مجلة جامعة ام القرى لعلوم التربوية والنفسية

الموقع الإلكتروني: https://uqu.edu.sa/jep

اضطرابات الإفراغ وعلاقتها باضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقليًّا

Elimination Disorders and their relationship to anxiety disorders in mentally disabled children with autism

حسين أحمد محمد

أستاذ علم النفس المشارك، كلية التربية والآداب، جامعة الحدود الشمالية، المملكة العربية السعودية

Hussein Ahmed Mohammed

Associate Professor of Psychology, College of Arts, Northern Border University Kingdom of Saudi Arabia

تاريخ الاستلام: 23/11/2021 تاريخ القبول:06/06/ 2022

Received: 23-11-2021 Accepted: 06-06-2022

الملخص

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على أنماط اضطرابات الإفراغ وعلاقتها باضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً عددهم (70 طفلًا) منهم (43 ذكور، 27 إناث) تتراوح أعمارهم الزمنية من (5- 9 سنوات) بمتوسط عمري (5.89) وانحراف معياري قدره (1.22)، من جمعية إصرار ومركز أيادي نجد بمدينة عرعر منطقة الحدود الشمالية، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وقد توصلت نتائج البحث إلى شيوع بعض أنماط اضطرابات الإفراغ، واضطرابات القلق لدى الأطفال عينة البحث، وجود علاقة ارتباطية بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عنها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وكذلك إسهام اضطرابات الإفراغ (سلس البول "التبول اللاإرادي"- سلس الغائط "التبرز اللاإرادي"- عَسُرَ البول "تعسر التبول" - عَسُرَ الغائط "تعسر التبرز") في التنبؤ باضطرابات القلق (الرهاب النوعي - اضطراب الهلع - رهاب الّساح - اضطراب القلق المعمم) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

الكلمات المفتاحية

اضطرابات الإفراغ، اضطرابات القلق، ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

Abstract

The current research aims to identify the patterns of Elimination Disorders and their relationship to anxiety disorders in a sample of mentally handicapped children with autism spectrum disorder, numbering (70) of them (43 males, 27 females), ranging in age from (5-9 years) with an average age of (5.89). And a standard deviation of (1.22), from Israr Association and Ayyad Najd Center in Arar, Northern Borders Region. The study relied on the descriptive correlative approach. The results of the research have revealed the prevalence of some patterns of Elimination Disorders and anxiety disorders in children in the research sample, and there is a correlation between patterns of Elimination Disorders and anxiety disorders resulting from them in children with autism spectrum disorder who are mentally handicapped, as well as the contribution of Elimination Disorders(Enuresis- Encopresis- dysury- dysuria) in predicting anxiety disorders (specific phobia, panic disorder, agoraphobia, generalized anxiety disorder) in mentally disabled children with autism spectrum disorder.

Keywords

Elimination disorders, anxiety disorders, autism spectrum disorder the mentally handicapped.

معلومات التواصل: **حسين أحمد محمد**

البريد الإلكتروني **Hussein.Mohammed@nbu.edu.sa**

Doi:https://doi.org/10.54940/ep51372350

مقدمة:

يتضح من الخصائص التشخيصية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً بأنهم معاقون بشكل واضح في مجال استقبال المعلومات وتوصيلها للآخرين، وهذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسبة للبيئة المحيطة بهم، لذلك تنتشر اضطرابات الإفراغ بصورة متزايدة لديهم، حيث يعانون من سلس البول وسلس الغائط من خلال إفراغ البول بشكل متكرر وغير لائق، فيبلل ملابسه أثناء النهار أو يبلل الفراش ليلاً، كما يخرج برازه بشكل متكرر في أماكن غير مناسبة مثل الملابس أو على الأرض. (Walker, 2013)

وتعد اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً أمرًا غير مألوف لنا، فمن المعروف أنهم لا يدركون الأمور من حولهم بشكل طبيعي، كما أنهم ليس لديهم قدرة على التواصل، فكيف يشعرون باضطرابات القلق في ظل اضطرابات الانتباه والتواصل والإدراك، إلا أن اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ منتشرة لديهم، White, Oswald, Ollendick, Scahill, 2009)، وأن هناك علاقة قوية بين اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً لأن هؤلاء الاطفال أكثر عرضه لإصابة بالقلق وخاصة "الرهاب النوعي، واضطراب الهلع، ورهاب الّساح واضطراب القلق المعمم" (MacLennan, Roach, Tavassoli, 2020).

اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً:

اضطرابات الإفراغ من أكثر المشاكل التي يتعرض لها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، مما يؤدي إلى زيادة الضغوط والمشاكل الأكثر استمرار وإرهاقا للوالدين حيث يعانون من ضغوطات كبيرة في العديد من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والعاطفية والنفسية، نتيجة الانتشار المتزايد لسلس البول أو سلس الغائط أو عُسْر البول أو عُسْر الغائط وذلك أثناء النهار فقط أو أثناء الليل فقط أو اثناء الليل والنهار معاً (Fuhrer, Schober, Gor, 2015)، وقد قام كل من (Jacobsen, Esbensen, Seltzer, Lam, Bodfish, 2009) بدراسة أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً على عينة قوامها (77 طفل) تتراوح أعمارهم من (6-12 سنة)، واستخدمت الدراسة مقياس اضطرابات الإفراغ والأجهزة الطبية الحديثة للكشف على البطن، وأظهرت نتائج الدراسة أن هؤلاء لديهم معدلات عالية من أعراض الجهاز الهضمي مما يسمح للجزيئات من تناول الطعام لدخول مجرى الدم وتعطيل نمو الدماغ. ويعانون من سلس البول وسلس الغائط، كما أجرى (Kapalu, Brei, Nadler, Slosky, 2019) دراسة هدفت إلى التعرف على أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وتكونت عينة الدراسة من (97 طفلًا)، واعتمدت الدراسة على مقياس الاضطرابات السلوكية، ومقياس اضطرابات الإفراغ، وأظهرت النتائج انتشار سلوكيات التبول غير الملائمة من حيث النمو، أثناء النهار أو في الليل أو كليهما. وكذلك سلسل الغائط (مرور البراز إلى أماكن غير مناسبة مثل ملابس الشخص أو على الأرض).

وتنتج اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً من عدم التوافق بين سعة المثانة الليلية ومعدل إدرار البول الليلي مما يسبب التوتر والقلق لدى مقدمي الرعاية لهم، وأشارت بعض الدراسات إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من سلس البراز بصورة أكثر وضوحا من سلسل البول (Sunjay, Stietz, Kimberly Lein, 2021 ، حيث هدفت دراسة (Kristin, George ,2006) إلى معرفة اضطرابات الإفراغ والاضطرابات المرضية المصاحبة لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، تتراوح أعمارهم من (5-15 سنة) وتم استخدام المقابلات شبه المنظمة، وتم جمع معلومات ديموغرافية عن الجنس والعمر ومكان الإقامة ومستوى التعليم وتعليم الوالدين، وتوصلت نتائج الدراسة أن معدل انتشار اضطرابات الإفراغ يبلغ 50,4٪ يغطي كلا من سلس

البول وسلس الغائط، وبلغ معدل انتشار الاضطرابات المرضية المشتركة 38٪، ومنها اضطراب فرط الحركة واضطراب القلق كانت الأكثر انتشارًا. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Worley, Nebel-Schwalm, 2014)، والتي أكدت على انتشار اضطرابات الإفراغ والقلق لدى المصابين اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من Tan, Shiny, (Brian, 2019) والتي هدفت إلى التعرف على اضطرابات الإفراغ، وذلك على عينة من الأطفال الأمريكيين الذين تتراوح أعمارهم بين (2-17 سنة). وأظهرت نتائج الدراسة انتشار حساسية الطعام ومشاكل الإفراغ لدى (13.1٪) مقارنة بالأطفال غير المصابين باضطراب طيف التوحد (5.4٪)، تشير هذه النتائج إلى أن الحساسية الغذائية تحدث بشكل شائع والتي تسبب مشاكل واضطرابات الإفراغ لدى هؤلاء الأطفال، وقد قام (Donald ,et al ,2020) بدراسة اضطرابات الإفراغ لدى(116) طفلاً توحديا مع أو بدون إعاقة عقلية ، تتراوح أعمارهم بين (3-6) سنوات .أظهرت نتائج الدراسة أن الذكور يعانون من مشاكل في الإفراغ واضطراب القلق والصرع واضطراب فرط الحركة بنسبة (81.1-94٪) أكثر من الإناث (18.9-22٪) بنسبة (1-4.3) ويتنشر بصورة أكبر لدى ذوي اضطراب طيف التوحد مع الإعاقة العقلية مقارنة مع اضطراب طيف التوحد بدون إعاقة عقلية.

