

**فعالية برنامج سلوكي قائم على الاسترخاء المتعدد في
خفض معدلات اضطراب الأرق المصاحب لمرضى
اضطراب طيف التوحد**

**محمد حسين محمد سعد الدين
أستاذ علم النفس المساعد
بكلية الآداب – جامعة المنصورة**

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج السلوكي القائم على الاسترخاء المتعدد في اضطراب الارق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد. والكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج السلوكي القائم على الاسترخاء المتعدد في اضطراب الارق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة الأساسية (ن = ١٠) من مرضى اضطراب طيف التوحد من الطفولة المتأخرة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحث)، ومقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحث)، ومقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد الإصدار الأول (ترجمة وتعريب وتقنين/ عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥)، ومقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة لقياس الذكاء: (تقنين/ صفوت فرج، ٢٠١١)، ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة (إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)، وبرنامج سلوكي قائم على الاسترخاء المتعدد (اعداد الباحث). واعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي. وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج السلوكي القائم على الاسترخاء المتعدد في خفض معدلات الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد، مع استمرار فعالية البرنامج بعد فترة الرعاية اللاحقة.

الكلمات المفتاحية:

اضطراب طيف التوحد- اضطراب الأرق- الاسترخاء المتعدد- العلاج بالموسيقى.

The study aims at finding out the differences between the pre and post scale averages of the behavioural programme based on multiple relaxation in Insomnia disorder accompanying autism spectrum disorder patients. It also aims at finding the differences between post and tracking scale of the behavioural programme based on multiple relaxation Insomnia disorder accompanying autism spectrum disorder patients. the basic sample includes 10 spectrum disorder patients in late childhood. Study Tools Spectrum disorder scale prepared by the researcher), The scale of insomnia disorder accompanying autism spectrum disorder patients (Prepared by the researcher), The evaluative scale of Gilliam to diagnose autism spectrum disorder (the first version translated and codified (by Adel Abdallah Muhammad, 2005), Stanford Benet scale and the fifth form of intelligence test (codified by Safwat Farag ,2011), The scale of the family economic and social standard (prepared

by Abdulaziz Alshakhs ,2013), A behavioural programme based on multiple relaxation (prepared by the researcher), The study is based on the semi experimental method. The results show the effectiveness of the behavioural programme based on multiple relaxation in reducing the rates of insomnia disorder accompanying autism spectrum disorder patients ,with continued effectiveness of the poprogram in subsequent care.

The Key Words: Autism spectrum disorder , Insomnia disorder , Multiple Relaxation , Music Therapy

مقدمة:

يمر مرضى اضطراب طيف التوحد، بمرحلة الطفولة المتأخرة كما يمر بها أقرانهم العاديون، من حيث التغييرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، غير أنهم يواجهون صعوبات أكبر وأكثر من أقرانهم خلال هذه المرحلة نتيجة للقصور الذي يسببه اضطراب طيف التوحد، والأثر الذي يتركه علي جوانب ومجالات مختلفة في النمو (Ford, E. et al., 2010: 514).

كما أن وعي ذي اضطراب طيف التوحد بوضعه الاجتماعي واختلافه عن أقرانه يزداد في هذه المرحلة، وتتحسن مجالات التواصل والتفاعل الاجتماعي لديه، ويؤدي هذا التحسن إلي زيادة رغبته في الاندماج، وتكوين الصداقات والتفاعل الاجتماعي الذي يعتبر من سمات هذه المرحلة، إلا أن محدودية هذا التحسن أو عدم تقبل الأقران لوضعهم الاجتماعي واختلافهم عرضة للرفض، الذي يؤدي إلي مخاطر تعرضهم للشعور بالقلق والاكتئاب وتطوير أعراض الاضطرابات النفسية (Frank, L., 2015: 612). ويتعرض المصابون باضطرابات طيف التوحد (ASD) لخطر متزايد لاضطرابات النوم. قد تؤدي أوجه القصور الأساسية في اضطراب طيف التوحد والفيزيولوجيا العصبية الكامنة وراءها إلى تأهب الافراد للضغوط الداخلية والخارجية التي تهدد الانحدار. وما يقرب من ثلثي الآباء أبلغوا عن اضطراب النوم مع اطفالهم من مرضى اضطراب طيف التوحد (ASD)؛ ومن اضطراب النوم الأساسي السائد في مجموعة (ASD) هو الأرق الناجم عن اضطرابات النمو المنتشرة والذي تم تحديده باستخدام التصنيف الدولي لاضطرابات النوم (ICSD-2) (Souders, M., 2008: 133).

ففي هذه الدراسة سوف يعتمد "الباحث" العلاج بالاسترخاء المتعدد Relaxation Multiple therapy لخفض معدلات الارق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

مشكلة الدراسة:

إن تحديد مشكلة الدراسة من الخطوات الإجرائية الأساسية لأي بحث، فهي الأساس التي يبنى عليها خطوات البحث ككل، فهي التي توجه "الباحث" الي صياغة أهدافه وطرح تساؤلاته والتنبؤ بفروضة واختيار أدواته البحثية والاعتماد على أساليب إحصائية معينة دون غيرها، وقد تبلورت مشكلة الدراسة في إطارها العام من خلال ملاحظة مرضى اضطراب طيف التوحد (ASD) وما يصاحبهم من اضطراب الأرق Insomnia، ففي هذه الدراسة سوف يعتمد "الباحث" العلاج بالاسترخاء المتعدد Multiple Relaxation therapy لخفض معدلات الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

لذا يرى "الباحث" انه يمكن القول بأن مشكلة الدراسة تتحدد في محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

١- هل توجد فروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد؟

٢- هل توجد فروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد؟

أهداف الدراسة:

إن الغاية من الدراسة هي تحديد الظاهرة التي تكون محلاً للدراسة، ولا شك أن الظاهرة التي تثير الاهتمام هي التي تكون قد وصلت في المجتمع الي درجة من الكثرة تكشف عن أن لها من العوامل ما يمتد جذوره في الجماعة، بما يمكن متابعتها ومواجهتها، ومن خلال ذلك يمكن القول أن اهداف الدراسة الحالية تتحدد في النقاط الآتية:

١- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

٢- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

أهمية الدراسة:

إن الارتباط بأي موضوع بحثي يرجع الي مدى اهميته، فبقدر أهمية الموضوع تزداد لدينا معايير التمسك والالتزام به، فتكون هذه الأهمية هي الدافع الأول وراء الاشتغال في هذا الموضوع البحثي، ولعل تأثير الاضطرابات النفسية المصاحبة لاضطراب طيف التوحد على المجتمع الذي يعيشه مرضى اضطراب طيف التوحد بالغ الخطورة فهذا يعطى أهمية للبحث والدراسة، ولعل ايضا المجتمع المهني في قمة احتياجه لبرامج علاجية تخفض من تلك الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى اضطراب طيف التوحد. ويمكن تحديد اهمية الدراسة في النقاط التالية:

أولاً: الأهمية النظرية:

١- أهمية العينة البحثية المختارة التي سنتناولها الدراسة وهي فئة مرضى اضطراب طيف التوحد ومدى انتشارها الواسع على كافة الاصعدة.

٢- ندرة الدراسات التي تناولت متغير الأرق كاضطراب مصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- ١- احتواء هذه الدراسة على برنامج سلوكي قائم على الاسترخاء المتعدد لخفض معدلات الارق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.
- ٢- احتواء هذه الدراسة على مقياس اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحث).
- ٣- احتواء هذه الدراسة على مقياس اضطراب الارق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحث).

الاطار النظري ومصطلحات الدراسة:

اضطراب طيف التوحد:

عرفته منظمة الصحة العالمية World Health Organization في إصدارها الحادي عشر من (ICD-11) اضطراب طيف التوحد على انه: العجز في القدرة على إقامة التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل والاستمرار به، ومجموعة من أنماط السلوك المقيدة والمتكررة وغير المرنة، حيث يحدث الاضطرابات أثناء فترة النمو، في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكن الأعراض قد لا تصبح واضحة تماماً إلا عندما يعجز الطفل عن القيام بمتطلبات محددة من السلوكيات الاجتماعية. وقد يؤدي العجز الشديدة في التواصل إلى ضعف في الشخصية، والعلاقات الأسرية والاجتماعية والتعليمية والمهنية أو غيرها من المجالات الهامة للعمل (World Health Organization, 2017: 216).

الطفولة المتأخرة واضطراب طيف التوحد:

يتفق المتخصصون بعلم النفس على أن الإنسان يمر خلال حياته بمراحل مختلفة يتعرض فيها لتغيرات عديدة ومتلاحقة، وأكثر هذه التغيرات تحدث في مرحلة الطفولة المتأخرة، وهي المرحلة الانتقالية من الطفولة إلى المراهقة والتي تمتد الى مرحلة البلوغ، وتتسم هذه المرحلة بأنها أكبر وأسرع مرحلة نمو في الطول والوزن والخصائص الجسمية، بالإضافة إلى التغيرات النفسية الكبيرة التي تحدث جنباً إلى جنب مع التغيرات الجسمية (Macneelly, C., Blanchard, J. 2010: 864).

وتعتبر مرحلة الطفولة المتأخرة لذوي اضطراب طيف التوحد من أصعب المراحل العمرية وأكثرها حرجاً نظراً لما تسببه من اضطرابات نفسية وتغيرات سلوكية يصعب ضبطها من قبل الوالدين، ومن أهم هذه التغيرات هي الاستقلالية، وزيادة الإدراك، وغريزة الجنس، وفي مرحلة الطفولة المتأخرة تظهر تغيرات بدنية، فاضطراب طيف التوحد مثله مثل أي اضطراب آخر يحتاج إلى معرفة تفاصيل كل مرحلة عمرية علي حدة للتغلب علي المشكلات التي تصاحبها، وفي حالة عدم إدراك المشكلة مبكراً وبدء التدخل المبكر بالوسائل الخاصة لهذا الاضطراب، فتكون النتيجة المعاناة من اضطرابات سلوكية ونفسية وانفعالية بالإضافة الى ظهور اضطرابات النوم لمرضى اضطراب طيف التوحد (عبير الجودر، ٢٠١٣: ٦٥).

اضطراب الأرق:

إن معاناة مرضى اضطراب طيف التوحد من الأرق تبدو سمة، ومن الجدير بالذكر أنهم بحاجة إلى التدريب على تحسين مهاراتهم الانفعالية المتمثلة في وعيهم بأنفسهم ووعيهم بالآخرين، والتعبير عن انفعالاتهم وضبطها وتحليلها وتفسيرها وتمييزها، وتدريبهم على الاتزان الانفعالي. وتؤثر الصحة الانفعالية في طبيعة النوم عند الأفراد وترتبط ايجابيا بها. فكلما ازدادت المهارات الانفعالية لدى الفرد أصبح قادراً على السيطرة على انفعالاته والتعبير عنها، والوعي بها، وتمكن من التعاطف مع الآخرين، وخلق علاقات ايجابية معهم (سلمى حنوش، ٢٠١١: ٣٣).

ويشكل الأرق أحد اضطرابات النوم الأكثر شيوعاً بين الناس، حيث يعاني الإنسان الذي لديه ارق من صعوبة الدخول في النوم أو قلة ساعات النوم أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً أو الاستيقاظ مبكراً قبل أن يأخذ البدن كفايته من النوم، والسكون إليه والاستمرار فيه. في هذه الحالة يتعرض الإنسان إلى إجهاد وتعب خلال ساعات النهار وانخفاض في إنتاجيته مما يؤثر على نشاطه بشكل عام (Morin, C., 1993: 13).

وفي ذات السياق، فقد تعددت وجهات النظر حول كون الأرق عرضاً لاضطرابات نفسية أخرى أو كونه اضطراباً نفسياً ذا زملة إكلينيكية. وقد أشار أدب البحث أن الأرق وبغض النظر عن كونه مرضاً أو عرضاً لاضطرابات أخرى فإنه يعتبر موضوعاً يمكن تناوله بشكل مستقل

تبنى من اجله البرامج العلاجية المرتكزة على النظريات المفسرة له (Mellinger, G., et al., 1985: 225).

وقد تعددت التعريفات التي تناولت الأرق؛ فمنها ما تناول الأرق بناءً على كمية النوم، وطبيعته، وتكراره، ومنها ما تناوله بناءً على الآثار التي يتركها على الفرد في النهار، ومنها ما تناوله بناءً على المعايير الأساسية التي اتفق عليها أغلب الباحثين في مجال اضطرابات النوم. وعلى الرغم من أنه لا يوجد تعريف واحد للأرق، لكن المنظمات الدولية اقترحت ثلاثة معايير أساسية لتحديد الأرق لدى الأفراد وهي: قلة النوم سواء تضمن ذلك صعوبة الدخول في النوم، أو صعوبة الاستمرار فيه، أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً، أو الاستيقاظ الباكر جداً في الصباح، كما اتفقت على أن الأرق يضعف قدرة الفرد خلال النهار ويحد من سعادته النفسية، وقدراته البدنية وأدائه لأعماله (Wilson, S., et al., 2010: 645).

أما التصنيف العالمي للأمراض العصبية (ICD- NA) والتصنيف العالمي العاشر للأمراض (ICD- 10) فقد اتفقا على أن الأرق يمثل حالة من عدم الإشباع في كمية النوم أو نوعه والتي تظهر لفترة زمنية طويلة (World Health Organization, 1992: 198).

ويرى "الباحث" من خلال ما تم عرضه أن الأرق يعبر عن معاناة الفرد من صعوبة البدء في النوم، أو الدخول فيه، أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً، أو الاستيقاظ الباكر في الصباح، وعدم القدرة على الاستمرار في النوم، أو النوم المتقطع، أو عجز الفرد عن النوم العميق والكافي لحاجته، مما ينعكس سلباً على مجالات عمله في النهار، ويحدث خللاً في اتصالاته الاجتماعية والعاطفية.

ويعرف "الباحث" اضطراب الأرق إجرائياً بأنه: "الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد المستخدم في الدراسة".

