم الطعام له مثل غلق فمه، وبصق الطعام.

جدول (11)

أبعاد مقياس اضطرابات الأكل

الأبعاد الأساسية	عدد العبارات
رفض الطعام	9
انتقائية الطعام	6
سلوكيات الطعام	15
الدرجة الكلية	**30**

الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً: الصدق: استخدمت الباحثة عدة طرق للتأكد من صدق مقياس اضطرابات الاكل 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 الطبقية العشوائية التي تمثل ميدان القياس تمثيلا صحيحاً، وقد قامت الباحثة ببناء مقياس اضطرابات الاكل بأبعاده ووضع مفردات مناسبة لقياس كل مكون على حده من خلال حساب المتوسط والوزن النسبي لكل مكون، ويندرج تحت هذا النوع من الصدق ما يسمي صدق المحكمين، وذلك لتّأكد 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 مسبوقاً بتعليمات توضح لهم ماهية اضطرابات الاكل وسبب استخدام المقياس، طبيعة العينة، وطُلب من كل منهم توضيح ما يلي:

- مدى انتماء كل مفردة للبعد الذي تنتمي إليه
- تحديد اتجاه قياس كل مفردة للبعد الذي وضعت أسفله.
- مدى اتفاق بنود المقياس مع الهدف الذي وضعت من أجله.
- إرتباط المفردات بالأبعاد المرجو قياسها فى ضوء التعريف الإجرائى لكل بعد.
- مدى مناسبة العبارة لطبيعة العينة.
- الحكم على مدى دقة صياغة العبارات ومدى ملاءمتها لأبعاد المقياس.
- 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 اضطرابات الاكل ويتضح ذلك من الجدول التالي: ويعرض جدول رقم (12) نسب الاتفاق بين المحكمين علي بنود مقياس اضطرابات الاكل.

جدول (12)

النسب المئوية للتحكيم على مقياس اضطرابات الاكل (ن=10)

م	موافق	تعديل صياغة	حذف	م	موافق	تعديل صياغة	حذف	م	موافق	تعديل صياغة	حذف
1	%100	–	–	11	%90	%10	–	21	%100	–	–
2	%90	%10	–	12	%100	–	–	22	%100	–	–
3	%90	%10	–	13	%100	–	–	23	%100	–	–
4	%100	–	–	14	%100	–	–	24	%100	–	–
5	%100	–	–	15	%100	–	–	25	%80	%20	–
6	%90	%10	–	16	%100	–	–	26	%100	–	–
7	%90	%10	–	17	%100	–	–	27	%90	%10	–
8	%100	–	–	18	%100	–	–	28	%100	–	–
9	%100	–	–	19	%90	%10	–	29	%100	–	–
10	%90	%10	–	20	%100	–	–	30	%100	–	–

وباستقراء جدول (12) يتضح أنه تم الإبقاء على معظم المفردات التي بلغت نسب اتفاقها 100% كما هي دون إجراء أي تعديل، وتم تعديل صياغة باقي المفردات بناءً على آراء السادة المحكمين.

وفي ضوء توجيهات السادة المحكمين قامت الباحثة بما يلي:

- إعادة صياغة بعض العبارات في صورة مبسطة.
- تعديل العبارات بحيث تتضمن موقفاً واضحاً.
- فك العبارات المركبة.

قامت الباحثة الحالية بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالى:

أولاً :الاتساق الداخلي

وتم تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية وذلك لحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة، والبعد الذي تنتمي إليه تلك المفردة، ويوضح جدول (13) معاملات الارتباط بين المفردة والبعد الذي تنتمي إليه:

جدول (13)

معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه(ن=30)

رفض الطعام		انتقائية الطعام		سلوكيات الطعام	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
1	**0,596	1	**0,518	1	**0,581
2	**0,624	2	**0.642	2	**0,573
3	**0,635	3	**0,495	3	**0,706
4	**0,642	4	**0,622	4	**0,698
5	**0,734	5	**0,547	5	**0,683
6	**0,646	6	**0,647	6	**0,442
7	**0,682			7	**0,661
8	**0,568			8	**0.633
9	**0,441			9	**0,581
				10	**0,573
				11	**0,739
				12	**0,663
				13	**0,683
				14	**0,542
				15	**0.634

يتضح من جدول (13) أن قيم معاملات الارتباط تراوحت بين (0.495، 0.735)، وأن هذه القيم دالة احصائيا عند مستوي 0.01.