كما يعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً من عسر البول؛ ومن أعراضه الألم أو الحرقان أو اللسع أو الحكة في قناة مجرى البول مع التبول، ويحدث عسر البول عادة عندما يتلامس البول مع بطانة الغشاء المخاطي الملتهبة أو المتهيجة، ويتفاقم هذا بسبب تقلص العضلات مما يؤدي إلى تحفيز مستقبلات الألم تحت المخاطية وأيضاً الألم أو الإحساس بالحرقان أثناء التبول، و يمكن تقسيم أسباب عسر البول على نطاق واسع إلى فئتين ، المعدية وغير المعدية (Sinnott, , 2016 Howlett)، وتشمل الأسباب المعدية التهابات المسالك البولية أو التهاب الكلية والتهاب البروستاتا والتهاب المهبل، أما الأسباب غير المعدية مثل الأمراض الجلدية والحصوات في المسالك البولية وتضخم البروستاتا الحميد والتهاب المثانة، والتهاب المفاصل التفاعلي (متلازمة رايتر) ، والتهاب المهبل الضموري يمكن أن تسبب عسر التبول (Michels, Sands ,2015)، وقد فحصت دراسة (de Magistris, 2013) (162) طفلاً مصابًا باضطراب طيف التوحد مع وبدون إعاقة عقلية، و(44) طفلاً عادياً ، وأظهرت النتائج زيادة نفاذية الأمعاء واضطرابات الإفراغ (عسر البول والغائط) لدى (25.6٪) من المصابين مقارنة (2.3٪)، كما وجدت زيادة في مشاكل واضطرابات عملية الإفراغ لدى ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً أكثر من اضطراب طيف التوحد فقط أو العاديين، وأجريت (Esparham, 2015) على حساسية الطعام وتأثيرها على اضطرابات الإفراغ لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً عددهم (150)، وتوصلت نتائج الدراسة أن (90%) يعانون من الحساسية الغذائية واضطرابات في عملية الإفراغ (عسر البول والغائط)، وأكثر من (5.6٪) من الحساسية الغذائية في ناتجة عن البيض وحليب البقر تليها الأسماك والمحار وفول الصويا والقمح وأن التخلص من هذه الأطعمة في غذاء من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً يؤدي إلى تحسن عملية الإفراغ بالإضافة إلى تحسن فرط الحركة ، والقلق ونقص الانتباه.

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية فإن اضطرابات الإفراغ تتمثل في:

أولاً: سلس البول (التبول اللاإرادي) Enuresis: إفراغ متكرر أو على فترات متقاربة جداً للبول في الفراش أو الملابس عمداً أو لا إرادياً أثناء الليل (النوم ليلا) فقط، أو أثناء النهار (ساعات الاستيقاظ) فقط، أو أثناء الليل والنهار معاً.

ثانياً: سلس الغائط (التبرز اللاإرادي) Encopresis: إفراغ متكرر أو على فترات متقاربة جداً للبراز في مواضع غير مناسبة مثل اللباس أو الأرضية عمداً أو لا إرادياً مصاحباً بسلسل

الإفاضة أثناء الليل (النوم ليلا) فقط، أو أثناء النهار (ساعات الاستيقاظ) فقط، أو أثناء الليل والنهار معاً.

ثالثاً: عُسْر البول (تعسر التبول) dysury: صعوبة متكررة أو على فترات طويلة لإفراغ البول عمداً أو لا إرادياً أثناء الليل (النوم ليلا) فقط، أو أثناء النهار (ساعات الاستيقاظ) فقط، أو أثناء الليل والنهار معاً.

رابعاً: عُسْر الغائط (تعسر الغائط) dysuria: صعوبة متكررة أو على فترات طويلة لإفراغ البراز عمداً أو لا إرادياً مصاحباً بالإمساك أثناء الليل (النوم ليلا) فقط، أو أثناء النهار (الاستيقاظ) فقط، أو أثناء الليل والنهار معاً.

التأكد من تكرار أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً مرتين في الأسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل. American Psychiatric (Association, DSM, 2013)

اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً:

ترتفع معدلات انتشار اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين بسبب افتقارهم إلى القدرة على استخلاص المعني من المواقف التي يتعرضون لها، وطرح الأسئلة المناسبة التي توضح لهم ما يمرون به بطبيعة الحال، وتوضح نظرية العقل أن مثل هذه الاضطرابات قد تؤدي إلى قصور النواحي الإدراكية والمعرفية لدى هؤلاء الأطفال، وبالتالي تواجه الأطفال صعوبة في التنبؤ بالنتائج والأحداث مما ينتج عنه شعور بالقلق وعدم الأمان، ولذلك فإن ارتفاع مستوى اضطرابات القلق تعد سمة من سمات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين، ومن أهم الأعراض النفسية لديهم (Gadow ,2008)، وأظهرت دراسة (Baghdadli, Soussana, Sunyer, Pry, 2011) إلى أن اضطرابات القلق تنتشر لدى (42٪) من الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، ويرتبط هذا الاضطراب بالعمر ومستوى الأداء المعرفي، وذلك علي عينة مكونة من (115) تتراوح أعمارهم من (5-13 سنة) وأشارت الدراسة إلى الاحتياج لإنشاء أدوات تقييم جديدة مناسبة لاضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً من أجل تسهيل تشخيص الاضطراب المشترك، إلى جانب ارتفاع معدل القلق لديهم.

وتشير اضطرابات القلق الشائعة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين إلى الأعراض الرئيسية لاضطرابات القلق منها التعصب من خلال ردود الفعل السلبية العاطفية والمعرفية للمواقف غير المعروفة، كما أنها قد تظهر من خلال الاستجابة السلوكية السلبية لمثل هذه المواقف غير المألوفة، وغالباً ما يشعر هؤلاء الأطفال بالوحدة، كما أنهم يواجهون مشاكل في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، مثل هذه المشاكل تجعلهم يشعرون بالارتباك حيال البيئة المحيطة بهم مما يجعلهم يعانون من اضطرابات القلق (Rodgers, et al ,2020)، وقد هدفت دراسة (Kristensen,2000) إلى تقييم اضطرابات القلق وسلس البول لدى (54) طفلاً ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، و(108) طفلا كمجموعة ضابطة، وتم إجراء تقييم شامل للأطفال وإجراء مقابلة تشخيصية منظمة للوالدين مع التركيز على تاريخ النمو. وتم إجراء التشخيصات وفقًا لـ DSM-IV. واظهرت نتائج الدراسة أن (74.1٪) من التوحديين يعانون من اضطرابات القلق و(46.3٪) يعانون من اضطراب الإفراغ مقابل (7.4٪) و (9.3٪) على التوالي في المجموعة الضابطة.

كما توصلت الدراسات إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً يواجهون صعوبات في فهم وتفسير الأحداث والخبرات وتنقية المثيرات التي يتعرضون لها نتيجة الخلل في المدركات الحسية مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديهم، وقد قام كل من (Tarver, et al , 2021) بدراسة اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً الذين لديهم اضطرابات في النطق أو عدم القدرة على النطق "دراسة نوعية لتجربة الوالدين وإدارة القلق، وهدفت هذه الدراسة إلى

فهم المزيد عن التعرف الأبوي على القلق والتعامل معه، وأجريت المقابلات مع الوالدين ومقدمي الرعاية (17) طفلاً ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً بمتوسط عمري (10.29)، وتم وضع (15) موضوعاً تحت ثلاثة موضوعات أساسية وهي إدراك الوالدين للقلق، إدارة الوالدين للقلق، وتأثير القلق على هؤلاء الأطفال وعائلتهم بسبب اضطرابات النطق والتداخل مع السلوكيات الأخرى، وصف الآباء صعوبات في التعرف على القلق لدى أطفالهم، و قد توصلت الدراسة إلى أن القلق لا يزال له تأثير كبير على نوعية الحياة، ويمكن أن تفيد نتائج الدراسة في تطوير إجراءات التدخل والتقييم المستهدفة للقلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً الذين يعانون من اضطرابات في النطق أو عدم القدرة على النطق.

وقد أجرى كل من (منصور، فيصل، 2019) دراسة بعنوان علاقة سلوك التحدي بكل من اضطرابات القلق والنوم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن معدلات انتشار سلوك التحدي، ومدى إسهام اضطرابات القلق والنوم في تفسير سلوكيات التحدي، وتكونت عينة الدراسة من (31) طفل ذوي اضطربا طيف التوحد، تراوحت أعمارهم من (6-13) سنة بمتوسط عمري (9) وانحراف معياري (2.17)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى تباين معدلات انتشار سلوك التحدي واضطرابات القلق وعادات النوم، بالإضافة إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين الخوف من الأماكن العامة والسلوك النمطي وإيذاء الذات والسلوك العدواني.

قام (Baribeau ,2020) بدراسة شدة السلوك النمطي التكراري كمؤشر مبكر لخطر ارتفاع أعراض القلق لدى اضطراب طيف التوحد على مجموعة من الأطفال عددهم (421) طفل ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم من (8-11 سنة)، وتم تصنيف شدة السلوك النمطي التكراري ما بين (خفيف- متوسط-شديد)، وتم تحديد أعراض القلق المرتفعة من خلال قائمة مراجعة سلوك الطفل (تقرير الوالدين)، ومقياس القلق الفرعي، وتوصلت الدراسة إلى أن (58%) من أطفال عينة الدراسة يعانون من السلوك النمطي التكراري الشديد ومن أعراض القلق المرتفعة، و (41%) منهم يعانون من السلوك النمطي التكراري ومن أعراض القلق المتوسطة، (20%) منهم يعانون من السلوك النمطي التكراري ومن أعراض القلق البسيطة.

وتصنف اضطرابات القلق وفقاً للنسخة الحادية عشر من دليل الاضطرابات العقلية والسلوكية والنمائية العصبية إلى:

أولاً: اضطراب قلق الانفصال: Separation Anxiety Disorder قلق أو خوف مفرط وغير مناسب تطورياً يتعلق بالانفصال عن البيت أو عن الأشخاص الذين يتعلق بهم، وخوف مستمر ومفرط يتعلق بفقدان أو أذى محتمل للأشخاص الذين يتعلق بهم بشدة كالمرض والموت وغيره، ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب إلى الخارج كالمدرسة أو العمل أو الأماكن الأخرى بسبب الخوف من الانفصال، كوابيس متكررة تتضمن موضوع الانفصال، وأعراض جسدية متكررة مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو القياء.

ثانياً: الصمت الانتقائي Selective Mutism : عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة حيث يُتوقع فيها الكلام مثل المدرسة رغم الكلام في مواقف أخرى، يتداخل الاضطراب مع الإنجازات التعليمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي، لا يُفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصلي مثل اضطراب طيف التوحد أو فصام وغيره.