أعراض الأرق:

أشار الدليل الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV) إلى أن أعراض الأرق تتمثل في بقاء الفرد لأكثر من نصف ساعة قبل الدخول في النوم، وعدم قدرته على الاستمرار في

النوم حتى الصباح، وصعوبة العودة للنوم بعد الاستيقاظ منه، وتوتر العلاقات مع الآخرين بسبب الحاجة للنوم، وضعف النشاطات اليومية والمدرسية التي يقوم بها الفرد بسبب الأرق كما يبين الدليل العاشر اضطرابات النوم (ICD-10)، الأعراض الآتية للأرق وهي الشكوى من صعوبة الدخول في النوم، أو الاستمرار فيه، وتكرار ظهور اضطراب النوم ثلاث مرات أسبوعياً على الأقل، وعدم كفاية النوم ونوعيته وكميته، والشعور بالضيق وعدم القدرة على أداء الواجبات الاجتماعية والدراسية (وليد الشطرات، ٢٠٠١: ٧٤).

وتظهر أعراض الأرق بشكل واضح في النهار؛ حيث يعاني المرضى من عدم القدرة على أداء بعض الأنشطة الحركية، والتعب والإرهاق، والنعاس خلال النهار ولا يتمكن المرضى من الغفوة، وبالرغم من شعورهم بالنعاس؛ بسبب شدة الإفراط في الاستثارة، علماً أنها لا إرادية مصدرها الدماغ، كما يزيد الأرق المزمن من حوادث السيارات، وزيادة الحاجة إلى الرعاية الصحية (Grinstein, R., 2002: 5).

تشخيص الأرق:

تحدد معايير تشخيص الأرق الأولى بصعوبة البدء أو الاستمرار في النوم، أو إلحاق أذى إكلينيكي أو ضعف في العمل، والعلاقات الاجتماعية والمهنية، وغيرها من المجالات، ولا تحدث هذه الأعراض في نوع آخر من أنواع اضطرابات النوم (Colten, H., Altevogt, B., 2006: 88).

وإشار الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، إلى أن هناك اتفاق حول السمات الأساسية لتشخيص الأرق بالرغم من وجود بعض الأنواع الفرعية الأخرى للأرق، كما يوجد ثلاثة عناصر رئيسية لتشخيص الأرق هي:

أولاً: شكوى من صعوبة البدء في النوم بالرغم من توافر الفرصة الكافية للنوم.

ثانياً: شكوى من النعاس والضعف أثناء النهار؛ كفرط النعاس، والتعب، وضعف التركيز.

ثالثاً: القلق من عدم كفاية النوم، والتغيرات العاطفية السلبية، وضعف الأداء المعرفي، مما يؤثر على المجالات الاجتماعية، والمهنية، أو المادية للعمل (Perumal, p., et al., 2010: 77).

اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد:

غالبًا ما يعاني المصابون باضطراب طيف التوحد (ASD)، من مشاكل النوم المرضية. ويعتبر تغير إيقاع الميلاتونين السبب وراء ضعف بداية النوم والحفاظ عليه في حالات اضطراب طيف التوحد (ASD). وتم تقييم الأرق والسلوك باستخدام مقياس تحسين الانطباع الشامل السريري، وقد تحسن في حالتين باستخدام (٢) مجم راميلتون وفي الحالة الثالثة (٨) مجم راميلتون. وتظهر النتائج التي توصلنا إليها أن ramelteon فعال ليس فقط للأرق، ولكن أيضًا للمشاكل السلوكية في المرضى الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (Kawabe, K., 2014: 66).

وقدم "Clarkson" مراجعة منهجية للأدبيات والتحليل التلوي لانتشار الأرق في المجموعات السريرية وغير السريرية لمرضى اضطراب طيف التوحد. وخرج بورقة تجريبية تستكشف العلاقة بين اضطرابات النوم خاصة اضطراب الأرق، والسلوكيات المضطربة أثناء النهار لدى المصابين باضطراب طيف التوحد، وأشار إلى أنه توجد علاقة ارتباطية قوية بين اضطراب طيف التوحد، واضطراب الأرق (Clarkson, E., 2016: 99).

فنية الاسترخاء:

يستخدم الاسترخاء في العلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي منذ زمن بعيد، ففي عام (١٩٢٩) أبدى "Jacobson" اهتمامًا بالغًا باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي، وأشار إلى أن استخدام الطرق الاسترخائية يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة وكان هذا مسجل في كتابه المنشور بعنوان الاسترخاء التصاعدي Progressive Relaxation، كما أجمع علماء العلاج النفسي السلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء في تطوير الصحة النفسية وقدم "Josef Wolpe" نظريته كاملاً في العلاج النفسي تقوم على إدخال العضلات في دائرة ارتخاء عميقة، ويعتبر أسلوبه من أساليب الاسترخاء الذي يقوم على نفس الأسس التي وضعها ووصفها "Jacobson" (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠: ١٢٢).

وجاء بعد ذلك "Jacoshin" عام (١٩٣٨) وأقر أهميه الاسترخاء Relaxation كإجراء مقابل ومضاد للحصر، وكان يرى ان خبرة التخصص الانفعالية تنتج من تقلص او انقباض العضلات Muscular Contraction التي تصاحب الحالة الانفعالية، واقترح أن الاسترخاء سيكون الحالة المعاكسة أو المضادة لحاله الانفعال بعبارة اخرى هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي Muscle Tension وبين ادراك الفرد للحالة الانفعالية فاذا انخفض التوتر العضلي فان الفرد لن يشعر بالإثارة الانفعالية، وان الاثار الذاتية التي تصحب حاله الاسترخاء القوية هي عكس الاثار التي يشعر بها الفرد في حاله الحصر او القلق وفي تأييده لهذه الفكرة، وقرر "Jacoshin" ان معدل النبض و ضغط الدم يرتفعان في الحالات الانفعالية وينخفضان بالاسترخاء العميق (إجلال سري، ٢٠٠٠: ١٦٤).

وبعد ذلك ظهر كل من "Wolpe, Clark" عام (١٩٦٣) مؤكدين على اهميه استخدام الاسترخاء العقلي في التخلص من مقاومه الجلد واضطراب التنفس، والجدير بالذكر انهما يستخدمان كمؤشرين للحصر وذلك عندما يكون الفرد في حاله استرخاء عضلي تغير مقاومه الجلد وحاله التنفس (Gallatin, J., 1982: 188).

ويعرفه "اسامة راتب" على انه انسحاب مؤقت، ومتعلم يسمح بإعادة الشحن، والاستفادة الكاملة من الطاقات العقلية، والانفعالية، وهو فترة من السكون، واغفال الحواس، ويتميز بغياب النشاط، والتوتر، ويحدث في درجات من التوصيل (اسامة راتب، ١٩٩٨: ١٦).

ويُنظر له على انه خبرة مضادة لحالة القلق، والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق، والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي، والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر، والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسماً ومسترخياً نفسياً في آن واحد (عبد الستار ابراهيم، ١٩٨٠: ٨٨).

ويري "الباحث" مما سبق ان الاسترخاء يعتمد على التوقف المؤقت للنشاط العقلي، والبدني، والانفعالي كي تقل السلوكيات العصابية لدى الفرد من توتر، وخوف، وقلق، وهذا من اجل التحكم في الجانب العصابي، والانفعالي لدى الفرد.

وسوف تتبنى الدراسة الحالية التعريف الاجرائي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد بأنه: "مدخل علاجي قائم على تكتيك دقيق يمكن قياس فعاليته ويقوم به المعالج على أساس مجموعة من المواقف والعمليات المختارة في جلسات البرنامج لخفض معدلات الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال تدريبات الاسترخاء العضلي والاسترخاء الذهني القائم على الموسيقى السمعية الهادئة المختلفة والتي تتنوع بحسب الهدف في كل مرحلة من مراحل البرنامج".

فنية الاسترخاء في مواجهة معدلات الأرق المرتفعة:

يتضمن العلاج بالاسترخاء مجموعة متنوعة من الطرق والإجراءات مثل الاسترخاء التدريبي أو التتابعي Progressive Relaxation شد وإرخاء المجموعات العضلية للجسم بطريق متتالية أو متتابعة، والتنفس البطني أو التنفس عن طريق الحجاب الحاجز Diaphragmatic Breathing واليوجا Yoga والتأمل (Bootzin, R., Rider, S.,) 315: 1997).

ومن طرق الاسترخاء سماع الموسيقى، والتدليك أو عمل مساج، والتنفس بعمق، ومما يجب التأكيد عليه أن الاسترخاء لا يجب التخطيط له فعندما يشعر الفرد بأنه سيصبح قلقاً أو متقلب المزاج عليه أن يغتتم أو يخلتس دقائق معدودة ويمارس الاسترخاء (Borkovec, T.,) 37: 1979).

وان التدريب على الاسترخاء التدريجي كان فعالاً في تحسين كمون بداية النوم إلى الأفراد الذين يعانون من الأرق النفس فسيولوجي Psychophysiological Insomnia أو الأرق الذاتي الذي لا يرتبط بمحددات خارجية كالضوضاء أو العقاقير أو الاكتئاب (Borkovec, T.,) 54: 1979).

وكذلك توصل "Van Oot., et al." إلى أن الأنواع المختلفة للاسترخاء ذات فاعلية أو تأثير متساو في علاج الأرق (Van Oot, P., et al., 1984: 683).

وكانت أكثر النتائج وضوحاً هي التحسن في الوقت الذي يحتاجه المفحوص للدخول في النوم وقد امتدت هذه التأثيرات لمدة خمسة أشهر بعد العلاج (Harvey, A., Payne, S., 2002: 267).

ويتضح لدى "الباحث" من العرض السابق أن التدريب على الاسترخاء التدريجي أو التتابعي وممارسته وفقاً للتعليمات الخاصة به يؤدي إلى نتائج جيدة تتمثل في خفض الفترة اللازمة للدخول في النوم، واستجلاب النوم، وإلى الشعور بالراحة بعد الاستيقاظ، كما أنه يساعد الأفراد على التعامل بفاعلية أكثر مع التوترات أو الضغوط التي يصادفونها أثناء النهار، ويقلل مشاعر القلق بشأن عدم النوم.

العلاج بالموسيقى:

يرى "الباحث" أن الموسيقى تُعد نقطة مهمة وأساسية ووسيلة لتحريك الوجدان وتغذية المشاعر، فإن الاستماع إلى الموسيقى يحدث انفعالات نتيجة استجابات مختلفة بناء على إرسال إشارات عصبية للمخ، هذه الانفعالات هي ردود فعل للجسم بصفة عامة وللنظام العصبي المركزي بصفة خاصة، حتى أن كثيراً من الدراسات والأبحاث العلمية اهتمت بهذا المجال، فالاستماع للموسيقى يُعد علاجاً لكثير من الأمراض التي تصيب الإنسان مثل أمراض القلب والجهاز الهضمي والجهاز العصبي وغيرها من الاضطرابات النفسية خاصة الأرق إذا كانت الموسيقى من النوع الهادئ الذي يؤدي للاسترخاء، ومن خلال ذلك تبين أن كل حالة مرضية تستجيب لنوع معين من الموسيقى يتأثر حتى بنوع الآلة الموسيقية المستخدمة في العزف، ويرجع ذلك إلى اختلافات في مدى التأثير وفقاً لعوامل كثيرة منها الثقافة والزمان والمكان، فإن الاستماع إلى الموسيقى بأنواعها يؤدي إلى تحسن حالة المريض بل وشفائه.

وتُعرفها "نبيلة يوسف" بأنها: "تلك العملية التي يتم بموجبها تنظيم إيقاع الحركة داخل الجسم الحي بواسطة موجات الموسيقى وإيقاعها سواء عن طريق الاسترخاء المفيد لكثير من

الحالات المرضية، أو عن طريق تحقيق نسبة معينة من التوافق بين التنفس وسرعة النبض حيث تساعد التعبيرات الصوتية الموسيقية على إخراج الطاقة الزائدة من الجسم وهو الأمر الذي يساعده بالتالي على التخلص من العديد من أوجه القصور المختلفة والمتبادلة التي يعاني منها (نبيلة يوسف، ١٩٩٩: ٧٧).

ويعرف أيضاً على أنه: "تعامل موسيقى مع المريض بهدف علاجي وهو حل المشكلات والتغلب على الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية. ومن بين أهداف العلاج بالموسيقى تحسين السلوك الاجتماعي ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة" (Schipkowsky, N., 1977: 433).

وسوف تتبنى الدراسة الحالية التعريف الاجرائي للعلاج بالموسيقى بأنه "مدخل علاجي قائم على تكنيك دقيق يمكن قياس فعاليته ويقوم به المعالج على أساس مجموعة من الموسيقى السمعية الهادئة المختارة في جلسات البرنامج لتحقيق أعلى معدلات من الاسترخاء".

وسوف يعتمد "الباحث" في هذه الدراسة الموسيقى الهادئة، وموسيقى الاسترخاء (المنومة) لكي يحقق أكبر قدر من معدلات الاسترخاء وصولاً لتحقيق هدف الدراسة من خفض معدلات الأرق المصاحب لدى مرضى اضطراب طيف التوحد.