الاتساق الداخلي للأبعاد:

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، تم تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية ويوضح جدول (14) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس:

جدول (14)

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الاكل

م	الأبعاد	الدرجة الكلية
1	رفض الطعام	**0.735
2	انتقائية الطعام	**0.536
3	سلوكيات الطعام	**0.719

يتضح من جدول (14) أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.536، 0.864)، وبذلك تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس.

الثبات: قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس اضطرابات الاكل باستخدام الطرق التالية:

معادلة ألفا كرونباخ: وذلك على عينة بلغت(30) من المفحوصين، وذلك لأن المقياس على متدرج ثلاثي ومن ثم يصلح هذا النوع من أنواع معادلات حساب الثبات وكانت النتائج كما هي ملخصة فى جدول (15)

جدول (15)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ن= 30

الأبعاد	ألفا كرونباخ
رفض الطعام	0.753
انتقائية الطعام	0.773
سلوكيات الطعام	0.753
الدرجة الكلية	**0.801**

طريقة اعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط القياسين اللذان تما بفاصل زمني قدره أسبوعين على عينة البحث الاستطلاعية وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة فى جدول(16)

جدول (16)

معاملات الثبات بطريقة اعادة التطبيق ن= 30

الأبعاد	ألفا كرونباخ
رفض الطعام	0.736
انتقائية الطعام	0.746
سلوكيات الطعام	0.778
الدرجة الكلية	**0.789**

يتضح من الجدول السابق(16) أن جميع معاملات ارتباط المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام في البحث الحالية.

الخطوة الخامسة: التعليمات وطريقة التصحيح:

[1] التعليمات:

أعطيت التعليمات التالية لمن يقوم بتطبيق المقياس:

- ملئ البيانات الخاصة بالمستجيب.
- قراءة المقياس أولا قبل تطبيقه.
- لا توجد اجابة صحيحة وأخري خاطئة.
- لا تترك عبارات بدون اجابة.

[2] طريقة التصحيح: تقدر الدرجة علي المقياس وفقا لميزان التصحيح الثلاثي وفقا للجدول التالي:

جدول (17)

أبعاد وأرقام عبارات المقياس

الأبعاد الأساسية	عدد العبارات	الدرجة الصغري	الدرجة العظمي
رفض الطعام	9	9	27
انتقائية الطعام	6	6	18
سلوكيات الطعام	15	15	45
الدرجة الكلية	**30**	**30**	**90**

[3] تفسير الدرجات: تفسر الدرجة المنخفضة بانخفاض مستوي اضطرابات الاكل لدي الطفل بينما تعني الدرجة المرتفعة ارتفاع مستوي اضطرابات الاكل لدي الطفل.

رابعاً: خطوات البحث

تم اجراء البحث وفقاً للخطوات التالية:

- مراجعة الاطار النظري والدراسات السابقة وتحديد الفروض الأساسية للبحث وطرق جمع البيانات المناسبة لهذه الفروض.
- إعداد وتجهيز أدوات البحث وقامت الباحثة بمراجعة الأدوات والدراسات السابقة علي الصعيد العربي والأجنبي حول قياس مقياس السلوك الاندفاعي لدى الأطفال وبناء علي هذه المراجعة قامت باختيار مقياس مقياس السلوك الاندفاعي ومقياس اضطراب الأكل باعتبارهما من أكثر الأدوات انتشارا في البيئة العربية.
- تم حساب الخصائص السيكومترية للأدوات من صدق وثبات علي عينة البحث الاستطلاعية التي تماثل عينة البحث الأساسية.
- بعد الاطمئنان علي الخصائص السيكومترية للأدوات، تم التطبيق على المجموعة الأساسية.
- تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار فروض البحث.
- تم عرض النتائج وفقاً لفروض البحث، 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:

- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- معاملات الارتباط.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ

نتائج البحث

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول علي أنه " **توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الأطفال الذاتويين علي أبعاد مقياس السلوك الاندفاعي والدرجة الكلية وأبعاد مقياس اضطرابات الأكل والدرجة الكلية**" وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة معاملات الارتباط بيرسون للتعرف علي العلاقة بين أبعاد السلوك الاندفاعي وأبعاد اضطرابات الأكل لدي الأطفال الذاتويين حسب تقرير الأمهات. ويعرض جدول(18) نتائج الفرض