ثالثاً: الرهاب النوعي Specific Phobia: ويشمل على الخوف أو القلق الملحوظ حول شيء محدد، وهذا الخوف أو القلق قد يعبر عنه بالبكاء، ونوب الغضب، والتجمد، أو التشبث، ويظهر خوفاً أو قلقاً مباشراً للشيء أو الموقف الرهابي الموجود أمامه، ويجري تجنب فعّال للشيء أو الموقف الرهابي مع قلق أو خوف شديد، كما أنه يتضمن الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي

الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي، ويكون القلق والخوف والتجنب مستمراً .

رابعاً: اضطراب الهلع Panic Disorder: هو نوبات هلع متكررة غير متوقعة، واندفاع مفاجئ للخوف والانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، والقلق والخوف ينتج عنهم خفقان دقات القلب الشديدة والعرق وارتعاش وعدم الثبات وغيرها، وتبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية)، وتغير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع، وتبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته)، تشوش الحس (إحساسات بالتنميل) نتيجة القلق والخوف.

خامساً: رهاب الّساح Agoraphobia: يتمثل في خوف ملحوظ أو قلق استخدام وسائل النقل العامة، وخوف ملحوظ أو قلق أثناء التواجد في مساحات مفتوحة أو التواجد في الأماكن المغلقة، خوف ملحوظ أو قلق أثناء التواجد خارج المنزل لوحده، ويشعر دائماً بالخوف أو القلق من أبسط الأشياء أو المواقف، والخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي، يخاف أو يتجنب الأفكار حول صعوبة الهرب من المواقف والأحداث التي يوجهها (مثل الخوف من السلس البولي)، خوف ملحوظ أو قلق أثناء الوقوف و التواجد مع مجموعة من الناس.

سادساً: اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorderقلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث حول عدد من الأحداث أو الأنشطة، وصعوبة في السيطرة على الانشغال، ويصاحب القلق والانشغال تململ أو شعور بالتقييد وسهولة التعب في أبسط المواقف والأحداث، وصعوبة التركيز أو فراغ العقل وسهولة الاستثارة والتوتر العضلي، اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائماً أو النوم المتململ واللاُمرضي).

لابد أن تستمر جميع اضطرابات القلق السابقة لمدة (4) أسابيع على الأقل عند الأطفال والمراهقين

(النسخة الحادية عشر لدليل الاضطرابات العقلية والسلوكية والنمائية العصبية، 2021: 327 – 330)

مشكلة البحث:

تكمن مشكلة الدراسة الحالية في أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً لديهم معاناة تتعلق بالشعور بالقلق الناتج عن اضطرابات الإفراغ ويظهر ذلك في سلوكياتهم، والتي تعتبر تعبيراً صريحاً عن شعورهم بالقلق نظراً لعدم قدرتهم عن التعبير اللفظي عن مشاعرهم، والتي قد تتداخل مع الأداء اليومي وتضعف قدراتهم على التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم (Van Steensel, Bogels, Perrin, 2011)، وتشير العديد من نتائج الدراسات التي تناولت أنماط اضطرابات الإفراغ إلى ما يترتب عليها من اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً (Donald , et al ,2020)، واظهرت نتائج الدراسة (Kristensen ,2000) ، أن (74,1٪) من اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً يعانون من اضطرابات القلق و(46.3٪) يعانون من اضطراب الإفراغ، أما أغلبية نتائج الدراسات والبحوث الحديثة مثل دراسة Tan, Shiny, Brian, (2019) , (Kapalu, Brei, Nadler, Slosky, 2019)، ودراسة (Roma, Vasaa, Micah, Mazurekb , 2015) وغيرها فقد توصلت إلى دراسة اضطرابات الإفراغ على حدها، أو اضطرابات القلق على حدها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، ولم تتوصل هذه الدراسات إلى دراسة العلاقة بين المتغيرين إلا في الدراسات القليلة الأجنبية السابق ذكرها، أما الدراسات العربية لا توجد دراسات تناولت العلاقة بين المتغيرين لدى هذه العينة (في حدود علم الباحث) ، ولذلك فإن الدراسة الحالية تسعى للإجابة عن التساؤل الرئيسي: " ما طبيعة العلاقة بين اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد المعاقين عقليًا؟"، وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلات فرعية:

ما مدى شيوع وانتشار أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً؟

ما مدى شيوع وانتشار بعض أنماط اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً؟

هل توجد علاقة ارتباطية بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عنها لدى الأطفال عينة الدراسة؟

هل يمكن لاضطرابات الإفراغ (سلس البول "التبول اللاإرادي"– سلس الغائط "التبرز اللاإرادي"– عَسُرَ البول "تعسر التبول" – عَسُرَ الغائط "تعسر التبرز") أن تسهم في التنبؤ باضطرابات القلق (الرهاب النوعي – اضطراب الهلع – رهاب السّاح – اضطراب القلق المعمم) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً؟

أهمية البحث:

يستمد البحث الحالي أهميته من خلال التركيز على الأهمية النظرية والتطبيقية كالتالي:

الأهمية النظرية:

ندرة الدراسات في مجال أنماط اضطرابات الإفراغ وما يترتب عليها من اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وذلك لأن أغلب الدراسات أجريت على أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فقط أو الإعاقة العقلية فقط، ولم يتم إجراء دراسات وبحوث في (حدود علم الباحث) على عينة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

قد يسهم البحث في توفير معلومات عن أنماط اضطرابات الإفراغ وما يترتب عليها من اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

إلقاء الضوء على بعض السلوكيات المرتبطة بأنماط اضطرابات الإفراغ وما يترتب عليها من اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

يستمد هذا البحث أهميته من خلال المتغيرات التي تتناولها (أنماط اضطرابات الإفراغ – اضطرابات القلق) ودور كلٍ منهما في التأثير على سلوكيات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

إضافة معلومات جديدة للوالدين والمختصين حول واضطرابات القلق الناتجة عن أنماط اضطرابات الإفراغ ومدى تأثيرها على البرامج المقدمة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

الاهتمام بفئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، ومواجهة المشكلات التي تتعلق بأنماط اضطرابات الإفراغ وما يترتب عليها من اضطرابات القلق لديهم.

الأهمية التطبيقية:

إعداد وتصميم مقياس عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

تصميم وإعداد مقياس عن اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

التأكد من المعلومات والبيانات الواردة بالنسخة الحادية عشر لدليل الاضطرابات العقلية والسلوكية والنمائية العصبية (WORD) في التصنيف الدولي للأمراض(ICD-11) ، والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، وكذلك مقابلة المختصين والقائمين على رعاية الأطفال، بالتطبيق على البيئة العربية في ضوء أنماط اضطرابات الإفراغ وما يترتب عليها من اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

دراسة أنماط اضطرابات الإفراغ الأكثر تأثيرًا في حدوث اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً؛ مما يساعد مقدمي الرعاية ومُعدي البرامج على اتخاذ التدابير اللازمة.

مواكبة جهود البحث العلميّ، في دراسة اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ، والتي يكون له تأثير كبير في حياة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

تقديم برامج تدريبية وإرشادية وسلوكية لاضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب

طيف التوحد المعاقين عقلياً، بالاستعانة بالمقاييس المعدة والمصممة في البحث.

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى التعرف على " طبيعة العلاقة بين اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد المعاقين عقليًا "، ولذلك يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

تصميم وتقنين مقياس لاضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

التعرف على مدى شيوع بعض أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

إعداد وتقنين مقياس لاضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال عينة الدراسة.

معرفة مدى شيوع بعض أنماط اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال عينة الدراسة.

دراسة ومعرفة العلاقة الارتباطية بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

دراسة إمكانية التنبؤ بأنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

الوقوف على إمكانية التنبؤ باضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال عينة الدراسة.

مصطلحات البحث:

تتمثل المفاهيم الإجرائية للبحث في الآتي:

اضطرابات الإفراغ: Elimination Disorders: إفراغ متكرر أو على فترات متقاربة جداً للبول أو البراز في مواضع غير مناسبة الفراش أو الملابس أو الأرضية سواء كان غير إرادي أو عمدا، أو صعوبة إفراغ البول أو البراز مع وجود إمساك، وحدوث ذلك أثناء الليل فقط أو النهار فقط، أو أثناء الليل والنهار معاً، وتتمثل اضطرابات الإفراغ في سلس البول، سلس الغائط، عَسُرَ البول، عَسُرَ الغائط، وهم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الإفراغ بمعدلات مختلفة تتمثل في البسيطة والمتوسطة والشديدة، وتقع درجاتهم بين (34-144 درجة).

اضطرابات القلق Anxiety Disorders: قلق أو خوف ملحوظ يشتمل على البكاء، نوبات الغضب، والتجمد، وقلق زائد وانشغال، ونوبات هلع متكررة غير متوقعة ناتجة عن اضطرابات الإفراغ، ويحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، وتتمثل في الرهاب النوعي، واضطراب الهلع، رهاب السّاح، اضطراب القلق المعمم، لذلك فإن اضطرابات القلق هذه تحدث للأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ بمعدلات مختلفة تتمثل في البسيطة والمتوسطة والشديدة، وتقع درجاتهم بين (24-105 درجة).

الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً: هم الأطفال الذين تم تشخيصهم طبياً ونفسياً باضطراب طيف التوحد مع إصابتهم بالإعاقة العقلية بمعدل بسيط أو متوسط من قبل متخصصين بالجمعية أو المركز المترددين عليهم الأطفال، ومعدل قدراتهم العقلية ومهارات السلوك التكيفي لديهم (منخفضة) تتراوح ما بين (15-36 درجة)، وأعمارهم العقلية على مقاييس القدرات العقلية والسلوك التكيفي تتراوح بين (خمس شهور إلى سنة ونصف).