الدراسات السابقة:

الدراسات التي تناولت الاسترخاء في مواجهة معدلات الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد:

١. دراسة: (Lau, M., Ting, E. (2017):

قام كل من "Lau, M., Ting, E." بدراسة بعنوان: "الآثار العلاجية للتمارين الجسدية القائمة على استرخاء العضلات التدريجي على التحكم في الانفعالات والمرونة المعرفية للمصابين باضطراب طيف التوحد: تجربة عشوائية محكمة". وهدف البحث الحالي إلى مقارنة التأثيرات العلاجية لتمارين العقل والجسم القائمة على استرخاء العضلات التدريجي على القياسات الفسيولوجية العصبية والنفسية العصبية والسلوكية للتحكم في الانفعالات والمرونة

المعرفية واضطرابات النوم لدى المصابين باضطراب طيف التوحد. وتحددت إجراءات البحث في تجنيد عشرين مشاركاً بتشخيصات سابقة لاضطراب طيف التوحد والمصاحب لهم اضطراب الأرق في التجربة (١)، وتم جمع المعلومات المتعلقة بأدائهم في القياسات الفسيولوجية العصبية والنفسية العصبية والسلوكية للتحكم في الانفعالات والمرونة المعرفية قبل وبعد ثمانية أسابيع، لاستكشاف ما إذا كان حدثت أي تغييرات أو آثار تعلم. وفي التجربة (٢) تم تجنيد واحد وأربعين من الأطفال والمراهقين من أعمار مماثلة ولديهم تشخيص رسمي لاضطراب طيف التوحد. من بين هؤلاء شارك (٢٠) طفلاً في مجموعة علاجية من ثماني جلسات تضمنت تعلم استرخاء العضلات التدريجي (PMR)، وشارك (٢١) طفلاً في مجموعة تعلمت تدريب العقل والجسم المستند إلى (Nei Yang Gong) (NYG)، وتم تقسيم المشاركين إلى مجموعات منخفضة وعالية الأداء ثم إلى مجموعات من الأشخاص الذين يعانون من أعراض خفيفة إلى متوسطة والذين يعانون من أعراض شديدة، من أجل التحقق مما إذا كانت هناك تأثيرات علاجية مختلفة على ضبط النفس والمرونة المعرفية والسلوك. وأشارت النتائج عن نتائج إيجابية لجميع المجموعات (أي المجموعات منخفضة وعالية الأداء ومجموعات الأعراض الخفيفة إلى المتوسطة والشديدة) من حيث التغيرات العصبية الفسيولوجية، والأداء فيما يتعلق بالتدابير العصبية والنفسية، والتغيرات السلوكية الواضحة. وتحسين معدلات الأرق لدى أفراد العينة البحثية. وتم العثور على نتائج غير متسقة لمجموعة (PMR)، حيث تم العثور على تدهور في السلوك بعد العلاج. كان لـ (PMR) بعض الآثار الإيجابية لمجموعة الأعراض الشديدة ومنخفضة الأداء فقط. لسوء الحظ تم العثور على سلوكيات نمطية متزايدة في المشاركين الذين يعانون من أعراض خفيفة إلى معتدلة، نتيجة مماثلة لمجموعة غير المعالجة في التجربة (١). الخلاصة: نتج عن (NYG) مجموعة واسعة من التحسن بعد التدخل لمدة أربعة أسابيع وخففت من الأعراض السلوكية واضطراب الأرق المصاحب لاضطراب طيف التوحد بطريقة متسقة. الأطفال الذين يعانون من التوحد (PMR) أو ظروف عدم العلاج كانت لها نتائج غير متناسقة. هذه المعلومات تستحق المشاركة مع آباء الأطفال المصابين بالتوحد، لأنها قد تمكنهم من الحصول على فهم أفضل لأشكال العلاج المختلفة.

٢.دراسة: (Kaur, M. (2016):

قام "Kaur, M." بدراسة بعنوان: "تدخل اليوجا الإبداعي للمصابين باضطراب طيف التوحد". وهدفت الدراسة الى الكشف عن آثار تدخل يوجا إبداعي قائم على الحركة على المهارات الحركية والتواصل الاجتماعي والسلوكية لخفض معدلات السلوكيات النمطية والقلق واضطرابات النوم لدى المصابين بالتوحد. بالإضافة إلى ذلك قام بمقارنة فعالية اليوجا بتدخلين حركيين آخرين يتم تقديمهما في سياق موسيقي وروبوتي واسترخائي لدى المصابين بالتوحد. وتكونت عينة الدراسة من تلقى (١٢) مصاباً بالتوحد تتراوح أعمارهم بين (١٢ - ١٦) عامًا، والذين يعانون من السلوكيات النمطية والقلق واضطرابات النوم. واشتملت ادوات الدراسة على برنامج يوجا إبداعي قائم على الحركة على المهارات الحركية والتواصل الاجتماعي والسلوكية في سياق موسيقي وروبوتي واسترخائي ويضم البرنامج عدد جلسات (١٦) بواقع جلستين كل اسبوع ضمن (٨) أسابيع من تدخل اليوجا مع جلسات منزلية إضافية يقدمها آباء الحالات، وتضمنت الأنشطة التي تم ممارستها في جلسات اليوجا وضعيات وتمارين التنفس والتدريب على النظر إلى العين والألعاب الاجتماعية والاسترخاء، وتم تقييم التغييرات العامة في المحرك، والتقليد، والاهتمام المشترك للحالات باستخدام الاختبارات المعيارية التي يتم إجراؤها قبل التدخل وبعده، والتغييرات الخاصة بالتدريب في التقليد والتواصل والتأثير والسلوكيات غير القادرة على التكيف لدى الحالات خلال المراحل المبكرة والمتوسطة، والدورة التدريبية المتأخرة. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن افراد العينة البحثية قاموا بتحسين الأداء الحركي الإجمالي، ودقة التقليد، والاستجابة لعروض الاهتمام المشترك في الاختبارات الموحدة بعد تدخل اليوجا. فضلاً عن الإعاقات الحركية الثانوية للمصابين باضطراب طيف التوحد (ASD). بالإضافة إلى ذلك أظهرت الحالات انخفاض في معدلات السلوكيات النمطية والقلق واضطرابات النوم.

٣.دراسة: (Curtiss, C. (2015):

قام "Curtiss, C." بدراسة بعنوان: "التقييم الاستكشافي لبرنامج الفصول الدراسية المركزة على التخلق المتوالي للمصابين بالتوحد". وهدفت الدراسة الى إنشاء برنامج جيني يدمج الاسترخاء وتعميم تفاعلات الأقران لتقليل مشاكل الصحة العقلية اللاجينية للطلاب الذين تم تحديدهم على أنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD) والمصاحب لهم اضطراب الأرق، وتمثلت اجراءات الدراسة في تصميم برنامج جيني يدمج الاسترخاء وتعميم تفاعلات

الأقران، مع التركيز على تحسين تفاعلات الأقران وتحسين استجابات الإجهاد للطلاب المصابين بالتوحد والمصاحب لهم اضطراب الأرق، من قبل أولياء أمور الطلاب ومعلمي التعليم العام في إحدى ضواحي ولاية كارولينا الشمالية المدرسة المتوسطة، وتم تقسيم البيانات (مقابلات أولياء الأمور واستجابات المعلم) إلى المثلثات للعثور على موضوعات مشتركة. وفقاً لبيانات الوالدين والمعلمين، وتم تحسين استجابات الإجهاد والتفاعلات مع الأقران لمعظم الطلاب. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن تقييمات البرامج إيجابية في تحسين المشاكل الصحية العقلية اللاجينية للطلاب الذين تم تحديدهم على أنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد (ASD)، وأظهرت النتائج مدى فعالية فنية الاسترخاء في خفض معدلات الأرق ضمن اضطرابات النوم المصاحبة لأفراد العينة البحثية المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD)، وتتضمن التوصيات المستقبلية إيجاد طرق لتنفيذ برامج مماثلة في المدارس العامة الأخرى ومع مجموعات سكانية إضافية، ودمج الأبحاث المستقبلية لتشمل مكوناً وراثياً وجينياً من خلال إجراء دراسات تعاونية مع علماء الوراثة والمهنيين التربويين.

٤. دراسة: Maskey, M. et al. (2014):

قام كل من "Maskey, M. et al." بدراسة بعنوان: "الحد من الرهاب والخوف المحدد واضطرابات النوم لدى المصابين باضطرابات طيف التوحد (ASD) من خلال تدخل بيئة الواقع الافتراضي". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية وتقييم علاج فريد يجمع بين العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والتعرض التدريجي، والاسترخاء في بيئة الواقع الافتراضي (VRE) في خفض معدلات الرهاب والخوف المحدد واضطرابات النوم لدى المصابين باضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من تجنيد تسعة أولاد يتكلمون بطلاقة مع تشخيص (ASD) ولم يتم الإبلاغ عن إعاقة تعلم، وتتراوح أعمارهم بين (١١ - ١٣) عاماً، وكان لدى كل منهم قلق بشأن موقف معين (مثل الحافلات المزدحمة) أو منبه (مثل الحمام)، ويعانون من اضطرابات نوم. واشتملت أدوات الدراسة على قائمة سلوك الطفل Child Behavior Checklist لتقييم أعراض القلق والرهاب، كما تم تقييم القدرات اللفظية وغير اللفظية لدى أفراد العينة باستخدام

اختبار فرعي من اختبار وكسلر للذكاء، وتم تقييم أعراض التوحد باستخدام مقابلة تشخيص التوحد المعدلة Autism Diagnostic Interview-Revised وتم تحديد الاضطرابات النوم المصاحبة لأفراد العينة البحثية، وتم إعادة إنشاء مشهد فردي في (VRE) وتم تدريب المشاركين في (VRE) من قبل طبيب نفسي على التقنيات المعرفية والسلوكية (مثل تمارين الاسترخاء والتنفس) بينما تم زيادة التعرض لمحفز (الرهاب- الخوف) تدريجياً عندما شعر الحالة بالاستعداد. تلقى كل منهم أربع جلسات لمدة (٢٠-٣٠) دقيقة. وأشارت نتائج الدراسة انه تمكن ثمانية من الحالات التسعة من معالجة حالة الرهاب لديهم. وأربعة من المشاركين تغلبوا تماماً على رهابهم. وقد ظهر انعكاس هذا الامر على خفض معدلات الارق لدى عينة الدراسة. وتم الحفاظ على آثار العلاج في (١٢) شهراً.

٥. دراسة: Lee, C., Hsun, J. (2011):

قام كل من "Lee, C., Hsun, J." بدراسة بعنوان: "إضفاء الطابع الخارجي على الإثارة اللاإرادية وتفسيرها لدى المصابين بالتوحد". وهدفت الدراسة الى الكشف عن فعالية برنامج قائم على الاسترخاء ليساعد في إخراج الحالات الفسيولوجية في توفير الوعي بالضغطات الخفية، من خلال دراسة منزلية ودراسة معملية ودراسة مدرسية من أجل تسهيل الفهم الاجتماعي وخفض معدلات اضطرابات النوم للأشخاص الذين لا يتحدثون، وخاصة أولئك الذين تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد (ASD). وشملت عينة الدراسة مجموعة من الأشخاص (N= 5) والذين عانوا من استجابات حسية مفرطة أو ناقصة على سبيل المثال: العديد من الأشخاص المصابين بالتوحد، غالباً ما تكون المواقف المفرطة الإثارة أو "الانهيارات" مصحوبة بصفات غير صحيحة للضغوط المحتملة في حياتهم اليومية والصاحب لها اضطرابات النوم، وتم تقسيمهم الى ثلاث مجموعات بثلاث بيئات ضمن الدراسة المنزلية (N= 1)، والدراسة المخبرية (N= 1)، والدراسة المدرسية (N= 3). واشتملت ادوات الدراسة على برنامج قائم على الاستيقاظ والاسترخاء مع تنفيذ سلسلة من التقنيات القائمة على علم وظائف الأعضاء كمجموعة أدوات على سبيل المثال: توفير التغذية الراجعة المرئية واللمسية في الموقع، أو تمكين الفهرسة التفاعلية والتحليلية للبيانات التي تم جمعها للمساعدة في تفسير حالات الإثارة لدى الأفراد. وتم تنفيذ البرنامج ضمن ثلاث مجموعات، المجموعة (أ) القائمة على الدراسة المنزلية المدفوعة

بالمشاركين والتي تتبع منظور (كانر) لتوثيق الخصائص الرائعة في التوحد، أصل إلى عائلة كاثوجرافي يوثق عملية ديناميكية من الافتراضات وتفسير المواقف من أجل البحث عن حوار مع شاب مصاب بالتوحد قادر على تسمية الأشياء، لكنه لا يستخدم اللغة بطرق نموذجية. المجموعة (ب) القائمة على الدراسة المخبرية من خلال تجربة تصميم لحالة واحدة مع تكرار مباشر مع التركيز على تفسيرات معلمي الفصل لحالات الاستيقاظ لدى الطلاب المصابين بالتوحد، وكان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم مدى تأثير العروض في الوقت الفعلي للنشاط الفسيولوجي للطلاب (أي معدل ضربات القلب) على تقدير المعلم للاستيقاظ والاسترخاء، وتشير النتائج إلى أن تقدير الإثارة يختلف كدالة لكيفية عرض المعلومات الفسيولوجية. المجموعة (ج) القائمة على الدراسة المدرسية تعاوناً مع معالج مهني (OT) وثلاثة مشاركين مرهقين مصابين بالتوحد، وتوثق هذه الدراسة التحقيقات المتكررة لتفسيرات (OT) مع وبدون وجود البيانات الفسيولوجية للطلاب (أي بيانات التوصيل الجلدي). توضح هذه الدراسة كيف تساعد معلومات الاستئارة للمشاركين (OT) في إصدار أحكام من منظور إكلينيكي. وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج القائم على الاسترخاء في إخراج الحالات الفسيولوجية وتوفير الوعي بالضغوطات الخفية، وتسهيل الفهم الاجتماعي وخفض معدلات اضطرابات النوم المصاحبة لحالات اضطراب طيف التوحد (ASD) من الحالات الغير ناطقه.

٦. دراسة: Miller, D. (2011):

قام "Miller, D." بدراسة بعنوان: "فعالية اليوجا وتدريب التنفس الواعي على القلق واضطرابات القلق وتقلب معدل ضربات القلب لدى المصابين بالتوحد". يعاني ما يقرب من (٤٧ - ٨٤%) المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD) من القلق واضطرابات النوم عند مستويات مهمة سريريًا. وهدفت الدراسة هنا الى الكشف عن فعالية استخدام اليوجا والتنفس الواعي للتأثير على الاستئارة اللاإرادية وأعراض التوتر والقلق واضطرابات النوم وتحسين معدل ضربات القلب لدى المصابين باضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة (ن = ٨) من حالات اضطراب طيف التوحد وتراوحت أعمارهم من (١٢ - ١٦) سنة، مقسمين الى مجموعتين (٥) فتيات، و (٣) فتيان يعانون من القلق واضطرابات القلق وتقلب معدلات ضربات القلب. واشتملت ادوات الدراسة ادوات تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال تاريخ المشاركين،

ومقابلة الوالدين، ومقياس ليتر الدولي للأداء المنقح (Liter-R)، ومقاييس السلوك المستقل المنقح (SIB-R)، ومقياس مراقبة تشخيص التوحد (ADOS)، واختبار المفردات التعبيرية (EVT)، واختبار مفردات صورة بيبودي الإصدار الثالث (PPVT- III)، وجدول مسح الإجهاد للأشخاص المصابين بالتوحد وإعاقات النمو (SSS). وتم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين يوجا، اجتمعوا مرتين في الأسبوع لمدة ساعة واحدة لكل منهما. عقدت المجموعات في جدول يومي (الاثنين - الثلاثاء - الأربعاء - الخميس)، وتضمنت مقاييس النتائج جدول مسح الإجهاد للأفراد المصابين بالتوحد وإعاقات النمو الأخرى المنتشرة (SSS)، ومقاييس السلوك المستقل المنقح (SIB-R)، ومقياس سبينس لقلق الأطفال (SCAS)، وقائمة مراجعة أداء اليوجا، والتقرير الذاتي للمشارك في الفصل اليومي عن مستوى الإجهاد والتسجيلات الفسيولوجية ل (ANS). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن دورة اليوجا لمدة ستة أسابيع بشكل عام كان لها تأثيرات إيجابية إلى حد ما على عينة صغيرة من المصابين بالتوحد. على وجه الخصوص أبلغ جميع المشاركين عن تجربة إيجابية خلال سلسلة اليوجا. بالإضافة إلى ذلك أظهر تحليل مقاييس التوتر والقلق، تقرير (SCAS) الذاتي وتقرير الوالدين (SCAS)، والقسم السلوكي في (SIB- R) أن المشاركين حققوا انخفاضاً ملحوظاً في القلق والتوتر والفئات السلوكية وتحسين اضطرابات النوم. ومع ذلك لم يُظهر المشاركون تحسناً ملحوظاً في الأداء اللاإرادي (معدل ضربات القلب، نسبة (LF: HF)، وتقلب معدل ضربات القلب عالي التردد؛ بناءً على قيود هذه الدراسة المذكورة أعلاه، يجب أن يركز البحث المستقبلي على استخدام عينة أكبر من المشاركين، ومجموعة تحكم، والعشوائية، والمزيد من جلسات أخذ العينات الفسيولوجية، من أجل السماح بتعميم أكبر وصورة أكثر اكتمالاً لاتجاهات التقارير. لا يزال الخلل الوظيفي في (ANS) عاملاً محتملاً في عدد السكان المصابين بمرض الزهايمر ولكن طبيعة الخلل لا تزال غير واضحة. مزيد من التحقيق في متغيرات (ANS) في (ASD) ضروري لتحديد كيف وما إذا كانت اليوجا ستكون فعالة لمن يعانون من تشخيص اضطراب طيف التوحد والقلق واضطرابات النوم.