جدول (18)

معاملات الارتباط بين مقياس السلوك الاندفاعي (الدرجة الكلية والأبعاد)

وأبعاد اضطرابات الأكل والدرجة الكلية

الأبعاد	رفض الطعام	انتقائية الطعام	سلوكيات الطعام	الدرجة الكلية
ضعف المثابرة	**0.632	**0.458	**0.531	**0.634
ضعف التروي	**0.562	**0.428	**0.518	**0.623
السلوكيات المندفعة	**0.469	**0.637	**0.589	**0.621
الدرجة الكلية	****0.633**	****0.591**	****0.520**	****0.466**

يتضح من الجدول السابق ما يلي:وجود علاقة موجبة بين أبعاد مقياس السلوك الاندفاعي وأبعاد مقياس اضطرابات الأكل لدي الأطفال الذاتويين.

تفسير النتائج ومناقشتها :

يتضح من جدول (18) أن قيم معاملات الارتباط بين متغيرات البحث لدى جميع أفراد العينة كانت دالة إحصائيا عند مستوى أقل من (0.01) وبالاتجاه المتوقع، مما يدل على وجود

علاقة ارتباط دالة موجبة بين السلوك الاندفاعي واضطرابات الأكل لدى عينة البحث (أمهات أطفال اضطراب طيف الذاتوية).

تفسير النتائج ومناقشتها:

أتضح من خلال القياس أن هناك ارتباط بين السلوك الاندفاعي ووجود اضطرابات الأكل لدي الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية , وأتفق ذلك مع دراسة (Gabrielle T. Lee, Wan- Chi Chou, Hua Feng 2017) والتي استخدمت برنامج سلوكي قائم علي الفن للتغلب علي السلوكيات المضطربة من خلال الاستفادة من نهج تحليل السلوك التطبيقي APA, وتم اختيار الأطفال الذاتويين الذين يعانون من نوبات انفعالية وسلوكية متكررة ومضطربة وعدم وجود تفاعل مناسب لديهم مع الآخرين في السياقات الاجتماعية , وأشارت النتائج إلي أن هذا البرنامج ساعد علي تسهيل التعبير عن مشاعرهم فضلاً عن تحسن التفاعلات الاجتماعية في المدرسة والمنزل, , وحاولت دراسة (محمد عمر وآخرون , 2017) إلي العمل علي وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية بمنطقة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حال أبنائهم ذوي اضطراب التوحد , وتوصلت النتائج إلي فعالية الحميات الغذائية في تحسين حال أطفال التوحد,

وتؤكد دراسة (Rivard Melina, Forget Jacgues, Giroux Normand, Mello Catherine , Kerr Kelly, Regli Gisela, 2016) إلي خفض السلوكيات المضطربة لدي نصف عدد الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية المشاركين في البحث والبالغ عددهم (13) طفلاً , وكان ذلك نتيجة التدخل من خلال برنامج سلوكي، وتؤكد دراسة (Johnson1.C.R; DeMand.A & Mori.M. B, 2015) إلي التحقق من برنامج التدريب السلوكي للوالدين للتعامل مع مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية , وأوضحت النتائج فعالية التدريب السلوكي للوالدين للتعامل مع مشكلات الأكل بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد , بالإضافة إلي الرضا المرتفع للوالدين , ارتفاع نسبة تناول الأطفال للوجبات , بالإضافة إلي انخفاض وقت الوجبة , كما أكدت دراسة (Curtin,C; Hubbard, K;Anderson;S & Mick,E,2015) علي أن مشكلات السلوك أثناء الوجبات والتوتر الأسري تنتشر بين أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية وأوضحت النتائج أن التدخلات التي تقلل من انتقائية الطعام يمكن أن تؤدي إلي انخفاض مشكلات السلوك أثناء الوجبات , وقد استخدمت دراسة (Gale, C., Eikeseth, S., & Rudrud, E,2011.) طريقة المقابلة والملاحظة لسلوك ثلاث أطفال توحديين وقت تناول الطعام متضمنة تقبل الطعام ونظافة الفم , المقاطعة والرفض , قد تم الحصول عليها من قبل مشاركين مختلفين وأثبتت النتائج فعالية في العلاج وانخفاض السلوكيات المصاحبة لتناول الطعام , وتم المحافظة علي أثر العلاج من خلال المتابعة, وقد اتضح أن الإجراءات السلوكية تخفف من مشكلات الأكل لدي بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خاصة في الدراسات