فروض البحث:

تتمثل فروض البحث الحالي في النقاط الاتية:

تشيع بعض أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

تشيع بعض أنماط اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

توجد علاقة ارتباطية بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

يمكن لاضطرابات الإفراغ (سلس البول "التبول اللاإرادي"– سلس الغائط "التبرز اللاإرادي"– عَسُرَ البول "تعسر التبول" – عَسُرَ الغائط "تعسر التبرز") أن تسهم في التنبؤ باضطرابات القلق (الرهاب النوعي – اضطراب الهلع – رهاب السّاح – اضطراب القلق المعمم) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

منهج البحث وإجراءاته:

أولاً: منهج البحث: اعتمد البحث الحالي على المنهج الوصفي الارتباطي للتعرف على مدى شيوع بعض أنماط اضطرابات الإفراغ وما ينتج عنها من اضطرابات القلق، والتعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال عينة الدراسة، وكذلك التحقق من إمكانية إسهام اضطرابات الإفراغ (سلس البول "التبول اللاإرادي"– سلس الغائط "التبرز اللاإرادي"– عَسُرَ البول "تعسر التبول" – عَسُرَ الغائط "تعسر التبرز") في التنبؤ باضطرابات القلق (الرهاب النوعي – اضطراب الهلع – رهاب السّاح – اضطراب القلق المعمم) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

ثانياً: عينة البحث: تكونت عينة البحث في صورتها الأولية من (78 طفلاً) طفل من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وقد تم استبعاد (8) أطفال، وبذلك أصبحت عينة البحث في صورتها النهائية تتكون من (70) طفل (43 ذكور، 27 إناث) تتراوح أعمارهم الزمنية من (5–9 سنوات) بمتوسط عمري (5.89) وانحراف معياري قدره (1.22)، وتم اختيار العينة من الأطفال المترددين بشكل دوري، وصورة منتظمة على" جمعية إصرار" و"مركز أيادي نجد" لخدمة ذوي الاحتياجات الخاصة بمدينة عرعر منطقة الحدود الشمالية، وفقاً لإجراءات المجانسة بين أفراد العينة والشروط الواجب توافرها كالتالي: (1) عينة الدراسة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً بمعدل (بسيط–متوسط)، وتم تشخيصهم من واقع ملفاتهم بالجمعية والمركز بتشخيص طبي ونفسي. (2) معدل القدرات العقلية والسلوك التكيفي للأطفال عينة الدراسة (منخفضة) تتراوح ما بين (15–36 درجة)، وأعمارهم العقلية على مقاييس القدرات العقلية والسلوك التكيفي تتراوح بين (خمس شهور إلى سنة ونصف).

ثالثاً: أدوات البحث:

مقياس أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً. إعداد / الباحث. أعد هذا المقياس بهدف التعرف على أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وعلى الرغم من توفر عدد من المقاييس والتي أعدت لقياس اضطرابات الإفراغ إلا أنها اختلفت فيما بينها حول الأبعاد المكونة لها، كما تم إعدادها لعينات مختلفة عن عينة الدراسة فبعضها تحدث عن اضطراب طيف التوحد فقط، والبعض الأخر تحدث عن الإعاقة العقلية فقط في حدود (علم الباحث)، وللتعرف على أبعاد ومظاهر اضطرابات الإفراغ لدى هؤلاء الأطفال تم الاطلاع على النسخة الحادية عشر لدليل الاضطرابات العقلية والسلوكية والنمائية العصبية (WORD) في التصنيف الدولي للأمراض-(ICD-11)، والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، وكذلك مقابلة المختصين والقائمين على رعاية الأطفال، وباستقراء الأدبيات والمقاييس المختلفة التي تناولت اضطرابات الإفراغ وجد أن بناؤها وفق أسس نظرية، لذلك تم الاعتماد على مقياس جديد يتناسب مع خصائص عينة البحث الحالي، وكذلك التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس كالتالي:

صدق المقياس:

صدق التحليل العاملي الاستكشافي: أجرى الباحث التحليل العاملي الاستكشافي لاستجابات العينة السيكومترية (ن = 100) على مقياس أنماط اضطرابات الإفراغ، وذلك

للتحقق من بناء المقياس، وهل هو أحادي البعد أم متعدد الأبعاد، وذلك باستخدام طريقة المكونات الأساسية ((Components Principal لما تتسم به هذه الطريقة من استخلاص أقصى تباين ممكن. كما استخدم محك "كايزر" في استخلاص العامل العام وهو ما لا يقل جذره عن واحد صحيح، وبعد ذلك تم تدوير العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً بطريقة "الفاريمكس Varimax "، واعتُبر التشبع المقبول للبند هو (3,0) على الأقل، وبناءً على المحكات السابقة تم استخلاص أربع عوامل من الدرجة الأولى للمقياس فسرت (64,952%) من التباين الكلي، ويوضح جدول (1) مصفوفة العوامل الدالة إحصائياً وتشبعاتها، وكذلك الجذر الكامن ونسبة التباين لكل عامل ونسب الشيوع لمفردات المقياس.

جدول1

تشبعات مفردات مقياس أنماط اضطرابات الإفراغ بالعوامل بعد التدوير ونسب الشيوع.

العامل الأول			العامل الثاني			العامل الثالث			العامل الرابع		
الفقرة	التشبع	نسبة الشيوع	الفقرة	التشبع	نسبة الشيوع	الفقرة	التشبع	نسبة الشيوع	الفقرة	التشبع	نسبة الشيوع
1	0.617	0.623	6	0.588	0.592	12	0.802	0.811	29	0.771	0.780
2	0.834	0.841	7	0.711	0.719	13	0.618	0.644	33	0.587	0.591
3	0.595	0.599	8	0.629	0.633	14	0.738	0.743	35	0.819	0.823
4	0.742	0.751	9	0.871	0.878	15	0.592	0.599	36	0.649	0.655
5	0.661	0.672	10	0.565	0.574	16	0.806	0.811	38	0.763	0.771
18	0.864	0.869	11	0.745	0.755	17	0.654	0.663	40	0.569	0.579
19	0.753	0.761	22	0.699	0.704	20	0.577	0.582	42	0.844	0.856
23	0.673	0.681	24	0.877	0.882	21	0.751	0.757	43	0.594	0.599
27	0.597	0.602	25	0.761	0.769	26	0.672	0.678	44	0.811	0.817
34	0.846	0.855	30	0.508	0.514	28	0.705	0.712	45	0.661	0.668
39	0.637	0.646	37	0.827	0.834	31	0.574	0.579	47	0.758	0.763
41	0.572	0.582	46	0.744	0.752	32	0.655	0.663	48	0.808	0.815
49	0.021	0.029	50	0.027	0.031	51	0.019	0.021	52	0.014	0.018
الجذر الكامن	8.412			8.552			8.163			8.648	
نسبة التباين	16.177			16.446			15.698			16.631	

يتضح من جدول (1) تشبع أبعاد المقياس على أربع عوامل بنسبة تباين اجمالية قدرها (64,952%) من التباين الكلي؛ كما تم استبعاد (4) مفردات وهي (49 ، 50 ،51، 52) لعدم وصولهم لدرجة التشبع المحددة (3.0)، وبذلك أصبح العدد الكلي لمفردات المقياس (48) مفردة، وقد تشبع على العامل الأول (12) مفردة بينما لم تصل المفردة رقم (49) إلى درجة التشبع المطلوبة، وقد امتدت تشبعاتها بين (0.572-0.864)، وبلغ جذره الكامن (8,412)، وقد فسر هذا العامل (16,177) من التباين الكلي للمقياس، وباستقراء مفردات المقياس، وجد أنها تتعلق بالسلوكيات الخاصة بإفراغ البول في الفراش أو الملابس بصورة متكررة لا أردياً أو عمداً أثناء الليل فقط أو أثناء النهار فقط، أو أثناء الليل والنهار معاً وقد تم تسميه هذا العامل في ضوء هذه النتائج (سلس البول)، أما العامل الثاني فقد تشبع عليه (12) مفردة بينما لم تصل المفردة رقم (50) إلى درجة التشبع المطلوبة، وامتدت تشبعاتها بين (0.508-0.877)، وبلغ جذره الكامن (8,552) وقد

فسر هذا العامل (16,446) من التباين الكلي للمقياس، وباستقراء مفردات المقياس وجد أنها تتعلق بالسلوكيات الخاصة بكيفية إفراغ البراز في مواضع غير مناسبة مثل اللباس أو الأرضية بشكل متكرر بصورة لا إرادية أو متعمداً أثناء الليل فقط أو أثناء النهار فقط أو أثناء الليل والنهار معاً وقد تم الاستقرار على تسميته (سلس الغائط)، أما العامل الثالث فقد تشبع عليه (12) مفردة بينما لم تصل المفردة رقم (51) إلى درجة التشبع المطلوبة، وامتدت تشبعاتها بين (0.574-0.806)، وبلغ جذره الكامن (8,163) وقد فسر هذا العامل (15,698) من التباين الكلي للمقياس، وباستقراء مفردات المقياس وجد أنها تتعلق بصعوبة إفراغ البول علي فترات طويلة أو بشكل متكرر

الصدق التمييزي بين المجموعات المتباينة: حيث تم حساب الصدق التمييزي بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا أردياً أو متعمداً أثناء الليل فقط أو أثناء النهار فقط أو أثناء الليل والنهار معاً وقد تم الاستقرار على تسميه هذا العامل (عَسُرَ البول " تعسر التبول")، أما العامل الرابع فقد تشبع عليه (12) مفردة بينما لم تصل المفردة رقم (52) إلى درجة التشبع المطلوبة، وامتدت تشبعاتها بين (0,569-0,844)، وبلغ جذره الكامن (8,648) وقد فسر هذا العامل (16,631) من التباين الكلي للمقياس، وباستقراء مفردات المقياس وجد أنها تتعلق بسلوكيات صعوبة إفراغ البراز عمداً أو بصورة لا أراديه مصاحباً بالإمساك أثناء الليل فقط أو النهار فقط أو الليل أو النهار معاً على فترات طويلة أو بشكل متكرر، وقد تم الاستقرار على تسميه العامل (عَسُرَ الغائط "تعسر الغائط").