٧. دراسة: (Kampfer, B. (2008)

قام "Kampfer, B." بدراسة بعنوان: "تأثير النمذجة الذاتية للفيديو على تدريس تقنيات الاسترخاء لدى المصابين باضطرابات طيف التوحد". وهدفت الدراسة الى الكشف عن تأثير النمذجة الذاتية للفيديو (VSM) على تعليم مهارات الاسترخاء للحالات الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد (ASD) في بيئة مدرسية لخفض معدلات اضطرابات النوم التي يعاني منها مرضى اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة (ن = ١٠) من حالات اضطراب طيف التوحد (ASD) من طلاب المدارس، والذين يعانون من مشاكل تتعلق بالقلق - المزاج - واضطرابات النوم - واضطرابات الاستجابات العاطفية، وتتراوح اعمارهم (٩ - ١٢) سنة. واشتملت ادوات الدراسة على مقياس (Gilliam) لتحديد اضطراب طيف التوحد (ASD)، ومقياس "Child Behavior Checklist" لتقييم أعراض القلق والمزاج واضطرابات الاستجابات العاطفية، بالإضافة الى النمذجة الذاتية للفيديو القائمة على تعلم الاسترخاء لدى المصابين باضطرابات طيف التوحد. وأشارت نتائج الدراسة الى مدى فعالية النمذجة الذاتية للفيديو القائمة على تعلم الاسترخاء في تحسين أعراض القلق والمزاج واضطرابات الاستجابات العاطفية واضطراب الأرق ضمن اضطرابات النوم لدى افراد العينة البحثية من مرضى اضطراب طيف التوحد (ASD). كما أضافت نتائج الدراسة الحالية إلى مجموعة الأدبيات الناشئة حول (VSM) كتدخل محتمل للطلاب المصابين بالتوحد، ولكن مع نتائج وآثار مختلطة للدراسات المستقبلية.

فروض الدراسة:

من استقراء المراجعة التي تمت في الدراسات السابقة حول فعالية العلاج بالاسترخاء في خفض معدلات اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد، فإنه يمكن وضع فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

سوف يتناول "الباحث" عرضاً للخطوات الإجرائية للدراسة الحالية من منهج الدراسة واختيار العينة ومواصفاتها، والأدوات المستخدمة من حيث خطوات الإعداد والتقنين، والأساليب الإحصائية لاستخلاص النتائج.

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمد "الباحث" في هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، لمجموعة تجريبية واحدة دون الحاجة إلى مجموعة ضابطة، حيث القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة البحثية، ومن ثم القياس التتبعي للتأكد من استمرار فعالية البرنامج.

ثانياً: إجراءات الدراسة:

(أ) - عينة الدراسة:

١- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣٠) من مرضى اضطراب طيف التوحد من الذكور المترددين على مستشفى دميرة للصحة النفسية بالدقهلية بالعيادات الخارجية، ومستشفى المنصورة الجامعي بقسم النفسية والعصبية، والذي تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد وفق السجلات الطبية الداخلية، بالإضافة إلى اعتماد "الباحث" تطبيق مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد، وتطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM V)، وتراوحت أعمارهم من (١٠ - ١٢) سنة، بمتوسط حسابي (١١,١٣)، وانحراف معياري (٠,٨٩)، وذلك للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة

الحالية التي قام بإعدادها "الباحث"، والمتمثلة في: (مقياس اضطراب طيف التوحد، ومقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد).

٢- عينة الدراسة الأساسية:

اهتم "الباحث" بتوافر الخصائص والسمات لأفراد العينة البحثية المختارة لتتفق مع أهداف الدراسة الحالية، وهذا من خلال تطبيق مقياس اضطراب طيف التوحد، ومقياس جيليام لتشخيص التوحد، وتطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد بالدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM V)، ومقياس ستانفورد بينية الخامس، ومن ثم تم تطبيق مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد.

وهذا للتحقق من أن أفراد العينة البحثية المختارة يكونوا من مرضى اضطراب طيف التوحد البسيط من الذكور، والذين يقعوا ضمن فئة الذكاء (تحت المتوسط Dull Average) بمعدلات تتراوح من (٨٠ - ٨٩) درجة على مقياس ستانفورد بينية الخامس، والمصاحب لهم معدلات مرتفعة من اضطراب الأرق. وقد بلغت حجم عينة الدراسة الأساسية (ن = ١٠)، وتم سحب العينة من المترددين على مستشفى دميرة للصحة النفسية بالدقهلية بالعيادات الخارجية، ومستشفى المنصورة الجامعي بقسم النفسية والعصبية خارج العينة الاستطلاعية.

جدول (١) أفراد العينة البحثية الأساسية:

المجموعة	العدد	طبيعة العينة
-	١٠	من مرضى اضطراب طيف التوحد أصحاب المعدلات المرتفعة من الأرق

وتم التحقق من تجانس أفراد عينة الدراسة الأساسية من حيث متغير العمر الزمني حيث يتراوح أعمارهم من (١٠ - ١٢) سنة، بمتوسط حسابي (١١,٢٩)، وانحراف معياري (٠,٨٢). ومن حيث الجنس روعي تثبيت الجنس من الذكور، ومن حيث درجة اضطراب طيف التوحد

(بسيط)، ومن حيث معدلات الذكاء كانت معدلاتهم تتراوح من (٨٠ - ٨٩) درجة (فئة تحت المتوسط) على مقياس ستانفورد بينية الخامس. ومن حيث المستوي الاقتصادي والاجتماعي للأسرة تراوح درجاتهم (٤٠ - ٤٨) في الفئة المتوسطة Average على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة لعبد العزيز الشخص.

(ب) - أدوات الدراسة:

١ - مقياس اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحث)

* وصف المقياس:

أعد هذا المقياس عام (٢٠٢١) وقام بإعداده "الباحث" علي البيئة المصرية، لتشخيص اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder (ASD) في مرحلة الطفولة المتأخرة، وفق الأسس النظرية المتمثلة في المحاكات الأساسية ومعايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الخامسة للجمعية النفسية الأمريكية، بالإضافة إلى الاطلاع على الأدب النظري الخاص باضطراب طيف التوحد، كما تم الاعتماد على المحاكات والمعايير التي ذُكرت في الأدوات الأكثر شيوعاً الخاصة بمقياس وتشخيص اضطراب طيف التوحد والتي ذُكرت ضمن الإطار النظري للدراسة. ويتكون المقياس من (٤٠) عبارة.

* تطبيق المقياس:

يطبق مقياس (اضطراب طيف التوحد) بصورة فردية أو جماعية حيث تُعطى ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس الي (ولي الأمر- أو المعلم- أو الاخصائي- أو القائم بالرعاية للحالة) ونطلب منه أن يدلي بالإجابة (بكل دقة، وعدم تحيز للحالة) على عبارات المقياس ضمن ثلاث استجابات (نعم- احيانا- لا) وتم تطبيق المقياس بطريقة فردية.

* تقنين المقياس بحساب الصدق والثبات:

أولاً: صدق المقياس:

تم اللجوء إلى طرق متنوعة لحساب صدق المقياس والتي منها ما يلي:

(أ) صدق المحتوى: Content Validity

وتم التحقق من صدق المحتوى للمقياس بعرضه على (٨) من المحكمين المتخصصين في مجال الفئات الخاصة، وأساتذة القياس النفسي بالجامعات المصرية، للتحقق من مدى ملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب طيف التوحد، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب طيف التوحد في الطفولة المتأخرة، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، مدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أنت لقياسه؛ بالإضافة إلى تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.

وأشاروا الاساتذة المحكمين بمناسبة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب طيف التوحد، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب طيف التوحد من الطفولة المتأخرة، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، مدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أنت لقياسه؛ بنسب تراوحت (٨٧,٥% - ١٠٠%).

(ب) الصدق التلازمي: Concurrent Validity

وتم التحقق من الصدق التلازمي بدلالة المحك التجريبي من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات تطبيق الاختبار المُعد من قبل "الباحث" (مقياس اضطراب طيف التوحد)، على عينه قوامها (٣٠) من المترددين على مستشفى دميرة للصحة النفسية بالدقهلية بالعيادات الخارجية، ومستشفى المنصورة الجامعي بقسم النفسية والعصبية من غير عينة الدراسة الأساسية، والذي تم تشخيصهم باضطراب طيف التوحد وفق السجلات الطبية الداخلية، ودرجاتهم على مقياس المحك التجريبي المتمثل في (مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد) ترجمة وتعديل (عادل عبدالله محمد، ٢٠٠٥: ١٢٩)، باللجوء الي معادلات (سبيرمان/ براون، وألفا كرونباخ).

جدول (٢) معاملات الارتباط للتحقق من الصدق التلازمي لـ "مقياس اضطراب طيف التوحد":

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٣	٠,٨٤	٠,٧٨	مقياس اضطراب طيف التوحد

وتشير النتائج في جدول (٢) الي معدلات مرتفعة لصدق مقياس "اضطراب طيف التوحد" بطريقة الصدق التلازمي.

ثانياً: ثبات المقياس:

والذي تم حسابة عن طرق (التجزئة النصفية- وإعادة تطبيق الاختبار).

أ- حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split Half

وهنا قام "الباحث" بحساب الثبات علي عينة مكونة من (٣٠) من المترددين على مستشفى دميرة للصحة النفسية بالدقهلية بالعيادات الخارجية، ومستشفى المنصورة الجامعي بقسم النفسية والعصبية من غير عينة الدراسة الأساسية، بطريقة التجزئة النصفية.

جدول (٣) معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس اضطراب طيف التوحد" بطريقة التجزئة النصفية:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٦	٠,٨٤	٠,٨٢	مقياس اضطراب طيف التوحد

ومن ثم قام "الباحث" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات $(٢ \times ر) \div (١ + ر)$.

جدول (٤) معامل ثبات "مقياس اضطراب طيف التوحد" بطريقة التجزئة النصفية:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٩١	٠,٨٩	٠,٨٨	مقياس اضطراب طيف التوحد

وتشير النتائج في جدول (٤) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس "اضطراب طيف التوحد" بطريقة التجزئة النصفية.

ب - حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار: Re- test

قام "الباحث" بإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية قدرها أسبوعان على نفس العينة (ن) = ٣٠ التي تم الإشارة إليها في حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية. جدول (٥) معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس اضطراب طيف التوحد" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٥	٠,٨٢	٠,٧٧	مقياس اضطراب طيف التوحد

ومن ثم قام "الباحث" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات $(2 \times r) \div (r + 1)$.

جدول (٦) معامل ثبات "مقياس اضطراب طيف التوحد" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٩١	٠,٩٠	٠,٨٧	مقياس اضطراب طيف التوحد

وتشير النتائج في جدول (٦) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس "اضطراب طيف التوحد" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار.

* تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لثلاث مستويات للإجابة، وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع معدلات اضطراب طيف التوحد، والعكس صحيح. والدرجة من (٤٠ - ٤٥) تشير إلى عدم وجود اضطراب طيف التوحد لدى الحالة، أما الدرجة من (٤٦ - ٥٦) تشير الي ان الحالة تعاني من اضطراب طيف التوحد بشكل بسيط. أما الدرجة من (٥٧ - ٩٠) تشير الي ان الحالة تعاني من اضطراب طيف التوحد بشكل متوسط. أما الدرجة من (٩١ - ١٢٠) تشير الي ان الحالة تعاني من اضطراب طيف التوحد بشكل شديد.

٢- مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد

(إعداد/ الباحث)

*** وصف المقياس:**

أعد هذا المقياس عام (٢٠٢١) وقام بإعداده "الباحث" علي البيئة المصرية، لتشخيص اضطراب الأرق Insomnia disorder لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، وفق الأسس النظرية المتمثلة في المحاكات الأساسية ومعايير التشخيص لاضطراب الأرق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطابعة الخامسة للجمعية النفسية الأمريكية، بالإضافة إلى الاطلاع على الأدب النظري الخاص باضطراب الأرق، كما تم الاعتماد على المحاكات والمعايير التي ذُكرت في الأدوات الأكثر شيوعاً الخاصة بقياس وتشخيص اضطراب الأرق والتي ذُكرت ضمن الإطار النظري للدراسة. ويتكون المقياس من (٢٠) عبارة.

*** تطبيق المقياس:**

يطبق مقياس (اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد) بصورة فردية أو جماعية حيث تُعطى ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس الي (ولي الأمر- أو المعلم- أو الإخصائي- أو القائم بالرعاية للحالة) ونطلب منه أن يبدلي بالإجابة (بكل دقة، وعدم تحيز للحالة) على عبارات المقياس ضمن ثلاث استجابات (نعم- أحيانا- لا) وتم تطبيق المقياس بطريقة فردية.