الصغيرة التي تضم التصميمات التجريبية أحادية المفحوص (Seiverling, L. J., Williams, K. E., Ward-Horner, J., Sturmey, P., Matson, J. L & ,.Sturmey, P,2011) , لأهمية دراسة مشكلات تناول الطعام من مناحي كثيرة، اهتمت دراسة (Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., et al. (2013، بالملاحظة المقننة لوقت وجبة الأكل للطفل ذوي اضطراب الذاتوية، وذلك باستخدام مقياس تناول الطعام المفضلة، ومقياس سلوك الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية أثناء وقت تناول وجبة الطعام، وقد ظهر بين أفراد المجموعة الأخيرة أن الخضروات أكثر أنواع الطعام رفضا، وبشكل مستمر ومتكرر خلال الملاحظة السلوكية، وهو ما أكدته أيضاً تقارير الوالدين للعينة وقد أظهرت البحث أن زيادة انتقائية الطعام ترتبط إيجابا بالمشكلات السلوكية خلال الملاحظة،

وحاولت دراسة (Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., et al., 2013) استعراض شامل وتحليل عميق لابحاث الخاصة، وعدد (17) دراسة مرتبطة بمشكلات الأكل والوضع الغذائي بين الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد. أوضحت النتائج أن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات طعام أكثر من العاديين، ويجب أن تتناول الأبحاث المستقبلية المسائل الهامة المتعلقة بأسباب وآثار المشكلات الغذائية بعيدة المدى، وكيفية التغلب عليها في هذه الفئة من الأطفال، وأكدت دراسة (Curtin et al., 2015) على أن مشكلات السلوك أثناء الوجبات والتوتر الأسرى تنتشر بين أسر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. تم تقييم الارتباط بين انتقائية الطعام المرتفعة ومشكلات السلوك أثناء الوجبات وتوتر الزوجين والتأثير على أعضاء الأسرة بين (53) طفلا ذاتوييا و(58) طفلا طبيعيا، ممن تتراوح أعمارهم بين 3 و11عاما، بالمقارنة بالأطفال ذوي النمو الطبيعي، كانت انتقائية الطعام أعلى بين الأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، وكذلك مشكلات السلوك أثناء الوجبات والتوتر بين الوالدين، والتأثير على ما يأكله أفراد الأسرة الآخرين، وارتبطت انتقائية الطعام المرتفعة بمشكلات السلوك أثناء الوجبات لدى كلا المجموعتين، كما اتضح أن التدخلات التي تقلل من انتقائية الطعام يمكن أن تؤدى إلى انخفاض مشكلات السلوك أثناء الوجبات , وحاولت دراسة عمر وآخرين (2015) العمل على زيادة وعي أباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية بمنطقة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم ذوي اضطراب الذاتوية، واستخدم الباحثون في هذه البحث مقياسا للوعي الوالدي بالحميات الغذائية الفعالة في اضطراب الذاتوية، وتم إعداد (11) جلسة إرشادية تم تطبيقها على عينة تكونت من مجموعتين، الأولى تجريبية وعدد أفرادها (15)، من أباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والثانية ضابطة وعدد أفرادها (15)، وبإجراء المعالجات الإحصائية، توصلت نتائج البحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أطفال التوحد لصالح القياس البعدي، وحاولت

دراسة (Thullen,& Bonsall, 2017) دراسة جودة الوالدية المشتركة والتوتر الوالدي ومشاكل الأكل لدى (11) من أولياء أمور الأطفال ذوي طيف اضطراب التوحد، وأوضحت النتائج أن انتقائية الطعام هي النوع الأكثر انتشارا من مشكلات الأكل، ولكنها كانت –أيضا– سلوك الأكل السلبي الوحيد غير المرتبط بالتوتر والضغط الوالدي. وارتبط التوتر الوالدي المرتفع بانخفاض الوالدية المشتركة والمساندة، وارتبط سلوك الطفل العنيف أثناء الوجبات بجودة الوالدية المشتركة، مما نبه إلى ضرورة العمل على أهمية التعامل مع تحديات الأكل، بالإضافة إلى انتقائية الطعام، مثل السلوكيات العنيفة أثناء الوجبات، والقيام بذلك داخل إطار الأسرة والبيئة المنزلية.