المعاقين عقلياً وذوي الإعاقة العقلية البسيطة كمجموعات متباينة، من خلال ما تشير إليه نتائج الجدول الأتية:

جدول 2

يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالتها بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً وذوي الإعاقة العقلية البسيطة على مقياس أنماط اضطرابات الإفراغ.

م	المجموعة	الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً (ن=70)		ذوي الإعاقة العقلية البسيطة (ن=70)		قيمة (ت)	مستوي الدلالة (0.001)
	أنماط اضطرابات الإفراغ	م	ع	م	ع		
1	سلس البول (التبول اللاإرادي)	33.87	9.64	25.87	3.98	21.57	0.001
2	سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)	32.64	8.75	24.66	3.83	20.76	0.001
3	عَسُرَ البول (تعسر التبول)	35.27	10.02	27.45	4.07	23.59	0.001
4	عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز)	34.68	9.98	26.08	4.01	22.07	0.001
	الدرجة الكلية على مقياس أنماط اضطرابات الإفراغ	46.93	12.44	31.56	8.22	40.36	0.001

تشير نتائج الجدول إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً وذوي الإعاقة العقلية البسيطة، وذلك في اتجاه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً وذلك يؤكد على قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات المتباينة.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق بفارق زمني (45 يوم)، وطريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان براون لدرجات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً (ن =70)، وتمثلت النتائج في الآتي:

جدول 3

قيم معاملات الارتباط (الثبات) للأبعاد الفرعية والكلية على مقياس أنماط اضطرابات الإفراغ.

م	الأبعاد	عدد الفقرات للبعد	إعادة التطبيق	التجزئة النصفية (معاملات الارتباط)	
				معامل الثبات قبل التصحيح	معامل الثبات بعد التصحيح
1	**سلس البول (التبول اللاإرادي)**	12	0.696	0.732	0.876
2	**سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)**	12	0.807	0.619	0.796
3	**عَسُرَ البول (تعسر التبول)**	12	0.904	0.701	0.907
4	**عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز)**	12	0.754	0.583	0.797
	الدرجة الكلية على المقياس	48	0.811	0.801	0.906

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط (الثبات) سواءً للأبعاد الفرعية للمقياس أو الدرجة الكلية موجبة ومرتفعة مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

الصورة النهائية للمقياس وتصحيحه: يتكون المقياس في صورته الأولية من (52) مفردة، وبعد حساب الخصائص السيكومترية للمقياس وحذف بعد المفردات يتكون المقياس في صورته النهائية من (48) عبارة، ويتكون من أربع أبعاد: البعد الأول "سلس البول": ويشتمل على العبارات (1، 2، 3، 4، 5، 18، 19، 23، 27، 34، 39، 41)، البعد الثاني "سلس الغائط": العبارات (6 ، 7، 8، 9، 10،11 ،22 ،24 ،25 ،30 ،37 ، 46)، البعد الثالث "عَسُرَ البول" (12، 13، 14،15 ،16 ،17 ، 20، 21، 26، 28، 31، 32) ، البعد الرابع "عَسُرَ الغائط" العبارات (29، 33، 35، 36، 38، 40، 42، 43، 44، 45، 47، 48)، والذي يقوم بالاستجابة على عبارات المقياس مقدمي الرعاية (أولياء الأمور)، وتندرج الاستجابة على المقياس وفقاً للمستويات التالية (يحدث بشدة "ثلاث درجات")، (يحدث بمعدل متوسط "درجتان")، (يحدث بمعدل بسيط "درجة واحدة")، و(لا يحدث "صفر")، والدرجة الكلية على المقياس (144)، لا تحدث اضطرابات الإفراغ الدرجة من (صفر –33)، تحدث بمعدل بسيط من (34–70)، وبمعدل متوسط من (71–108)، وبمعدل شديد من (109–144) درجة.

مقياس اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً. إعداد / الباحث:

تم تصميم هذا المقياس للتعرف على أنماط اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، ويتوافر عدد من المقاييس التي أعدت لقياس اضطرابات القلق إلا أنها اختلفت فيما بينها حول الأبعاد المكونة لها، كما تم تصميمها لعينات مختلفة عن عينة الدراسة فبعضها تم إعداده لاضطراب طيف التوحد فقط والبعض الأخر تم إعداده عن الإعاقة العقلية فقط في حدود (علم الباحث)، وللتوصل إلى أبعاد ومظاهر اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى هؤلاء الأطفال تم الاطلاع على النسخة الحادية عشر لدليل الاضطرابات العقلية والسلوكية والنمائية العصبية (WORD) في التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11)، والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5)، وكذلك مقابلة المختصين والقائمين على رعاية الأطفال، وباستقراء الأدبيات والمقاييس المختلفة التي تناولت اضطرابات القلق وجد أن بناؤها وفق أسس نظرية، لذلك تم تصميم مقياس جديد يتناسب مع خصائص العينة ، والتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس كالتالي:

صدق التكوين: تم التحقق من صدق التكوين عن طريق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه، ودرجات الأبعاد الفرعية للمقياس والدرجة الكلية.

جدول رقم 4

يوضح معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه.

الرهاب النوعي		اضطراب الهلع		رهاب السّاح		اضطراب القلق المعمم	
العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
1	0.711	11	0.569	20	0.764	29	0.601
2	0.614	12	0.744	21	0.544	30	0.766
3	0.766	13	0.809	22	0.777	31	0.801
4	0.579	14	0.685	23	0.684	32	0.622
5	0.795	15	0.789	24	0.596	33	0.788
6	0.662	16	0.813	25	0.747	34	0.811
7	0.598	17	0.597	26	0.691	35	0.797
8	0.789	18	0.688	27	0.706		
9	0.687	19	0.822	28	0.788		
10	0.706						

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تراوحت ما بين (0.544– 0.822) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01).

جدول رقم 5

جدول مصفوفة الارتباط بين الأبعاد بعضها ببعض، وكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل بيرسون

م	الأبعاد	معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس
الأول	**الرهاب النوعي**	0.614- 0.795
الثاني	**اضطراب الهلع**	0.569 - 0.822
الثالث	**رهاب السّاح**	0.544 -0.788
الرابع	**اضطراب القلق المعمم**	0.601 - 0.811
	الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات القلق	0.586- 0.797

أشارت النتائج في الجدول السابق إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط الداخلية بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) مما يدل على صدق التكوين عن طريق الاتساق الداخلي للمقياس.

الصـــدق العاملي التوكيدي: تم التحقق من صـــدق المقياس باسـتخدام التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis) عن طريق برنامج (AMOS20)، ويوضـح الجدول (6) معاملات الانحدار المعيارية وغير المعيارية وأخطاء القياس والنسـبة الحرجة ومسـتوى الدلالة لتشـبع كل مفردة على أبعاد المقياس.

جدول 6

تشبعات مفردات أبعاد مقياس اضطرابات القلق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي.

البعد	الفقرة	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية	خطأ القياس S. E	النسبة الحرجة C.R	مستوى الدلالة P	البعد	الفقرة	المعاملات المعيارية	المعاملات غير المعيارية	خطأ القياس S. E	النسبة الحرجة C.R	مستوى الدلالة P
الرهاب النوعي	1	0.775	1				رهاب السّاح	20	0.697	1			
	2	0.691	1.188	0.129	8.98	0.003**		21	0.851	1.681	0.199	9.435	0.000**
	3	0.855	1.732	0.196	9.658	0.000**		22	0.642	1.234	0.185	7.893	0.004**
	4	0.759	0.856	0.161	8.212	0.000**		23	0.711	0.886	0.245	8.101	0.000**
	5	0.597	0.757	0.089	9.341	0.001**		24	0.698	0.877	0.101	9.011	0.000**
	6	0.633	1.442	0.192	7.752	0.000**		25	0.597	0.898	0.125	8.104	0.000**
	7	0.876	1.389	0.084	9.278	0.000**		26	0.731	0.8111	0.253	9.996	0.000**
	8	0.724	0.888	0.209	7.998	0.000**		27	0.577	0.687	0.101	7.041	0.000**
	9	0.641	0.854	0.095	8.992	0.000**		28	0.617	0.768	0.183	8.610	0.003**
	10	0.579	0.795	0.119	6.832	0.000**		29	0.091	0.082	0.067	1.842	0.289
اضطراب الهلع	11	0.783	1				اضطراب القلق المعمم	30	0.804	1			
	12	0.621	0.796	0.091	8.898	0.002**		31	0.613	0.879	0.154	8.771	0.000**
	13	0.823	0.960	0.226	9.498	0.000**		32	0.765	0.992	0.186	6.997	0.000**
	14	0.739	0.833	0.245	8.591	0.000**		33	0.598	1.106	0.165	7.981	0.001**
	15	0.501	0.665	0.098	7.041	0.000**		34	0.844	0.904	0.288	9.022	0.000**
	16	0.603	0.758	0.174	9.610	0.000**		35	0.726	0.770	0.487	8.114	0.000**
	17	0.585	0.839	0.112	8.373	0.000**		36	0.685	0.879	0.191	7.333	0.000**
	18	0.611	0.862	0.119	7.743	0.000**		37	0.022	0.025	0.098	0.246	0.903
	19	0.722	0.956	0.198	8.661	0.001**		38	0.076	0.137	0.123	1.112	0.266

**دالة عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من الجدول (6) أن أغلب مفردات مقياس اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً كانت دالة عند مستوى دلالة (0.01) باستثناء العبارة (29) من بعد رهاب السّاح، والعبارتين (37، 38) من بعد اضطراب القلق المعمم، كانت غير دالة ويجب حذف تلك العبارات، وتم حذف هذه العبارات غير الدالة، ويشير الجدول التالي إلى مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض لأبعاد المقياس.