*** تقنين المقياس بحساب الصدق والثبات:****أولاً: صدق المقياس:**

تم اللجوء إلى طرق متنوعة لحساب صدق المقياس والتي منها ما يلي:

أ) صدق المحتوى: Content Validity

وتم التحقق من صدق المحتوى للمقياس بعرضه على (٨) من المحكمين المتخصصين في مجال الفئات الخاصة، وأساتذة القياس النفسي بالجامعات المصرية، للتحقق من مدى ملاءمة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب طيف التوحد، ومدى ملاءمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب طيف التوحد في الطفولة المتأخرة، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، مدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أنت لقياسه؛ بالإضافة إلى تقديم التوصيات والاقتراحات المناسبة.

وأشاروا الاساتذة المحكمين بمناسبة عبارات المقياس للفئة الدراسية من مرضى اضطراب طيف التوحد، ومدى ملائمة عبارات المقياس للعمر الزمني لفئة الدراسة من مرضى اضطراب طيف التوحد في الطفولة المتأخرة، ومدى وضوح تعليمات المقياس، ومدى وضوح العبارات ودقتها، مدى كفاءة عبارات المقياس لقياس ما أنت لقياسه؛ بنسب تراوحت (٨٧,٥% - ١٠٠%).

ثانياً: ثبات المقياس:

والذي تم حسابة عن طرق (التجزئة النصفية- واعدة تطبيق الاختبار).

أ - حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية: Split Half

وهنا قام "الباحث" بحساب الثبات على عينة مكونة من (ن = ٣٠) من الحالات التي تم تشخيصها من قبل الباحث على انهم من مرضى اضطراب طيف التوحد بتطبيق مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد وتطبيق قائمة المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد بالدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM V) من المترددين على مستشفى دميرة للصحة النفسية بالدقهلية بالعيادات الخارجية، ومستشفى المنصورة الجامعي بقسم النفسية والعصبية من غير عينة الدراسة الأساسية، بطريقة التجزئة النصفية، هذا بالاعتماد على كشف معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة المختارة على العبارات الفردية للمقياس، والعبارات الزوجية للمقياس باللجوء الي معادلات (سبيرمان/ براون، وألفا كرونباخ).

جدول (٧) معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد" بطريقة التجزئة النصفية:

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٨	٠,٨٩	٠,٨٥	مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد

ومن ثم قام "الباحث" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات $(2 \times r) \div (r + 1)$.

جدول (٨) معامل ثبات "مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد" بطريقة التجزئة النصفية:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٩٣	٠,٩٤	٠,٩١	مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد

وتشير النتائج في جدول (٨) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد بطريقة التجزئة النصفية.

ب- حساب معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار: Re-test

قام "الباحث" بإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية قدرها أسبوعان على نفس العينة (ن=٣٠) التي تم الاشارة اليها في حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

جدول (٩) معاملات الارتباط للتحقق من ثبات "مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٨٢	٠,٨٦	٠,٨٤	مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد

ومن ثم قام "الباحث" بحساب الثبات عن طريق معادلة الثبات $(2 \times r) \div (r + 1)$.

جدول (١٠) معامل ثبات "مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد" بطريقة إعادة تطبيق الاختبار:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سبيرمان/ براون	
٠,٩٠	٠,٩٢	٠,٩١	مقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد

وتشير النتائج في جدول (١٠) الي معاملات ثبات مرتفعة لمقياس الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد بطريقة إعادة تطبيق الاختبار.

* تصحيح المقياس:

يُصحّ المقياس وفقاً لثلاث مستويات للإجابة، وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى ارتفاع معدلات اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، والعكس صحيح. والدرجة من (٢٠ - ٣٠) تشير إلى أن الحالة لا تعاني من اضطراب الأرق. أما الدرجة من (٣١ - ٤٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب الأرق بشكل متوسط. أما الدرجة من (٤١ - ٦٠) تشير إلى أن الحالة تعاني من اضطراب الأرق بشكل شديد.

٣- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد

(ترجمة وتعريب وتفتين/ عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥)

تم تعريف المقياس مع الاحتفاظ بكل المكونات التي يتضمنها نظراً لأن الهدف الأساسي هو الوصول إلى تشخيص دقيق وصادق للحالة فيما يتعلق باضطراب التوحد، حيث تم تطبيق المقياس على أربع مجموعات وهي:

- أ. مجموعة التوحديين (٥١ حالة).
- ب. مجموعة المعاقين عقلياً (٥٧ حالة).
- ج. مجموعة المتأخرين دراسياً (٤٦ حالة).
- د. مجموعة ذوي صعوبات التعلم (٤٩ حالة).

وتم التحقق من صدق المحك التلازمي للمقياس من خلال ارتباط المقياس مع مقياس التوحدي من اعداد (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٥) حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (٠,٦١ - ٠,٧٣)، وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١)، وكذلك تم التحقق من صدق المحك التلازمي للمقياس من خلال ارتباط المقياس مع قائمة تقييم أعراض التوحد Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC، حيث تراوحت قيم معامل الارتباط بين (٠,٦٣ - ٠,٨٩)، وكانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠١)، كما تم التحقق من قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات التشخيصية المختلفة التي ضمت التوحديين، المتخلفين عقلياً، والمتأخرين دراسياً، وذوي صعوبات التعلم، حيث أظهر تحليل

التباين وجود فروق دالة بين هذه الفئات لحساب مجموعة التوحديين، مما يشير إلى إمكانية المقياس التمييز بينهم وبين المجموعات الأخرى.

وبالنسبة للثبات فقد تم استخدام عدة طرق مثل ثبات إعادة من خلال إعادة تطبيق المقياس حيث تراوحت قيم معامل الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠,٨٥ - ٠,٩٤)، كما تم اللجوء إلى ثبات المقدرين من خلال حساب ثبات الارتباط بين تقدير المعلمين والوالدين وتراوحت معاملات الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠,٨٧ - ٠,٩٥)، كما تم من جهة أخرى التحقق من ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ حيث تراوحت قيم معامل الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠,٨٤ - ٠,٩٢). بالإضافة إلى استخدام طريقة التجزئة النصفية وتراوحت معاملات الثبات وفق هذه الطريقة بين (٠,٧٨ - ٠,٨٥).

٤ - مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة لقياس الذكاء:

(تقنين/ صفوت فرج، ٢٠١١)

أولاً: صدق المقياس:

لقد اعتمد في حساب صدق المقياس علي الصدق الظاهري وصدق الارتباط بمحك، وكانت معاملات الارتباط تتراوح ما بين (٠,٧٩ - ٠,٨٩).

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب الثبات للاختبارات الفرعية المختلفة بطريقتي القسمة النصفية (فردى/ زوجي)، وقد أشارت النتائج إلى وجود معاملات ثبات مرتفعة، كما أتضح أن عامل المعلومات غير اللفظية هو أدنى ثبات حيث بلغ (٠,٧٧)، بينما كان عامل الاستدلال التحليلي اللفظي هو أعلاه حيث بلغ معامل ثباته (٠,٩٠)، وبصفة عامة تعد جميع معاملات الثبات مرتفعة، وحساب ثبات الاختبارات الفرعية العشرة بمعامل ألفا والتجزئة النصفية، وأشارت النتائج إلى أن المقياس يتسم بثبات مرتفع.

٥ - مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة:

(إعداد: عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)

يهدف إلى تحديد وضع الأسرة بالنسبة للمستوى العام للأسر المصرية؛ لأن الأسرة تعتبر البيئة الأولى التي ينشأ فيها الفرد وينمو وتوضع اللبنة الأولى لشخصيته، حيث تتفق النظريات النفسية على أن أسس شخصية الفرد توضع خلال السنوات الأولى من حياته، وهي التي تحدد بدرجة كبيرة نوعية شخصية الفرد، ولكي يتحقق الأسرة دورها في تنشئة الطفل بصورة متكاملة يتعين عليها توفير سبل الرعاية المناسبة له، بما يحقق إشباع حاجاته المختلفة (العضوية، والعقلية، والنفسية والاجتماعية...)، وإن نجاح الأسرة في إتمام عملية التنشئة الاجتماعية لأطفالنا بصورة مناسبة يرتهن بمختلف العوامل والظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تتوافر فيها.

وقد قام معد المقياس بتصنيف مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية إلى ثلاثة أبعاد كالآتي:

- بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) ويتكون من تسعة مستويات.
- بعد مستوى التعليم (للجنسين) ويتكون من ثمانية مستويات.
- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر، ويتكون من سبع فئات.

*تطبيق المقياس وتصحيحه:

١. تطبيق (استمارة جمع البيانات) على أحد الوالدين لأفراد العينة موضع الدراسة، مع اتخاذ مختلف الوسائل والأساليب اللازمة للحصول على بيانات دقيقة قدر الإمكان، وكذلك مراعاة أن تحاط تلك البيانات بالسرية كما أنها تستخدم لأغراض البحث العلمي فقط.
٢. تحويل البيانات الواردة في الاستمارة إلى درجات تعبر عن موقع الأسرة حسب مستويات كل بعد من الأبعاد الخمسة للمقياس، مع مراعاة الدقة في ذلك، وتسجيل تلك الدرجات في استمارة تفريغ البيانات.

جدول (١١) تصنيفات المستويات الاجتماعية الاقتصادية للأسرة على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة:

الدرجات	المستوى
---------	---------

الدرجات	المستوى
١٩ - ١٠	منخفض جداً
٢٩ - ٢٠	منخفض
٣٩ - ٣٠	دون المتوسط
٤٨ - ٤٠	متوسط
٥٨ - ٤٩	فوق المتوسط
٦٨ - ٥٩	مرتفع
٧٧ - ٦٩	مرتفع جداً

٦- البرنامج السلوكي القائم على الاسترخاء المتعدد في خفض معدلات الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد". (إعداد/ الباحث)

مقدمة:

يعرف البرنامج بأنه برنامج نفسي وتعليمي منظم في ضوء أسس وفتيات علمية تتضمن عددا من النشاطات والمهارات والتدريبات والمفاهيم، ويتم من خلال تدريب فردي وذلك من خلال تدريب كل فرد من أفراد العينة البحثية على فنية الاسترخاء المندرجة ضمن فنيات العلاج السلوكي لمساعدتهم علي خفض معدلات الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

أهمية البرنامج:

يعد البرنامج ذات أهمية واضحة في تعديل السلوك، حيث أن المشكلات النفسية والسلوكية غالبا ما تظهر بصورة واضحة في مرحلة الطفولة المتأخرة، الأمر الذي يتطلب إرشادا، إلا ان اي مشكله سلوكيه أو نفسية لا تظهر بشكل مفاجئ حيث أن بدايتها وخروجها تكمن في مرحلة سابقة وأن مضاعفاتها تظهر في مراحل تالية، وهنا يبرز دور البرامج السلوكية في تلافي المشكلات النفسية والسلوكية حيث أن برنامج الدراسة الحالية يقوم على أساس مواجهة معدلات الأرق المرتفعة لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، الأمر الذي يتضح أهميته في النقاط التالية:

يتضمن هذا البرنامج مجموعة من الفنيات والأنشطة والتكتيكات التي تساعد أفراد العينة البحثية على مواجهة معدلات الأرق المرتفعة والعمل على انخفاض تلك المعدلات المرتفعة للأرق.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى مساعدة أفراد العينة البحثية باستخدام العلاج السلوكي الفردي، ومساعدتهم على مواجهة معدلات الأرق المرتفعة، ومحاولة التخلص من هذه المعدلات ومحاولة خفض تلك المعدلات والوقاية من الانتكاسة والتأكيد على أن دور المشاركين يكمن في عملية التعليم واستخدام البناء السلوكي الصحيح، وأن البرنامج ما هو إلا محاولة للعمل على التركيز على قدرة المشاركين على الإصرار والتفنيـد وحل المشكلات بالأساليب الواقعية. وينبثق من هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف هي:

أ - هدف علاجي:

ويتمثل في خفض الدرجة المرتفعة من معدلات الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد.

ب - هدف نمائي:

ويتمثل في إتاحة الفرصة أمام أفراد العينة البحثية إلى مزيد من النمو النفسي ومزيد من النضج عن طريق تعزيز مهاراتهم في مساعدتهم على التخلص من مثيرات الأرق.

ج - هدف وقائي:

ويتمثل في تحصين أفراد العينة البحثية نفسياً وتدريبهم على ممارسة مجموعة من الفنيات والتكتيكات السلوكية.

د - هدف سلوكي:

ويتمثل في كيفية مواجهة معدلات الأرق المرتفعة لدى مرضى اضطراب طيف التوحد.

الخلفية النظرية التي يعتمد عليها البرنامج:

ان المدرسة السلوكية قائمة على فكرة المثير والاستجابة والتعلم: الامر الذي ساهم بعد ذلك في التطور فيما بعد في السلوكية الجديدة في شكلها العلاجي الحديث والتي قامت جميع فنياتها على مفهوم المثير والاستجابة سواء في صورة التشريط الكلاسيكي او التشريط الإجرائي، فالمدرسة السلوكية تكون قائمة على ان السلوك الذي تشكل لدى الفرد لا يكون سلوك عشوائي ولكنه بمثابة رد فعل كان سبب في ظهوره (المثير)، ومن هنا يتضح لنا ان السلوك الانسان هو سلوك متعلم وهذا تبعا لرؤية المدرسة السلوكية، الامر الذي يشير إلى سهوله تطوير السلوك الإنساني او تعديله او تغييره، مادام هذا السلوك سلوك متعلم ومعروف سبب ظهوره أي (المثيرة المسئول عنه). وهذا يعطينا الفرصة والامل في تغيير سلوك مرضي اضطراب طيف التوحد والمتمثلة في اضطراب الأرق وسلوكياته، ويعتمد "الباحث" على فنية الاسترخاء كفنية تابعة للمدرسة السلوكية.