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض على أنه **يمكن التنبؤ بالسلوك الاندفاعي من خلال اضطرابات الأكل،** وللتحقق من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام تحليل الانحدار البسيط لقياس مدى امكانية التنبؤ بالسلوك الاندفاعي من خلال اضطرابات الأكل.

باستخدام اختبار تقدير دالة الانحدار وجد أن أنسب نموذج للعلاقة بين السلوك الاندفاعي واضطرابات الأكل هو النموذج الخطي وبلغت قيمةٌ R2 (0,22) وهي قيمة متوسطة وتعنى إمكانية تفسير التغير في السلوك الاندفاعي بدرجة 22% مما يعنى قدرة النموذج علي تفسير العلاقة بنفس الدرجة, وبلغت قيمة ف (13.281) وهي قيمة دالة عند مستوي معنوية (0,01) وبلغت قيمة الثابت 42.82 وهي دالة احصائياً.

جدول (19)

تحليل الانحدار المتعدد لاضطرابات الأكل في التنبؤ بالسلوك الاندفاعي

	الارتباط R	معامل التحديد	قيمة ف	المتغير المستقل	قيمة الانحدار B	الانحدار المتعدد Beta	قيمة ت	الدلالة الإحصائية
السلوك الاندفاعي	0,466	0,22	13.281	اضطرابات النوم	0.366	0.466	3.644	0.01

وتشير النتائج فى جدول (19) أن اضطرابات الأكل منبئة بالسلوك الاندفاعي

وفيما يلي معادلة الانحدار:

السلوك الاندفاعي= 42.82+ (0.366× اضطرابات الأكل)

توصيات البحث:

- تدريب الطفل ذوي اضطراب الذاتوية علي أنشطة متنوعة تخاطب حواسه.

- توظيف ما يتعلمه الطفل الذاتوي من مهارات في حياته اليومية كنوع من المراجعة وكطريق للدمج.
- اتخاذ الأنشطة كمدخل لتنمية جميع جوانب المهارات من مهارات حسية ومعرفية وحركية وابتكارية للأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.

البحوث المقترحة:

- دراسة أثر تحسين السلوك الاندفاعي على اضطرابات الأكل لأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.
- دراسة أثر التدخل المبكر لخفض السلوك الاندفاعي للأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.
- دراسة فاعلية برنامج لتحسين السلوك الاندفاعي لدى الأطفال الذاتويين.
- دراسة فاعلية برنامج لتحسين اضطرابات الأكل لدى الأطفال الذاتويين.
- دراسة أثر التدخل المبكر لخفض اضطرابات الأكل للأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية.

المراجع:

- أحمد عكاشة ، طارق عكاشة (2015): الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- أفنان مصطفي الدميري (2019): فاعلية برنامج إرشادي في تعديل سلوكيات الأكل المضطربة للأطفال الذاتويين، رسالة ماجستير، كلية التربية للطفولة المبكرة. القاهرة.
- آلاء علي محمد (2016) : فاعلية الإرشاد الجمعي المستند للعلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدي طالبات الصف العاشر، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الهامشية، الأردن.
- أماني أحمد صابر (2015) : فاعلية برنامج باستخدام استراتيجية التعلم التعاوني في تنمية الانتباه الإنتقائي وأثره علي خفض سلوك الاندفاعية لدي الأطفال ذوي صعوبات التعلم النمائية، مجلة الإرشاد النفسي عدد (42).
- أنور عمران الصادي، وعمر مصطفي النعاس (2015) : فاعلية برنامج تدريبي قائم علي فنيات تعديل السلوك في خفض اضطراب السلوك الاندفاعي لدي عينة من أطفال التوحد، مجلة كلية الآداب، جامعة مصراتة، ليبيا، عدد (4).
- إيمان سامي يوسف (2019) : اضطرابات النوم وعلاقتها بالسلوك اليومي لدي عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية المصابين بطيف التوحد، رسالة ماجستير، جامعة حلوان.