جدول7

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المفترض لأبعاد مقياس اضطرابات القلق.

مؤشرات حسن المطابقة			قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر
النسبة بين مربع كاى ودرجات الحرية	X2/df	Chi-square /df	1.852	(0 إلى 4)
مؤشر حسن المطابقة	GFI	Goodness of fit Index	0.799	(0 إلى 1)
مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية	AGFI	Adjusted Goodness of fit Index	0.882	(0 إلى 1)
مؤشر المطابقة المعياري	NFI	Normed fit Index	0.709	(0 إلى 1)
مؤشر المطابقة المقارن	CFI	Comparative fit Index	0.813	(0إلى 1)
مؤشر المطابقة التزايدي	IFI	Incremental fit Index	0.799	(0إلى 1)

مؤشر توكر لويس	TLI	Tucker–Lewis Index	0.895	(0إلى 1)
مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي	RMSEA	Root Mean square Error of Approximation	0.088	(0إلى 1)

يتضح من الجدول (7) أن النموذج المفترض لأبعاد مقياس انماط اضطرابات القلق يطابق تماماً بيانات عينة الدراسة، ويؤكد على تشبع أبعاد المقياس على أربع عوامل من خلال العديد من المؤشرات الدالة على جودة هذه المطابقة والتي يتم قبول النموذج المفترض للبيانات أو رفضه في ضوئها والتي تعرف بمؤشرات جودة المطابقة، حيث كانت النسبة بين كاى تربيع ودرجات الحرية وقعت في المدى المثالي وهى (1.852) فإذا كانت هذه القيمة أقل من(4) تدل على قبول النموذج، ولكن إذا كانت أقل من (2) تدل على أن النموذج المقترح مطابق تماماً للنموذج المفترض لبيانات العينة، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة (GF1)، ومؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية أو المعدل (AGFI)، ومؤشر المطابقة المعياري (NFI)، ومؤشر المطابقة المقارن (CFI)، ومؤشر المطابقة التزايدي (IFI)، ومؤشر توكر لويس (TLI) وجميعها قيم مرتفعة تصل إلى حد تساويها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح) وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة ويدل ذلك على جودة النموذج كما في نتائج النموذج الحالي، بالإضافة إلى مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي (RMSEA) وهو من أهم مؤشرات جودة المطابقة في التحليل العاملي التوكيدي، وبلغت قيمته في الدراسة الحالية (0.088) وهو معدل مقبول ويدل على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، وهو ما يؤكد أن أبعاد المقياس تتمتع بالصدق العاملي على البيئة الخاصة بعينة الدراسة.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ، وطريقة إعادة التطبيق بفارق زمني (40 يوم)، لدرجات مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً (ن = 70)، وتمثلت النتائج بالجدول الآتي:

جدول 8

قيم معاملات الارتباط (الثبات) للأبعاد الفرعية والكلية على مقياس اضطرابات القلق.

م	الأبعاد	عدد الفقرات للبعد	معامل ألفا كرونباخ		طريقة إعادة التطبيق	
			معامل الثبات قبل التصحيح	معامل الثبات بعد التصحيح	معامل الثبات قبل التصحيح	معامل الثبات بعد التصحيح
1	الرهاب النوعي	10	0.703	0.819	0.588	0.696
2	اضطراب الهلع	9	0.644	0.789	0.809	0.933
3	رهاب السّاح	9	0.592	0.662	0.701	0.812
4	اضطراب القلق المعمم	7	0.822	0.901	0.647	0.772
	الدرجة الكلية على مقياس اضطرابات القلق	35	0.694	0.769	0.783	0.884

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط (الثبات) سواءً للأبعاد الفرعية للمقياس أو الدرجة الكلية موجبة ومرتفعة مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

الصورة النهائية للمقياس وتصحيحه: يتكون المقياس في صورته الأولية من (38) مفردة، وبعد حساب الخصائص السيكومترية وحذف بعد المفردات يتكون المقياس في صورته النهائية من (35) عبارة، ويتكون من أربع أبعاد: البعد الأول (الرهاب النوعي): ويتكون من (10 عبارات "1-10")، البعد الثاني (اضطراب الهلع): ويتكون من (9 عبارات "11-19")، البعد الثالث (رهاب السّاح): ويتكون من (9 عبارات "20-28")،

البعد الرابع (اضطراب القلق المعمم)، ويتكون من (7 عبارات "29-35")، وتندرج الاستجابة على المقياس وفقاً للمستويات التالية (دائماً "ثلاث درجات")، (غالباً "درجتان")، (أحياناً "درجة واحدة")، (أبداً "صفر")، والدرجة الكلية على المقياس (105)، لا تحدث اضطرابات القلق الدرجة من (صفر -23)، تحدث بمعدل بسيط من (24-49)، وبمعدل متوسط من (50- 75)، وبمعدل شديد من (76-105) درجة.

نتائج البحث ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه "تشيع بعض أنماط اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً "، وللتحقق من صحة ذلك تم استخدام المتوسط الحسابي كمعيار لترتيب أنماط اضطرابات الإفراغ تبعاً لنسبة شيوعها.

جدول 9

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

م	أنماط اضطرابات الإفراغ	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	ترتيب اضطرابات الإفراغ
1	**سلس البول (التبول اللاإرادي)**	35.396	26.106 %	1
2	**سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)**	32.412	23.906 %	4
3	**عَسُرَ البول (تعسر التبول)**	33.223	24.503 %	3
4	**عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز)**	34.554	25.485 %	2
	الدرجة الكلية للمقياس	135.585	100%	

يتضح من الجدول السابق أن سلس البول (التبول اللاإرادي) جاء في المرتبة الأولى يليه عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز) بعد ذلك عَسُرَ البول (تعسر التبول) في المرتبة الثالثة، وفي المرتبة الأخيرة جاء سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)، ويتوافق ذلك مع نتائج دراسة كل من جاسوبسين وآخرون Jacobsen, 2009 , et al، وكابالیو وأخرون Kapalu ,et al ,2019)، و(ماجيستريس وأخرون Magistris, et al ,2013)، وأكدت الدراسات والبحوث إلى أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً لديهم اضطرابات في عملية الإفراغ تتمثل في سلس أو عَسُرَ البول، وسلس أو عَسُرَ الغائط أثناء النهار أو الليل أو الاثنين معاً عمداً أو لا إرادياً، وذلك يعد الفحص الطبي وهو من الخطوات الأولى المهمة والضرورية لتشخيص سلس البول والغائط والتأكد من السلامة عضوياً واستبعاد أية أسباب مرضية ، مثل الأمراض الكلوية، التهاب المسالك البولية، مرض السكرى، شذوذ صمام مجرى البول للذكور، وقد يرجع سلس الغائط أو عسر الغائط إلى الامساك المزمن ،واضطراب الأعصاب ضمن القولون، استخدام العقاقير، وضعف التحكم الشرجي ، عدم نضج الجهاز العصبي يؤدي إلى الشعور التوحدي بالتعب والألم واصفرار الوجه والصداع واكتساء اللسان بطبقة لها طعم كريه (et al,2021 , Parth)، ويعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً من اضطرابات الإفراغ مصاحبة بصورة مكثفة، حيث يعانون من سلس البول الليلي (NE)، وسلس البول أثناء النهار (DUI)، وسلس البراز (FI) بصورة أكبر من العاديين، وهؤلاء الأطفال معرضون لاضطرابات الإفراغ أكثر من ذوي اضطراب طيف التوحد بدون إعاقة عقلية حيث لا يتحكمون في ضبط المثانة وهم أكثر عرضة للتأثر بأشكال مختلفة من سلس البول وسلس الغائط .(Gontard, et al ,2015)

ينص الفرض الثاني على أنه "تشيع بعض أنماط اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً "، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام المتوسط الحسابي كمعيار لترتيب أنماط اضطرابات القلق نتيجة لاضطرابات الإفراغ تبعاً لنسبة شيوعها.

جدول رقم 10

المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لاضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

م	أنماط اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	ترتيب اضطرابات القلق
1	**الرهاب النوعي**	28.354	28.181 %	1
2	**اضطراب الهلع**	25.781	25.623 %	3
3	**رهاب الّساح**	26.021	25.862 %	2
4	**اضطراب القلق المعمم**	20.459	20.334 %	4
	الدرجة الكلية للمقياس	100.615	100 %	

يتضح من الجدول السابق أن الرهاب النوعي احتل المرتبة الأولى، وجاءت رهاب الّساح في المرتبة الثانية بعدها اضطراب الهلع في المرتبة الثالثة، وفي المرتبة الأخيرة جاء اضطراب القلق المعمم، كوجوده اضطراب معمم لجميع الأبعاد، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من دراسة باجهداده وآخرون,2011) et al (Baghdadli)،، ودراسة كريستينسن , 2000) Kristensen)، وتنتشر اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً وتكون بمعدل مرتفع مقارنة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فقط أو الإعاقة العقلية فقط، كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من مخاطر متزايدة للإصابة باضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ بنسب متفاوتة حيث إن (39.6٪) يعانون من اضطراب الرهاب النوعي وهو الأكثر شيوعًا يليه اضطراب رهاب الّساح (29.8٪) يليه اضطراب الهلع (17.4٪) واضطراب القلق المعمم (16.6٪) (Van Steensel,et al, 2011).