إعداد البرنامج:

تم بناء البرنامج وإعداده للتطبيق بعدد من الخطوات التالية:

1. الاطلاع على التراث السلوكي الذي يتناول ظاهرة اضطراب طيف التوحد، واضطراب الأرق، والعلاج السلوكي والنظريات المفسرة له والمتاحة في حدود علم "الباحث".
2. اشتق "الباحث" الإطار العام للبرنامج السلوكي ومادته العلمية وفنياته العلاجية من أساليب وفنيات المدرسة السلوكي لكل من بافلوف "Pavlov 1970"، وواطسون "Wastson" "1982"، بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال العلاج السلوكي والتي استعرضها "الباحث" بالتفصيل في الإطار النظري للدراسة.
3. قام "الباحث" بإعداد تصور مبدئي لخطة البرنامج وفنياته وعدد جلساته وبعض الموضوعات التي يحتويها وعرضه على مجموعة من أساتذة علم النفس في الجامعات المصرية وذلك لإبداء الرأي في مدي مناسبته من حيث الاستراتيجيات المستخدمة لمواجهة معدلات الأرق المرتفعة لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، وقد أيدت المجموعة معظم ما جاء في البرنامج وذلك قبل تطبيق البرنامج.
4. قام "الباحث" بتهيئة الظروف المناسبة لتطبيق البرنامج من حيث الزمان والمكان.
5. قام "الباحث" بتحديد العينة البحثية وتم الاتفاق على موعد ومكان جلسات البرنامج.

٦. ومن ثم قام "الباحث" بتطبيق جلسات البرنامج على أفراد العينة البحثية والخروج بمؤشرات ودلالات تختبر مدى فعالية البرنامج السلوكي.

الطريقة التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج أساساً على تبني طريقة علاجية فردية لما تتمتع به هذه الطريقة من مزايا وفوائد متعددة عن الطرق العلاجية الأخرى تكون منصبة على أن محور الاهتمام هو المريض، وهذا الأمر يكون بمثابة تشجيع للمريض على اجتياز جلسات البرنامج بشكل متعاون وفعال.

خطوات تنفيذ البرنامج السلوكي وإجراءاته:

يتكون البرنامج من (١٧) جلسة علاجية، بواقع جلستين أسبوعياً في كافة مراحل البرنامج عدا مرحلة المتابعة والرعاية فتطبق جلسات هذه المرحلة بواقع جلسة كل أسبوعين، ويتضمن البرنامج السلوكي ثماني مراحل هي كالاتي:

١ - مرحلة الإعداد القبلي: Pre-grouping Preparation

وتهدف هذه المرحلة إلى إعداد المجموعة وأولياء الأمور، وتهيئتها لتلقي المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من العمليات العلاجية، والتعارف بين "المعالج" وأفراد العينة البحثية وأولياء الأمور، والتعريف بأهمية البرنامج السلوكي وطبيعته والهدف منه لأولياء الأمور، وإزالة الغموض عن البرنامج السلوكي لأولياء الأمور، وتشجيع أولياء الأمور على ضرورة الالتزام والمشاركة الفعالة وتنفيذ الواجبات المنزلية التي يحددها "المعالج" في الجلسات القادمة. بالإضافة إلى بناء علاقة من الألفة بين "المعالج" وأفراد العينة البحثية من مرضى اضطراب طيف التوحد، وبناء الطمأنينة لدى أفراد العينة البحثية، وإزالة التوترات لدى أفراد العينة البحثية. وهذه المرحلة تستغرق (ثلاث جلسات)، وهي الجلسات رقم (١، ٢، ٣) من جلسات البرنامج السلوكي.

٢ - مرحلة التقييم القبلي: Pre-evaluation

وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلات الخاصة بأفراد الجماعة "تحديد طبيعتها وشدتها وكثافتها والتي تخص معدلات اضطراب الأرق، وذلك باستخدام مقياس اضطراب الأرق لدى

مرضى اضطراب طيف التوحد (إعداد/ الباحث)، ويكون هذا المقياس بمثابة التقويم القبلي لشدة معدلات اضطراب الأرق لدى أفراد المجموعة المتطوعة من مرضى اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى تنمية دافعية أولياء الأمور لعلاج أبنائهم. وهذه المرحلة تستغرق (جلسة واحدة)، وهي الجلسة رقم (٤) من جلسات البرنامج السلوكي.

٣ - المرحلة التنفيذية: Executive stage

وتهدف هذه المرحلة إلى أن يمارس مريض اضطراب طيف التوحد تمارين الشد والارتخاء لعضلات الرأس، وأن يمارس مريض اضطراب طيف التوحد تمارين الشد والارتخاء لعضلات الرأس والكتفين. وأن يمارس مريض اضطراب طيف التوحد تمارين الشد والارتخاء لعضلات اليدين. وأن يمارس مريض اضطراب طيف التوحد تمارين الشد والارتخاء لعضلات الصدر والبطن. وأن يمارس مريض اضطراب طيف التوحد تمارين الشد والارتخاء لعضلات القدمين. وأن يتعرض مريض اضطراب طيف التوحد للاسترخاء الذهني باستخدام موسيقى الاسترخاء في كل جلسة من جلسات المرحلة التنفيذية. وهذه المرحلة تستغرق (خمس جلسات)، وهي الجلسات رقم (٥، ٦، ٧، ٨، ٩) من جلسات البرنامج السلوكي.

٤ - مرحلة التقويم البعدي: Post-evaluation

وتهدف هذه المرحلة إلى إعادة تطبيق مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد للتأكد من فعالية الفنيات والتقنيات المستخدمة في البرنامج. والكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين هذا التطبيق والتطبيق القبلي الذي تم في الجلسة رقم (٤) من جلسات البرنامج السلوكي للتأكد من جوهريتها لتسجيل التقدم الذي أحرزته المجموعة العلاجية بالبرنامج. وهذه المرحلة تستغرق (جلسة واحدة) وهي الجلسة رقم (١٠) من جلسات البرنامج السلوكي. ويسير فورمتها وفق فورمات الجلسة رقم (٤) من جلسات البرنامج السلوكي.

٥ - مرحلة الإنهاء المؤقت: Termination Phase

وتهدف هذه المرحلة إلى استكمال ما تم نقاشه في الجلسات السابقة ويعلن فيها المعالج انتهاء البرنامج بشكل مؤقت في جو من المودة والإيجابية. وتستغرق هذه المرحلة (جلسة واحدة) هي الجلسة رقم (١١) من جلسات البرنامج السلوكي.

٦ - مرحلة المتابعة والرعاية: Follow up & after care

وتهدف هذه المرحلة إلى الاطمئنان على الحالات والمتابعة لها، والتأكد من عدم العودة والانتكاسة للمعدلات المرتفعة من الأرق. وتأكيد الوقاية من الانتكاسة، وصيانة ما تم اهداره بعد توقف البرنامج لفترة، والتدعيم المتبادل بين الحالات، ومواصلة التصدي للمشكلات المستقبلية المرتبطة بالانتكاسة والعودة للمعدلات المرتفعة من الأرق. وتستمر هذه المرحلة لمدة شهرين، وتستغرق هذه المرحلة (أربعة جلسات) بمعدل جلسة كل اسبوعين، وهي الجلسة رقم (١٢، ١٣، ١٤، ١٥) من جلسات البرنامج السلوكي.

٧ - مرحلة التقييم التتبعي: Up - evaluation

وتهدف هذه المرحلة إلى إعادة تطبيق مقياس (اضطراب الأرق لمرضى اضطراب طيف التوحد) للتأكد من استمرار فعالية البرنامج السلوكي لفترة ما بعد الإنهاء المؤقت. ويكون هذا بمثابة التقييم التتبعي، وهذه المرحلة تستغرق (جلسة واحدة)، وهي الجلسة رقم (١٦) من جلسات البرنامج السلوكي.

٨ - مرحلة الإنهاء العام: General Termination

وتهدف هذه المرحلة إلى استكمال ما تم نقاشه، وشكر الحالات وأولياء الأمور على الالتزام والتعاون، ثم يعلن فيها المعالج انتهاء البرنامج في جو من المودة والايجابية، وتستغرق هذه المرحلة (جلسة واحدة) هي الجلسة رقم (١٧) من جلسات البرنامج السلوكي، وهي الأخيرة في البرنامج، ويستكمل فيها ما تم نقاشه في جلسات البرنامج جملة، ثم يعلن فيها المعالج انتهاء البرنامج في جو من المودة والايجابية.

جدول (١٢) مراحل البرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد بعدد جلساته وزمن كل جلسة:

رقم المرحلة	اسم المرحلة	عدد الجلسات	زمن الجلسة
١	مرحلة الإعداد القبلي	(٣ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٢	مرحلة التقييم القبلي	(١ جلسة)	(٦٠ دقيقة)
٣	المرحلة التنفيذية	(٥ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٤	مرحلة التقييم البعدي	(١ جلسة)	(٦٠ دقيقة)
٥	مرحلة الإنهاء المؤقت	(١ جلسة)	(٦٠ دقيقة)

٦	مرحلة المتابعة والرعاية	(٤ جلسات)	(٦٠ دقيقة)
٧	مرحلة التقييم التبعي	(١ جلسة)	(٦٠ دقيقة)
٨	مرحلة الإنهاء العام	(١ جلسة)	(٦٠ دقيقة)

الأنشطة المستخدمة في البرنامج:

- ممارسة أنشطة الاسترخاء العضلي للرأس.
- ممارسة أنشطة الاسترخاء العضلي للرأس والكتفين.
- ممارسة أنشطة الاسترخاء العضلي لعضلات اليدين.
- ممارسة أنشطة الاسترخاء العضلي لعضلات الصدر والبطن.
- ممارسة أنشطة الاسترخاء العضلي لعضلات القدمين.
- ممارسة أنشطة الاسترخاء الذهني باستخدام الموسيقى الاسترخائية.

عينة البرنامج:

يطبق البرنامج السلوكي القائم على العلاج بالاسترخاء المتعدد على مجموعة من مرضى اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من اضطراب الأرق، والذي يشمل عددهم (١٠) حالات.

المدى الزمني للبرنامج:

تُفذ البرنامج في حدود (٦,٥) أسبوع، بواقع جلستين في الأسبوع، بالإضافة إلى (٨) أسابيع للمتابعة والرعاية اللاحقة، بواقع جلسة كل اسبوعين. وطُبق البرنامج في الفترة من (أول يونيو ٢٠٢١) حتى (نصف سبتمبر ٢٠٢١).

وتم عرض البرنامج على (٨) من المحكمين المتخصصين في مجال الفئات الخاصة، وأساتذة علم النفس بالجامعات المصرية للتحقق من مدى مناسبة المراحل الأساسية للبرنامج وعدد جلسات كل مرحلة، وأهداف الجلسات، والفنيات والتقنيات المستخدمة والوسائل المساعدة المستخدمة. وأشاروا الى مناسبة البرنامج للفئة البحثية في الدراسة.

(ج) - الأساليب الإحصائية:

استخدم "الباحث" الأساليب الإحصائية في هذه الدراسة للتحقق من صحة الفروض: الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، معامل ارتباط سبيرمان/براون، معامل ارتباط جتمان، معامل ارتباط ألفا كرونباخ، معامل (ويلكوكسن).

نتائج الدراسة وتفسيرها:

أولاً: عرض نتائج الفرض الأول وتفسيره:

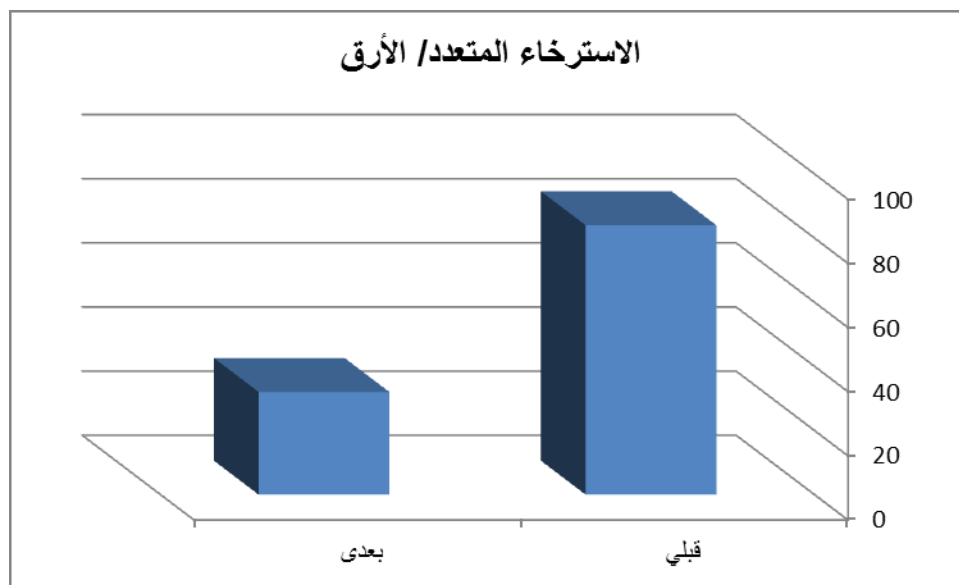
1 = يشير الفرض الأول إلى انه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد لصالح القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام "الباحث" باستخدام معامل (ويلكوكسن)، لحساب دلالة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة البحثية من مرضى اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من اضطراب الأرق قبل تطبيق البرنامج (ن = 10).

جدول (13) الفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة البحثية على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد باستخدام معامل ويلكوكسن "Wilcoxon"

المقياس	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمه Z	مستوي الدلالة
الأرق	قبلي/	-	10	6,50	65,00	3,87	0,01
	بعدي/	+	صفر	صفر	صفر		
	=	صفر					
	المجموع		10				

ويتضح من نتائج الجدول رقم (١٣) وجود فروق داله إحصائيا عند مستوي دلالة (٠,٠١) بين متوسط رتب الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة في القياس القبلي ومتوسط الرتب في القياس البعدي على مقياس الأرق لصالح القياس البعدي في الاتجاه الايجابي والذي يشير الي خفض معدلات اضطراب الأرق بعد البرنامج، وهذا يشير الى فعالية البرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في خفض معدلات اضطراب الأرق في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، وهو ما يؤكد تحقق صحة هذا الفرض.



شكل (١) التمثيل البياني لدرجات أفراد العينة البحثية المطبق عليهم البرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد للقياسين (القبلي والبعدي) على مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد.