- إيهاب عبد العزيزالببلاوي (2002) : نمذجة العلاقات السببية بين المتغيرات المرتبطة باضطرابات الأكل لدي المراهقات الكفيفات، مجلة معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس، المجلد الخامس، العدد (17).
- بيان حابس النعيمات (2014) : السلوك الاندفاعي وعلاقته بالذكاء الاجتماعي لدي طلبة المرحلة الأساسية العليا في مديرية تربية وتعليم لواء المزار الجنوبي، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة، الأردن.
- حسن إبراهيم أبوحشيش (2020): تحسين الانتباه المشترك في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدي أطفال طيف التوحد ذوي المستويات المختلفة من الوظيفي . رسالة دكتوراة , كلية التربية .جامعة الأزهر.
- زينب محمود شقير (2002) : احذر اضطرابات الأكل فقدان الشهية العصبية (الأرثوركسيا)، الشره العصبي (البوليميا)، السمنة (الأوبستي)، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- زينب معيزه (2019): الذات الأكاديمي وعلاقتها بالسلوك الاندفاعي".
- سامر عدنان عبد الهادي وأمجد أحمد أبو جدي (2014) : الإندفاعية لدي عينة من طلبة الجامعة العربية المفتوحة وعلاقتها بتوكيد الذات في ضوء متغيرات التخصص والنوع والمستوي الدراسي، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد (15)، عدد (1).
- سعد رياض (2008) : الطفل التوحدي. أسرار الطفل التوحدي وكيف نتعامل معه.
- سميرة عبد الحسين كاظم وإيثار منتصر شعلان (2014) : السلوك الاندفاعي لدي أطفال الرياض وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة البحوث التربوية والنفسية، مجلة كلية التربية جامعة بغداد عدد (43).
- سوسن شاكر الجلبي (2005): التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه ,مؤسسة علاء الدين للطباعة والتوزيع: دمشق.
- عادل عبدالله محمد (2000) : مقياس الطفل التوحدي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الفتاح رجب مطر (2008). اضطرابات الأكل لدي العاديين والمعاقين (إتجاهات حديثة)، الإسكندرية : دار الوفاء للطباعة والنشر.
- فاطمة الزهراء النجار (2011) : مشكلات الأطفال السلوكية والانفعالية. دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر: الإسكندرية.
- مجدي محمد الدسوقي (2007). اضطرابات الأكل (الأسباب – التشخيص– الوقاية – العلاج)، القاهرة : مكتبة الأنجلو.
- محمد عمر، محمد أبو راسين، أحمد تيراب، صالح السواح (2015) : فاعلية برنامج إرشادي لتوعية آباء وأمهات أطفال التوحد (الأوتيزم) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حال أبنائهم، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، 2(8)، 85– 132.

- منال عبد الخالق جاب الله (2004) : فاعلية برنامج لتنمية الذكاء الانفعالي لدي عينة من المراهقين ذوي الميول الاندفاعية العدوانية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، عدد (48).
- هالة أحمد حسنين (2020) : فعالية برنامج تدريبي في تخفيف بعض مشكلات الأكل لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية، مجلة كلية التربية النوعية للدراسات التربوية والنوعية، العدد (12).
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bachner – Melman, R, lev- Ari, zohar, A.H., &Lev,s.l.(2018). Can Recovery from an Eating Disorder Be measured? Toward astandardized questionnaire, frontiers in psychology, 9(24).
- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A. C., … & Vander Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P impulsive behavior scale. Comprehensive Psychiatry, 53(5), 609–615.
- Corbí, B., & Pérez-Nieto, M. A. (2011). Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 37(14), 109-122.
- Curtin, C; Hubbard, K; Anderson; S & Mick, E (2015), Food Selectivity, Mealtime Behavior Problems, Spousal Stress, and Family Food Choices in Children with and without Autism Spectrum Disorder, J Autism Dev Disord, 45 , , 3308 - 3315.
- F Armer, R.F., & Chapman, A.L. (2009). Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action. Washington, DC: American Psychological Association. In: Baumeister& K.vohs(Ed.)،G. (2011). Impulsivity as a personality trait DeYoung, Handbook of self- regulation , research , theory and application – New York ; Guilford press.
- Gabrielle T. Lee, Wan- Chi Chou, Hua Feng (2017): Social engagement through art activities for two children with autism spectrum disorders, international Journal of education through art, Vol (13), N. (2), PP. 217- 233.
- Gale, C., Eikeseth, S., & Rudrud, E. (2011). Functional assessment and behavioural intervention for eating difficulties in children with autism: astudy conducted in the natural environment using parents and ABA tutors as therapists. Journal of Autism and Developmental Disorders, 41(10), 1383-1396.
- Galmiche, M., Dechelotte , p.,lambert , G., &Tavolacci, M.B.(2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period : Asystematic literature review,American Journal of clinical , Nutrition,1(13).
- Gray, N. S., Weidacker, K., & Snowden, R. J. (2019). Psychopathy and impulsivity: The relationship of psychopathy to different aspects of UPPS-P impulsivity. Psychiatry research, 272, 474-482.