ينص الفرض الثالث على أنه توجد علاقة ارتباطية بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

ويعتبر اضطرابات القلق هو أحد أكثر الحالات النفسية شيوعًا للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، حيث تراوحت نسبة الإصابة باضطراب القلق لديهم بين (22 إلى 84٪)، كما أن هناك علاقة وثيقة بين اضطرابات القلق واضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وفي دراسات حديثة توصلت إلى شيوع اضطرابات القلق لديهم بنسبة (63٪)، لذلك فإن اضطراب الرهاب النوعي واضطراب رهاب الّساح واضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم تكون مرتبطة ارتباطاً موجباً باضطرابات الإفراغ وارتباطاً سالباً بضعف التواصل الاجتماعي (Baribeau, et al, 2020)

جدول 11

معامل الارتباط بين درجات الأطفال على مقياس اضطرابات الإفراغ بأبعادها، ومقياس اضطرابات القلق بأبعاده والدرجة الكلية

اضطرابات الإفراغ	اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ				
	الرهاب النوعي	اضطراب الهلع	رهاب الّساح	اضطراب القلق المعمم	الدرجة الكلية
سلس البول (التبول اللاإرادي)	0.872	0.703	0.592	0.696	0.842

سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)	0.687	0.589	0.869	0.797	0.691
عَسُرَ البول (تعسر التبول)	0.744	0.833	0.698	0.811	0.788
عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز)	0.864	0.628	0.733	0.595	0.593
الدرجة الكلية على أنماط اضطرابات الإفراغ	0.599	0.787	0.877	0.694	0.799

المصدر: التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام SPSS (ن =70) طفلاً.

يتضح من الجدولِ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أنماط اضطرابات الإفراغ بأبعادها، واضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ بأبعادها والدرجة الكلية لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، كما أن معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.01)، تشير نتائج الدراسات والبحوث إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق خاصة لدى الأطفالِ ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً بصورة متزايدة ومنتشرة، ويتمثل انتشار اضطرابات القلق لدى من يعانون من سلس البول و سلس الغائط أكثر من الذين يعانون من الإمساك أي تعسر البول أو تعسر الغائط أن أعراض اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً تتداخل وتتفاعل معاً في التأثير على اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لديهم، وهذا ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات (Tarver,et al ,2021)، ودراسة (Baribeau,2020)، وأيضاً دراسة جرين وآخرون (Green, et al ,2012) والتي هدفت إلى دراسة اضطرابات القلق واضطرابات الإفراغ لدى عينة كبيرة مكونة من (1429) طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات القلق حادة ناتجة عن اضطرابات الإفراغ، بالإضافة إلى وجود علاقة بين اضطرابات القلق واضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ، كما أن القلق يزداد مع تقدم العمر، كما وجدت أن الأطفال الأكبر سنًا كانوا معرضين لخطر الإصابة باضطرابات القلق العام، في حين أن الأطفال الأصغر سنًا لديهم معدلات أعلى من الرهاب النوعي ورهاب الّساح واضطراب الهلع ،كما أن اضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ تزداد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع الإعاقة العقلية أكثر من اضطراب طيف التوحد بدون الإعاقة العقلية ,Equit) Klein., Braun-Bither, (2014

ينص الفرض الرابع على أنه يمكن لاضطرابات الإفراغ (سلس البول "التبول اللاإرادي"- سلس الغائط "التبرز اللاإرادي"- عَسُرَ البول "تعسر التبول" - عَسُرَ الغائط "تعسر التبرز") أن تسهم في التنبؤ باضطرابات القلق (الرهاب النوعي - اضطراب الهلع - رهاب الّساح - اضطراب القلق المعمم) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب تحليل الانحدار، ولإجراء تحليل الانحدار تم التأكد من صلاحية النموذج المستخدم في التحليل:

جدول 12

نتائج تحليل التباين لانحدار أبعاد اضطرابات الإفراغ على اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

المتغير التابع	المتغير المستقل	مصدر التباين	معامل التحديد R2	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة
سلس البول (التبول اللاإرادي)		الانحدار	0.621	1	3745.23	3745.23	70.879	0.002
		الخطأ		99	1692.11	160885		
		المجموع		100	5437.34			
		الانحدار	0.694	2	8132.661	8132.661		

اضطرابات القلق	سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)	الخطأ	1904.448	98		16.875	123.106	0.001
		المجموع	10037.109	100				
	عَسُرَ البول (تعسر التبول)	الانحدار	8251.877	3	0.709	8251.877		0.000
		الخطأ	1994.941	97		17.998	125.987	
		المجموع	10246.818	100				
	عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز)	الانحدار	8387.641	4	0.758	8387.641		0.000
		الخطأ	1999.695	96		18.087	126.759	
		المجموع	10387.336	100				

يوضح الجدول ثبات صلاحية النموذج بالنسبة لاضطرابات القلق من خلال درجات أفراد العينة في أبعاد اضطرابات الإفراغ، نظراً لارتفاع قيمة (F) المحسوبة عن قيمتها الجدولية عند مستوي دلالة (0.01) في تأثير المتغيرات المستقلة لأبعاد اضطرابات الإفراغ (سلس البول – سلس الغائط – عَسُرَ البول– عَسُرَ الغائط)، والبالغة (70.879، 123.106، 125.987، 126.759) على الترتيب، كما أن كل بُعد من أبعاد اضطرابات الإفراغ يفسر بنسب متفاوتة (62.1%، 69.4%، 70.9%، 75.8%) على الترتيب من التباين في المتغير التابع (اضطرابات القلق)، وذلك يرجع لتأثير المتغيرات المستقلة، وبناء على ذلك تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات المستقلة لأبعاد اضطرابات الإفراغ (سلس البول – سلس الغائط – عَسُرَ البول– عَسُرَ الغائط) في اضطرابات القلق، كالتالي:

جدول 13

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات المستقلة " اضطرابات الإفراغ " على اضطراب اضطرابات القلق لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً.

المصدر	معامل الانحدارB	الخطأ المعياري	معامل بيتا	قيمة T المحسوبة	الدلالة
ثابت الانحدار	31.897	3.654		17.586	0.00
سلس البول (التبول اللاإرادي)	0.907	0.085	0.912	15.028	0.01
سلس الغائط (التبرز اللاإرادي)	0.884	0.077	0.891	14.687	0.00
عَسُرَ البول (تعسر التبول)	0.786	0.087	0.799	12.478	0.02
عَسُرَ الغائط (تعسر التبرز)	0.805	0.081	0.811	13.589	0.00

الجدول السابق يوضح أن ثابت معادلة الانحدار أو ثابت التنبؤ لتفاعلات أبعاد اضطرابات الإفراغ، كما أن معامل الانحدار الجزئي غير المعياري لتفاعلات أبعاد اضطرابات الإفراغ جميعها دالة عند مستوي (0.01).

ومن خلال متابعة قيم معاملات الانحدار المعياري (Beta) لتفاعلات المتغيرات المستقلة، نجد أن قيمة (Beta) تختلف بنسب متفاوتة، ويُلاحظ أن كل تغير مقداره درجة معيارية واحدة في قيم تفاعلات المتغيرات المستقلة " اضطرابات الإفراغ " يؤدي إلى تغير في قيمة المتغير التابع (اضطرابات القلق)، ويمكننا صياغة معادلة الانحدار التي تساعدنا في التنبؤ بتكوين اضطرابات القلق وذلك بمعرفة درجتها في كل من أبعاد اضطرابات الإفراغ (سلس البول – سلس الغائط – عَسُرَ البول– عَسُرَ الغائط) لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً في الصورة التالية: اضطرابات القلق= 31.897+ 0.907 اضطرابات الإفراغ (سلس البول)

+0.884 (سلس الغائط) + 0.786 (عَسُرَ البول) + 0.805(عَسُرَ الغائط).

والترتيب السابق في معادلة الانحدار يعكس أهميتها النسبية من حيث تأثيرها على المتغير التابع (اضطرابات القلق)، ويمكن تفسير النتائج بأن هناك علاقة مرتفعة نسبياً بين أبعاد اضطرابات الإفراغ (سلس البول – سلس الغائط – عَسُرَ البول– عَسُرَ الغائط)، والتفاعل بينهم في الإسهام بتكوين اضطرابات القلق دالة عند مستوى دلالة 0.01، كما أن هذه النتائج تشير إلى أن أعراض اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً تتداخل وتتفاعل معاً في التأثير على اضطرابات الإفراغ لديهم ويتفق ذلك مع دراسة (Kristin, George , 2006)، ودراسة (Worley,Nebel-Schwalm,2014) ودراس، (Donald , et al, 2020)ولقد أشارت الدراسات والبحوث إلى أن ذوي اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً معرضون لخطر مرتفع للإصابة بأعراض المسالك البولية السفلية مثل سلس البول، وضعف المثانة هو اعتلال مشترك لديهم، ويشير سلس البول إلى وجود خلل أو اضطراب وظيفي في أحد أجزاء الجهاز البولي لدى الطفل التوحدي (Li ,et al ,2017)، كما أن (90%) من هؤلاء الأطفال سلس البول النهاري والليلي والمشترك كما أنهم كانوا بحاجة إلى وقت أطول ليصبحوا جافين كما أن لديهم مشاكل في المسالك البولية Niemczyk, etal,2019, ، وأكدت بعض الدراسات الأخرى أن (40%) من الأطفال يعانون من سلس البول النهاري في حين أن (30%) يعانون من سلس البول الليلي، (30%) يعانون من سلس الغائط، وأن سلس الغائط يشكل مصدر قلق كبير لمقدمي الرعاية، ويتمثل في عدم السيطرة على إفراغ البراز من الشرج وفقد التحكم، وتكرار إفراغ البراز بصورة لا إرادية مع تلطيخ الملابس. وعادةً ما يمتلئ القولون و يتسرب البراز السائل من حول البراز المحبوس، وقد يسبب احتباس البراز في نهاية الأمر تمدد الأمعاء (تضخمها) وفقدان السيطرة على التبرز مع ألم في البطن مع التهابات المثانة المتكررة (Panesar, et al , 2020)

توصيات ومقترحات الدراسة:

1- الاهتمام وإلقاء الضوء على الفئات أو العينات التي تعاني من ثنائية ذوي الاحتياجات الخاصة، نظراً لندرة وقلة البحوث والدراسات في هذا المجال، وإعداد برامج تدريبية وتأهيلية وسلوكية تتناسب مع خصائص هذه الفئات.