- تفسير نتائج الفرض الأول:

أكدت نتائج الدراسة الحالية إلى انه "باستخدام البرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد يؤدي الى انخفاض معدلات اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد".
وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات التي كانت تسعى لكشف مدي فعالية فنية الاسترخاء في خفض معدلات الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد وجاءت هذه النتيجة

متفقة مع دراسة "Lau, M., Ting, E., 2017" والتي اشارت نتائجها الى نتائج إيجابية لجميع المجموعات (أي المجموعات منخفضة وعالية الأداء ومجموعات الأعراض الخفيفة إلى المتوسطة والشديدة) من حيث التغيرات العصبية الفسيولوجية، والأداء فيما يتعلق بالتدابير العصبية والنفسية، والتغيرات السلوكية الواضحة. وتحسين معدلات الأرق لدى افراد العينة البحثية. وتم العثور على نتائج غير متسقة لمجموعة (PMR)، حيث تم العثور على تدهور في السلوك بعد العلاج. كان لـ (PMR) بعض الآثار الإيجابية لمجموعة الأعراض الشديدة ومنخفضة الأداء فقط. لسوء الحظ تم العثور على سلوكيات نمطية متزايدة في المشاركين الذين يعانون من أعراض خفيفة إلى معتدلة، نتيجة مماثلة لمجموعة غير المعالجة في التجربة (1). الخلاصة: نتج عن (NYG) مجموعة واسعة من التحسن بعد التدخل لمدة أربعة أسابيع وخففت من الأعراض السلوكية واضطراب الأرق المصاحب لاضطراب طيف التوحد بطريقة متسقة. الأطفال الذين يعانون من التوحد (PMR) أو ظروف عدم العلاج كانت لها نتائج غير متسقة. هذه المعلومات تستحق المشاركة مع آباء الأطفال المصابين بالتوحد، لأنها قد تمكنهم من الحصول على فهم أفضل لأشكال العلاج المختلفة.

كما تتفق مع دراسة كور "Kaur, M., 2016" والتي اشارت الى أن افراد العينة البحثية قاموا بتحسين الأداء الحركي الإجمالي، ودقة التقليد، والاستجابة لعروض الاهتمام المشترك في الاختبارات الموحدة بعد تدخل اليوجا. بالإضافة إلى ذلك أظهرت الحالات تحسينات خاصة بالتدريب في تقليد أوضاع اليوجا ومهارات الاتصال خلال جلسات التدريب المتأخرة مقارنة بالجلسات المتوسطة والمبكرة. من حيث الاختلافات بين التدخلات الثلاثة القائمة على الحركة، بالإضافة الى تغييرات مماثلة متعلقة بالتدريب في الحركة والتواصل والحالات العاطفية للحالات بعد تدخل الموسيقى أو الروبوت أو اليوجا، بحيث قامت الحالات بتحسين المهارات الحركية والاتصال دون أي تغييرات في الحالات العاطفية بعد التدخل لاحظنا أيضاً الاختلافات المرتبطة بالمجموعة مثل: أن مجموعة اليوجا كانت مرتبطة بتعبير اجتماعي أكثر استجابة وتأثيراً مهتماً، وكان للمجموعة الموسيقية تأثير إيجابي وسلبي أكبر، وأخيراً ، كان لدى مجموعة الروبوتات قدر أكبر من التعبير الذاتي والتأثير السلبي مقارنةً بالمجموعتين الأخريين. بشكل عام، وتشير الأدلة الحالية إلى أن التدخلات القائمة على الحركة والتي يتم تقديمها في سياقات جذابة وخلاقة يمكن أن تكون أدوات واعدة للتخفيف من التواصل الاجتماعي الأساسي، فضلاً عن الإعاقات الحركية

الثانوية للمصابين باضطراب طيف التوحد (ASD). بالإضافة إلى ذلك أظهرت الحالات انخفاض في معدلات السلوكيات النمطية والقلق واضطرابات النوم.

كما تتفق مع دراسة "Curtiss, C., 2015" والتي اشارت نتائجها مدى فعالية فنية الاسترخاء في خفض معدلات الأرق ضمن اضطرابات النوم المصاحبة لأفراد العينة البحثية المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD)، وتتضمن التوصيات المستقبلية إيجاد طرق لتنفيذ برامج مماثلة في المدارس العامة الأخرى ومع مجموعات سكانية إضافية، ودمج الأبحاث المستقبلية لتشمل مكونًا وراثيًا وجينيًا من خلال إجراء دراسات تعاونية مع علماء الوراثة والمهنيين التربويين.

كما جاءت متفقة مع دراسة "Maskey, M. et al., 2014" والتي اشارت الى انه تمكن ثمانية من الحالات التسعة من معالجة حالة الرهاب لديهم. وأربعة من المشاركين تغلبوا تمامًا على رهابهم. وقد ظهر انعكاس هذا الأمر على خفض معدلات الأرق لدى عينة الدراسة. وتم الحفاظ على آثار العلاج في (١٢) شهرًا.

كما جاءت متفقة مع دراسة "Lee, C., Hsun, J., 2011" والتي اشارت نتائجها الى فعالية البرنامج القائم على الاسترخاء في إخراج الحالات الفسيولوجية وتوفير الوعي بالضغوطات الخفية، وتسهيل الفهم الاجتماعي وخفض معدلات اضطرابات النوم المصاحبة لحالات اضطراب طيف التوحد (ASD) من الحالات الغير ناطقه.

كما تتفق مع دراسة "Miller, D., 2011" والتي جاءت نتائجها تشير الى أن دورة اليوجا لمدة ستة أسابيع بشكل عام كان لها تأثيرات إيجابية إلى حد ما على عينة صغيرة من المصابين بالتوحد. على وجه الخصوص أبلغ جميع المشاركين عن تجربة إيجابية خلال سلسلة اليوجا. بالإضافة إلى ذلك أظهر تحليل مقاييس التوتر والقلق تقرير (SCAS) الذاتي وتقرير الوالدين (SCAS) والقسم السلوكي في (SIB- R) أن المشاركين حققوا انخفاضًا ملحوظًا في القلق والتوتر والفئات السلوكية وتحسين اضطرابات النوم. ومع ذلك لم يُظهر المشاركون تحسنًا ملحوظًا في الأداء اللاإرادي معدل ضربات القلب، نسبة (LF: HF)، وتقلب معدل ضربات القلب عالي التردد. بناءً على قيود هذه الدراسة المذكورة أعلاه، يجب أن يركز البحث المستقبلي على استخدام عينة أكبر من المشاركين، ومجموعة تحكم، والعشوائية، والمزيد من جلسات أخذ

العينات الفسيولوجية، من أجل السماح بتعميم أكبر وصورة أكثر اكتمالاً لاتجاهات التقارير. لا يزال الخلل الوظيفي في (ANS) عاملاً محتملاً في عدد السكان المصابين بمرض الزهايمر ولكن طبيعة الخلل لا تزال غير واضحة. مزيد من التحقيق في متغيرات (ANS) في (ASD) ضروري لتحديد كيف وما إذا كانت اليوجا ستكون فعالة لمن يعانون من تشخيص اضطراب طيف التوحد والقلق واضطرابات النوم.

كما جاءت متفقة مع دراسة "Kampfer, B., 2008" والتي اشارت نتائجها الى مدى فعالية النمذجة الذاتية للفيديو القائمة على تعلم الاسترخاء في تحسين أعراض القلق والمزاج واضطرابات الاستجابات العاطفية واضطراب الأرق ضمن اضطرابات النوم لدى افراد العينة البحثية من مرضى اضطراب طيف التوحد (ASD). كما أضافت نتائج الدراسة الحالية إلى مجموعة الأدبيات الناشئة حول (VSM) كتدخل محتمل للطلاب المصابين بالتوحد، ولكن مع نتائج وآثار مختلطة للدراسات المستقبلية.

وجاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع ما نادى به "Borkovec" في ان التدريب على الاسترخاء التدريجي كان فعالاً في تحسين كمن بداية النوم إلى الأفراد الذين يعانون من الأرق النفس فسيولوجي Psychophysiological Insomnia أو الأرق الذاتي الذي لا يرتبط بمحددات خارجية كالضوضاء أو العقاقير أو الاكتئاب (Borkovec, T., 1979: 54).

كما توصل "Van Oot et al." إلى أن الأنواع المختلفة للاسترخاء ذات فاعلية أو تأثير متساوي في علاج الأرق (Van Oot, P., et al., 1984: 683).

كما كانت اكثر النتائج وضوحاً هي التحسن في الوقت الذي يحتاجه المفحوص للدخول في النوم وقد امتدت هذه التأثيرات لمدة خمسة أشهر بعد العلاج (Harvey, A., Payne, S., 2002: 267).

ويري "الباحث" ان هذه النتائج تفسر في ضوء الأثر الإيجابي لمحتوي البرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد والذي عمل على توفير وتهيئة الجو النفسي الآمن، وسهل التطبيق لأعضاء المجموعة العلاجية، وسهل الإقبال على العملية العلاجية، والمشاركة والتفاعل الإيجابي، كما عمل على إعطاء مساحات نفسية، واجتماعية لأعضاء المجموعة لرؤية أنماط سلوكهم في المواقف التي يتعرضوا فيها للأرق، ودعوتهم للحكم على هذه التصرفات وتقويمها

ذاتياً، والتدريب على فنية الاسترخاء للمثيرات التي تثير الأرق لدى الحالات كي يحدث انخفاض معدلات الأرق، وحل المشكلات والمراقبة الذاتية، وهو ما تحقق لدى أفراد المجموعة التي تم تطبيق البرنامج عليها والتي كانت متمثلة في مرضى اضطراب طيف التوحد المصاحبين بمعدلات مرتفعة من اضطراب الأرق قبل تطبيق البرنامج السلوكي.

ثانياً: عرض نتائج الفرض الثاني وتفسيره:

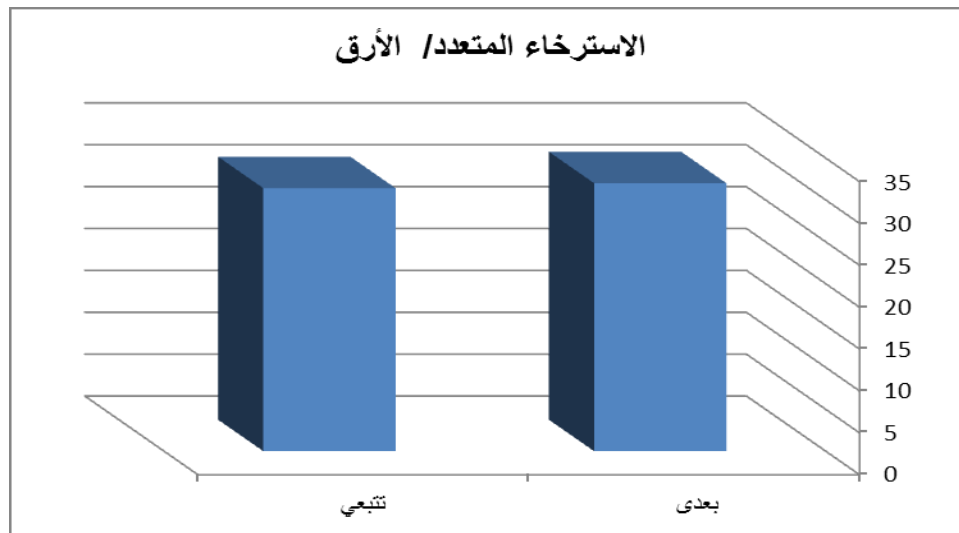
٣- يشير الفرض الثاني إلى انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد في اضطراب الأرق المصاحب لمرضى اضطراب طيف التوحد.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام معامل (ويلكوكسن)، للتحقق من دلالة الفروق الاحصائية بين القياس البعدي، والقياس التتبعي على مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، وهذا بعد فترة المتابعة والرعاية اللاحقة للبرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد.

جدول (١٤) الفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة البحثية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد باستخدام معامل ويلكوكسن "Wilcoxon"

المقياس	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمه Z	مستوي الدلالة
الأرق	بعدي/	-	٦	٣,١٢	١٨,٧٢	٠,٦٩	غير دال
	تتبعي/	+	٤	٢,٨٧	١١,٤٨		
	=	صفر					
	المجموع		١٠				

ويتضح من نتائج الجدول رقم (١٤) انه لا توجد فروق داله إحصائيا بين متوسط رتب الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة في القياس البعدي ومتوسط الرتب في القياس التتبعي على أبعاد مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، وهو ما يؤكد صحة هذا الفرض، الامر الذي يشير الى مدى استمرار فعالية البرنامج في خفض معدلات الارق لدى عينة الدراسة الامر الذي يشير الى عدم تعرض افراد العينة البحثية الى الانتكاسة الى ما كانوا عليه من ارتفاع معدلات الارق.



شكل (٢) التمثيل البياني لدرجات أفراد العينة البحثية المطبق عليهم البرنامج السلوكي القائم على فنية الاسترخاء المتعدد للقياسين (البعدي - التتبعي) على مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد.

التوصيات والبحوث المقترحة:

يختتم "الباحث" بعرض مجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة التي تفيد دراستها في استكمال الجهود التي يمثلها البحث الحالي:

أولاً: توصيات الدراسة:

١. أهمية الدعم الكامل الرسمي والأهلي لبرامج العلاج النفسي الموجهة لمرضى اضطراب طيف التوحد.

٢. الحاجة إلى طرح أفكار جديدة مبتكرة للتعامل مع الاضطرابات النفسية لدى مرضى اضطراب طيف التوحد بحيث توائم حجم الانتشار.

٣. عقد محاضرات لتوعية الاخصائيين النفسيين المشتغلين بمجال الاعاقات عامة واضطراب طيف التوحد خاصة بمجموعة الاضطرابات النفسية التي يمر بها مرضى اضطراب طيف التوحد خاصة بمرحلة المراهقة.

٤. بث البرامج الإعلامية المسموعة والمرئية التي تقدم الوعي لأولياء الامور وحثهم على كيفية التعامل مع الابناء المصابين باضطراب طيف التوحد والمصاحب لهم بعض الاضطرابات النفسية.

٥. التنسيق والدعم التكاملية بين مؤسسات المجتمع لتقوم كل مؤسسة بدورها الفعال في مواجهة انتشار اضطراب طيف التوحد المصاحب لهم معدلات مرتفعة من الاضطرابات النفسية.

٦. إجراء دراسات مسحية واسعة يعتمد عليها في التخطيط للمعالجة العلاجية والوقائية.

ثانياً: البحوث المقترحة :

- ١- دراسة حالة إكلينيكية من مرضى اضطراب طيف التوحد.
- ٢- إجراء دراسات تهتم بمعرفة الفروق بين الجنسين من المراهقين من مرضى اضطراب طيف التوحد في الاضطرابات النفسية المختلفة.
- ٣- فعالية برنامج إرشادي للوقاية من الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى اضطراب طيف التوحد.

المراجع:

١. إجلال محمد سري (٢٠٠٠): علم النفس العلاجي، ط (٢)، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
٢. اسامة كامل راتب (١٩٩٨): دوافع التفوق في النشاط الرياضي، دار الفكر العربي، القاهرة.