- Haden,S.and Shiva,A.(2008).Trait impulsivity in a forensic inpatient sample :An evaluation of the barratt Impulsiveness Scale. Behavioral Sciences and Law,26(1),657-690.-
- Hove, O. (2007). Survey on dysfunctional eating behavior in adult parsons with intellectual disability living in the community. Research in developmental disabilities: a multidisciplinary journal,28(1),1-8.
- Hove, O.(2004). Prevalence of eating disorders in adults with mental retardation living in the community. American journal on mental retardation,109(6),501-506.
- Johnson1.C. R; DeMand.A & Mori.M. B (2015).Behavioral Parent Training to Address Feeding Problems in Children with Autism Spectrum Disorder : A Pilot Trial, J Dev Phys Disabil , 27,591-607.
- Manfredi, M.; Cohn, N.; Mello, P. S.; Fernandez, E., & Boggio, P. S. (2020). Visual and Verbal Narrative Comprehension in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders: An ERP Study, Journal of Autism and Developmental Disorders; 3 (19).
- Mccoy, M. S., Liu, E. Y., Lutz, A. S. F., & Sisti, D. (2020). Ethical Advocacy Across the Autism Spectrum: Beyond Partial Representation. The American Journal of Bioethics, 20(4), 13–24.
- Natasha Campbell- McBride MD,(2018). Gut and psychology syndrome natural treatment for Autism, A.D.D, Dyspraxia, Dyslexia, A.D.H.D, Depresstion, Schizophrenia, Medinform publishing. Cambridge, UK.
- Rivard Melina, Forget Jacgues, Giroux Normand, Mello Catherine, Kerr Kelly, Regli Gisela (2016): observation of socially appropriate and inappropriate behaviours among children with autism spectrum disorder during an early behavioral intervention program, JODD Journal on developmental disorder, Vol (22), N. (1), 30, 52- 67.
- Safiza,N. & Le Couteur ,A. (2015).Spectrum of feeding problems and gastrointestinal symptoms in children with autism spectrum disorders: A scoping review, Malaysian Journal of Nutrition,21(1),105-119.
- Salvo-G, L., & Castro-S, A. (2013). Confabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. Revista Chilena de NeuroPsiquiatría, 51(4), 245-254. doi: 10.4067/S0717-92272013000400003
- Satterstrom, F. K., Kosmicki, J. A., Wang, J., Breen, M. S., De Rubeis, S., An, J.-Y., & Klei, L. (2020). Large-Scale Exome Sequencing Study Implicates Both Developmental and Functional Changes in the Neurobiology of Autism. Cell. doi: 10.1016/j.cell.2019.12.036
- Seiverling, L. J., Williams, K. E., Ward-Horner, J., Sturmey, P., Matson, J. L., & Sturmey, P. (2011) Interventions to treat feeding problems in children with autism spectrum disorders: a comprehensive review International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders (pp. 491–508). New York: Springer.
- Sharp, W. G., Berry, R. C., McCracken, C., et al. (2013). Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-

analysis and comprehensive review of the literature. Journal of Autism and Developmental Disorders, 43 (9), 2159–2173.

- Thullen, M. & Bonsall, A. (2017). Co-Parenting Quality, Parenting Stress, and Feeding Challenges in Families with a Child Diagnosed with Autism Spectrum Disorder , J Autism Dev Disord , 47, 878–886.