2- إعداد برامج إرشادية وتوعوية للمجتمع، والقائمين على رعاية الأطفال بأهمية الفئات التي تعاني من ثنائية ذوي الاحتياجات الخاصة مثل اضطراب طيف التوحد المعاقين عقلياً، اضطراب طيف التوحد ذوي ADHD، وغيرها.

3- إجراء مزيد من الدراسات والبحوث للمقارنة بين أنماط اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عن اضطرابات الإفراغ لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال المعاقين عقلياً.

4- إعداد برامج تأهيلية وتدريبية وسلوكية للتخفيف أو الحد من الاضطرابات النفسية والسلوكية لاضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عنها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال المعاقين عقلياً.

5- دراسة اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عنها لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال المعاقين عقليا، وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية.

6- دراسةُ العلاقة بين شدة ودرجة اضطراب طيف التوحد المصاحب بالإعاقة العقلية وزيادة حدوث اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عنها لدى ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال المعاقين عقلياً.

7- مراعاة الفروق في إعداد البرامج المختلفة بين ذوي اضطراب طيف التوحد فقط أو الإعاقة العقلية فقط أو الاثنين معاً على اضطرابات الإفراغ واضطرابات القلق الناتجة عنها وفقاً لنتائج الدراسة.

المراجع

الحمادي، أنور (2021): " *النسخة الحادية عشر لدليل الاضطرابات العقلية والسلوكية والنمائية العصبية (WORD) في التصنيف الدولي للأمراض ICD-11*)"، **عبر موقع الانترنت** https://icd.who.int/ar

منصور، السيد ؛ وفيصل، ضياء (2019) علاقة سلوكيات التحدي بكل من اضطرابات القلق والنوم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. **مجلة كلية التربية بالإسماعلية**، العدد الرابع والأربعون، مايو.

Green SA, Ben-Sasson A, Soto TW, Carter AS. (2012) *Anxiety and sensory over-responsivity in toddlers with autism spectrum disorders: bidirectional effects across time*. J Autism Dev Disord.;42:1112–1119.

Al Hammadi, Anwar (2021): "The Eleventh Edition of the Handbook of Mental, Behavioral, and Neurodevelopmental Disorders in the International Classification of Diseases, *via the website https://icd.who.int/ar*.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn (DSM-5TM). American Psychiatric Publishing, Washington/London.

Baghdadli.A ,Soussana. M, Sunyer .B, Pry.R(2011): [Anxiety in children and adolescents with pervasive developmental disorder without mental retardation: *review of literature]. Can J Psychiatry*. 38(1):16-24.

Baribeau, D. A., Vigod, S., Pullenayegum, E., Kerns, C. M., Smith, I. M., & Szatmari, P. (2020). Repetitive behavior severity as an early indicator of risk for elevated anxiety symptoms in autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(7), 890-899.

Creswell .C, Murray.L, Cooper .p (2009) . The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review .March 2009 *Psychological Medicine* 39(9):1413-23.

de Magistris, L. (2013) .Antibodies against Food Antigens in Patients with Autistic Spectrum .Disorders *Biomed Res. Int.* 2013, 1–11.

Donald.K.A, Samia.P, King.J, Kanana.M, Newton.C.R, Denckla .C . (2020): Childhood Autism Spectrum Disorder: Insights From A Tertiary Hospital Cohort In Kenya. African *Journal of Health Sciences*. Vol. 33 No. 2 eISSN: 1022-9272.

Equit, M., Klein, AM., Braun-Bither, K (2014). *Elimination disorders and anxious-depressed symptoms in preschool children: a population-based study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 23, 417–423.

Esparham, A. E. (2015). *Nutritional and metabolic bio markers in autism spectrum :disordersan exploratory study*. Med. (Encinitas). 14, 40–53.

Fuhrer J, Schober JM, Gor, RA, (2012*) A retrospective observational study of enuresis*, daytime voiding symptoms, and response to medical therapy in children with attention deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder.J Pediatr Urol. Jun;8(3):314-7.

Gadow, K. D., DeVincent, C., & Schneider, J. (2008). Predictors of psychiatric symptoms in children with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental Disorders*, 38(9), 1710-1720.

George W. C;, Kristin.I(2006): *Elimination Diets in Autism Spectrum Disorders Any Wheat Amidst the Chaff?journal of Developmental* & Behavioral Pediatrics: April 2006 - Volume Issue 2 - p - 27 S162-S171

Gontard,A.V, Pirrung.M, Niemczyk. J, Equit. M (2015) *: Incontinence in children with autism spectrum disorde*r. J Pediatr Urol ;11(5):264.e1-7.

Jacobsen, J.. Esbensen, Seltzer, Lam, & Bodfish(2009). Age-Related Differences in Restricted Repetitive Behaviors in Autism Spectrum Disorders .*Journal of Autism and Developmental Disorders* ,39(1), 57-66.

Kapalu.C.L, Brei.L, Nadler.C, Slosky.L(2019): *Interdisciplinary Treatment for Pediatric Elimination Disorders*. Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder, pp 151-172 Cite as.

Kristensen .H..(2000): Selective Mutism and Comorbidity With Developmental ,Disorder, Anxiety Disorder *.and Elimination DisorderJournal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* .Volume 39, Issue 2, Pages 249-256

Li, Q., Han, Y., Dy, A. B. C., & Hagerman, R. J. (2017). The Gut Microbiota and Autism Spectrum Disorders. Frontiers in Cellular Neuroscience. 11, 120. *https://doi.org/10.3389/fncel.2017.00120*.

MacLennan, K., Roach, L., & Tavassoli, T. (2020). The relationship between sensory reactivity differences and anxiety subtypes in autistic children. *Autism Research*, 13(5), 785–795

Mansour, Mr.; Faisal, Zia (2019) The relationship of challenging behaviors to anxiety and sleep disorders in children with autism spectrum disorder. *Journal of the College of Education in Ismailia*, Issue 44, May.

Michels TC, Sands JE. Dysuria (2015): *Evaluation and Differential Diagnosis in Adults*. Am Fam Physician. Nov 01;92(9):778-86.

Niemczyk. J, Wagner.C (2019) : Detailed Assessment of Incontinence, Psychological Problems and Parental Stress in Children with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders* 49 (4).

Panesar. H.K, Kennedy.c.l, Stietz.K.K., Lein.L(2020) Polychlorinated Biphenyls (PCBs): Risk Factors for Autism Spectrum Disorder?. *Research Gate . Toxics 8(3), DOI:10.1016/j.crtox..01.002*.

Parth .M; Stephen W.; Anil. K. R.(2021): Dysuria. NCBI *Research. NIH , 01;92(9) All Resources - Site Guide - NCBI (nih.gov)*.

Tarver, Joanne; Pearson, Shirazi, Potter, Malhi, Waite, Jane.(2021). Anxiety in Autistic Individuals Who Speak Few or No Words: A Qualitative Study of Parental Experience and Anxiety Management. Autism: *The International Journal of Research and Practice*, v25 n2 p429-439 Feb.

Van Steensel, F. J., Bogels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a metaanalysis. *Clinical child and family psychology review*, 14 (3), 302.

Walker, C. E. (2013). *Elimination Disorders: Enuresis and Encopresis. In M. C. Roberts (Ed.),* Handbook of pediatric psychology (pp. 544–560).

White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). *Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders*. Clinical psychology review, 29(3), 216-229.

Worley., -J, Nebel Schwalm.M (2014). *Other Disorders Frequently Comorbid with Autism* .Handbook of Aut Anxiety pp 47-60.

Rodgers, J., Farquhar, K., Mason, D., Brice, S., Wigham, S., Ingham, B. Parr, J. (2020). Development and initial evaluation of the anxiety scale for autism-adults. *Autism in Adulthood*, 2(1), 24−33.

Roma A. Vasaa, Micah O. Mazurekb (2015): An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Curr Opin Psychiatry. Mar*; 28(2): 83–90.

Sinnott JD, Howlett DC.(2016) *Urinary frequency and dysuria in an older woman*. BMJ. Sep 13;354:i4587.

Sunjay. S, Stietz.K.K, Kimberly .K.S , Lein.L(2021). In utero and lactational PCB exposure drives anatomic changes in the juvenile mouse bladder. *Research Gate . DOI:10.1016/j.crtox..01.002*.

Tan. Y ,Shiny .T, Brian K.(2019): Parent-reported prevalence of food allergies in children with autism spectrum disorder: *National health interview survey. AUTISM Research insar*, V(12), Issue5 .May, p. 802-805.

-