٣. سلمى حنوش (٢٠١١): فاعلية برنامج مستند إلى العلاج المتمركز حول الانفعالات في إثراء العلاقة الزوجية وتحسين تقدير الذات لدى المتزوجين، أطروحة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان.
٤. صفوت فرج (٢٠١١): مقياس بينية الصورة الخامسة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٥. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥): مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٦. عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠): العلاج النفسي الحديث، قوة للإنسان، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، الكويت.
٧. عبد العزيز الشخص (٢٠١٣): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٨. عبير الجودر (٢٠١٣): العلاقة بين مهارات قراءة العقل والتفاعل لدى الأطفال التوحيدين بمملكة البحرين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي، البحرين.
٩. نبيلة ميخائيل يوسف (١٩٩٩): العلاج الموسيقي، مكتبة الكتب العربية، كلية التربية النوعية، جامعة عين شمس، القاهرة.
١٠. وليد الشطرات (٢٠٠١): فاعلية برنامج جمعي سلوكي معرفي في معالجة الأرق وخفض التوتر، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.
11. Bootzin, R., Rider, S. (1997): Behavioral techniques and biofeedback for insomnia. In. D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), Science and practice FO cognitive behavior therapy, New York: Oxford University press. PP: 315- 317.

12. Borkovec, T., Grayson, J., O' Brien, G., Weerts, T. (1979): Relaxation treatment of pseudo insomnia and idiopathic insomnia: An electroencephalographic evaluation. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. (12), PP: 37-54.
13. Clarkson, E. (2016): The relationship between sleep and daytime behavior in children with autism spectrum disorder, D. Cline. Psy, University of Birmingham (United Kingdom). Ann Arbor, United States, P: 99.
14. Colten, H., Altevogt, B. (2006): Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem, The National Academy Press Washington, PP: 88- 95.
15. Curtiss, C. (2015): Exploratory Evaluation of an Epigenetic Focused Classroom Program for Adolescents with Autism, Ph.D., North central University, Ann Arbor, United States.
16. Ford, E., Ptasznik, G., Blumberg, M., Clayton, S., Beeching. S. (2010): Puberty a guide for teenagers with an Autism Spectrum Disorder and their parents, Victoria: La Trobe University, PP., 514- 518.
17. Frank, L., (2015): Best practices for transitioning adolescents with Autism Spectrum Disorder into adulthood (Master Thesis) Retrieved from [http://fisherpub.sifc.edu/ education_ETD_masters](http://fisherpub.sifc.edu/education_ETD_masters), PP., 612-655. 12/06/2019, 3.35 PM.
18. Gallatin, J., (1982): Abnormal psychology, Macmillan, N. Y. PP: 185- 188.
19. Grinstein, R. (2002): Insomnia Diagnosis and management. Australian family Physician, 31 (11), PP: 4- 6.

20. Harvey, A., Payne, S. (2002): The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: Distraction with imagery versus general distraction. Behavior Research and Therapy, Vol. (40), PP. 267- 269.
21. Kampfer, B. (2008): The effect of video self-modeling on teaching relaxation techniques in children with autism spectrum disorders in school-based settings, Ph.D., University of Kentucky, Ann Arbor, United States.
22. Kaur, M. (2016): Creative yoga intervention for children with Autism Spectrum Disorder, Ph.D., University of Delaware, Ann Arbor, United States.
23. Kawabe, K., Horiuchi, F., Oka, Y., Ueno, S. (2014): The Melatonin Receptor Agonist Ramelteon Effectively Treats Insomnia and Behavioral Symptoms in Autistic Disorder, Journal Article, United Kingdom, New York, 22 (5), PP: 66- 75.
24. Lau, M., Ting, E. (2017): Treatment Effects of Chan-based Mind Body Exercise and Progressive Muscle Relaxation on Impulse Control and Cognitive Flexibility of Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial, Ph.D., The Chinese University of Hong Kong (Hong Kong), Ann Arbor, United States.
25. Macneelly, C., Blanchard, J. (2010): The teen years explained: a guide to healthy adolescent development, John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Adolescent Health, PP., 855- 864.
26. Maskey, M., Lowry, J., Rodgers, J., Mc Lee, C., Hsun, J. (2011): Externalizing and Interpreting Autonomic Arousal in People

- Diagnosed with Autism, Ph.D., Massachusetts Institute of Technology, Ann Arbor, United States.
27. Mellinger, G., Bather, M., Uhlenhuth, E. (1985): Insomnia and Its treatment: Prevalence and Correlates. Archives of General Psychiatry, (42), PP: 225- 228.
 28. Miller, D. (2011): The effectiveness of yoga and conscious breathing training on heart rate variability in children diagnosed with autism, Syed. Alliant International University, San Diego, Ann Arbor, United States.
 29. Morin, C. (1993): Insomnia- Psychological Assessment. New York: The Guilford Press. PP: 13- 29.
 30. Perumal, p., Monti, J., Monjan, A. (2010): Principles and Practice of Geriatric Sleep Medicine, Cambridge University Press: UK, PP: 77- 89.
 31. Schipkowensky, N. (1977): Musical therapy in the field of Psychiatry and neurology. In CRICHLEY & HENSON, PP: 433- 445.
 32. Souders, Margaret. (2008): Sleep behaviors and sleep quality in children with Autism Spectrum Disorders, Ph.D., University of Pennsylvania, Ann Arbor, United States, P: 133.
 33. Van Oot, P., Lane, T., Borkovec, T. (1984): Sleep disturbance. In H. E. Adams & P.B. Sucker (Eds). Comprehensive handbook of psychopathology, New York: Plenum Press. PP: 683-723.
 34. Wilson, S., Nutt, D., Alford, C., Angelopoulos, S., Baldwin, D., Bateson, A., Britton, T., Crowe, C., Dijk, D., Espie, A., Gringras, P., Hajak, G., Idziowski, C., Nash, J., Seasick, H., Sharpley, L.,

- Wade, G. (2010): British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence- based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders, Journal of Psychopharmacology, 24 (11) P: 645- 673.
35. World Health Organization (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. PP: 198- 208.
36. World Health Organization. (2017): International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics, eleventh revision (ICD 11). USA, PP: 216- 218.

ملحق رقم (١)

"مقياس اضطراب طيف التوحد"

إعداد

أ.م.د/ محمد حسين محمد سعد الدين

ملحق رقم (١)

"مقياس اضطراب طيف التوحد" (إعداد/ الباحث)

• تعليمات الفاحص:

يقوم الفاحص بعرض المقياس على (ولي الأمر، أو القائم بالرعاية، أو معلم الفصل، أو الأخصائي) الخاص بالحالة، فلا بد من توافر صلة علاقة قوية مع الحالة، وتوافر الوقت الزمني المناسب لهذه العلاقة القائمة بين من يدلي بالإجابة على عبارات المقياس وبين الحالة.

• تعليمات التطبيق:

يتضمن المقياس (٤٠) عبارة تهدف الى تشخيص اضطراب طيف التوحد، يرجى قراءة العبارات جيداً والاجابة بدقة شديدة على عبارات المقياس بوضع علامة (√) أمام الاستجابة المناسبة للحالة، ضمن ثلاث استجابات (نعم- احياناً- لا)، ويوضح المثال الآتي ذلك:

رقم العبارة	العبارة	الاستجابات		
		نعم	احياناً	لا
١	يصعب عليه النظر مباشرةً في عيون الآخرين	√		

• المعلومات الخاصة بمن يقوم بالإجابة على عبارات المقياس:

- الاسم:
- علاقته بالحالة:
- مدة التعامل مع الحالة:

• المعلومات الخاصة بالحالة:

المفحوص:	.....	الجنس	.....
تاريخ الميلاد:	.....	المدرسة:	.....
تاريخ التطبيق:	.....	الصف الدراسي:	.....
عمر المفحوص:	.....	الجهة القائمة بالرعاية التأهيلية العلاجية:	.....

"مقياس اضطراب طيف التوحد" (مقياس سيكومتري)

(إعداد/ الباحث)

م	العبارة	الاستجابات		
		نعم	أحيانا	لا
١	يصعب عليه النظر مباشرة في عيون الآخرين			
٢	يأخذ ممتلكات الغير متجاهل رد فعلهم			
٣	يتجنب الابتسامه للآخرين			
٤	يتجاهل أحاديث الآخرين له			
٥	يصعب عليه تكوين جملة مرتبه مثل: (عايز اروح اشترى)			
٦	يصرخ عند طلب شيء أخذ منه			
٧	يتجاهل إشارات التحية الموجهة له (كالتلويح باليد)			
٨	يرتب ممتلكاته بشكل روتيني وثابت في كل مره			
٩	لديه حركات نمطية متكررة مثل (هز اجزاء من الجسم كالرأس)			
١٠	ينظر الى الأشياء التي يمسك بها عن طريق قُربها الشديد لعينه			
١١	يضحك ضحك هستيري بصوت عالي في بعض الأوقات فجأة دون سبب			
١٢	يصعب عليه فهم مدح الآخرين له			
١٣	يرفض مساعدة الآخرين له			
١٤	لديه حركات نمطية متكررة مثل (الدوران حول نفسه)			
١٥	يفتقد التعبير عن المشاعر			
١٦	لديه اهتمام بالغ بأشياء بعينها مثل: (لعبة معينه)			
١٧	يفتقد استخدام الضمائر في الجمل مثل: (أنا عايز أكل)			
١٨	يصعب عليه التواصل البصري لفته طويله مع من يتحدث معه			
١٩	يقوم بحركات غريبه مع الموقف مثل: (التصفيق)			
٢٠	ينشغل بأصوات التلفزيون			

م	العبارة	الاستجابات		
		نعم	أحيانا	لا
٢١	يفضل البقاء بمفرده			
٢٢	يدخل غرف الآخرين دون استئذان			
٢٣	يشم أشياء غريبة مثل: (اللعب)			
٢٤	يقوم بحركات غريبه مع الموقف مثل: (القفز)			
٢٥	يحاول أن يتذوق أشياء غريبه مثل: (الاسطح الزجاجية- أو الالعب الذي يمسكها في يده)			
٢٦	لديه اهتمام بالغ بأشياء غريبة مثل (علب الشامبو- أو زجاجة منظفات)			
٢٧	سريع التقلب في مشاعرة من الحزن الى الفرح، أو العكس			
٢٨	يستجيب للأصوات المنخفضة			
٢٩	يكرر الأصوات لجذب انتباه الآخرين			
٣٠	يوزع نظراته على المكان الذي يتواجد فيه بطريقة عشوائية			
٣١	يبيدي مشاعر الخوف دون سبب واضح			
٣٢	يستخدم الاختصارات في كلامه مثل (أشترى)			
٣٣	يصعب عليه فهم تعبيرات وجهه الآخرين			
٣٤	يصرخ في بعض الأوقات فجأة دون سبب			
٣٥	يصدر أصوات غريبه في بعض الأوقات مثل: (إممم- او إنننن)			
٣٦	يؤدي نفسه وقت البكاء مثل (شد الشعر- أو يرمي بنفسه على الارض- أو يخربش وجهه)			
٣٧	يصعب جذب انتباهه عند مناداته باسمه			
٣٨	يصعب عليه فهم مشاعر الآخرين مثل (الغضب)			
٣٩	يرفض العناق			
٤٠	يصعب تغيير مزاجه الحاد			

ملحق رقم (٢)

"مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد"

إعداد

أ.م.د/ محمد حسين محمد سعد الدين

ملحق رقم (٢)

"مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد" (إعداد/ الباحث)

• تعليمات الفاحص:

يقوم الفاحص بعرض المقياس على (ولي الأمر، أو القائم بالرعاية، أو معلم الفصل، أو الأخصائي) الخاص بالحالة، فلا بد من توافر صلة علاقة قوية مع الحالة، وتوافر الوقت الزمني المناسب لهذه العلاقة القائمة بين من يدلي بالإجابة على عبارات المقياس وبين الحالة.

• تعليمات التطبيق:

يتضمن المقياس (٢٠) عبارة تهدف الى تشخيص اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد، يرجى قراءة العبارات جيدا والاجابة بدقة شديدة على عبارات المقياس بوضع علامة (√) أمام الاستجابة المناسبة للحالة، ضمن ثلاث استجابات (نعم- احيانا- لا)، ويوضح المثال الآتي ذلك:

رقم العبارة	العبارة	الاستجابات		
		نعم	احياناً	لا
١	يصعب تنظيم مواعيد نومه	√		

• المعلومات الخاصة بمن يقوم بالإجابة على عبارات المقياس:

- الاسم:
- علاقته بالحالة:
- مدة التعامل مع الحالة:

• المعلومات الخاصة بالحالة:

المفحوص:	.....	الجنس	.....
تاريخ الميلاد:	.....	المدرسة:	.....
تاريخ التطبيق:	.....	الصف الدراسي:	.....
عمر المفحوص:	.....	الجهة القائمة بالرعاية التأهيلية العلاجية:	.....

"مقياس اضطراب الأرق لدى مرضى اضطراب طيف التوحد" (مقياس سيكومتري)

(إعداد/ الباحث)

م	العبارة	الاستجابات		
		نعم	أحياناً	لا
١	يصعب تنظيم مواعيد نومه			
٢	يتقلب كثيراً أثناء النوم			
٣	يصعب عليه العودة الى النوم بعد الاستيقاظ			
٤	يجلس يقظاً على السرير أثناء الليل			
٥	يؤذي نفسه بشد شعرة بسبب ما يعانیه من قلة النوم			
٦	يصعب عليه الدخول في نوم عميق			
٧	ينام في النهار لمدة ساعة رغباً عنه			
٨	لديه حالة من الخمول أثناء النهار			
٩	لديه حالة من التعب ونقص الطاقة أثناء النهار			
١٠	يواجه صعوبات في النوم			
١١	يظهر نوبات غضب تجاه الآخرين			
١٢	في بداية النوم يكون متوتراً			
١٣	يستيقظ مرات عديدة أثناء الليل			
١٤	لكي ينام يحتاج وقت طويل			
١٥	يواجه صعوبات النوم			
١٦	يظهر في حالة قلق أثناء اليوم			
١٧	يظهر بشكل عدواني			
١٨	يفتقد الى النوم لساعات مناسبة (٦ - ٨) ساعات يومياً			
١٩	يعاني من فقدان الشهية			
٢٠	يصعب الاستمرار في النوم حتى الصباح			