

## تأخر النمو الجسدي لدى أطفال الرياض وعلاقته ببعض المتغيرات

ا.د. عامر محمد علي الأميري ا.م.د. ضحى عادل محمود العاني

الباحثة : رعد أحمد إبراهيم الشمري

جامعة بغداد/كلية التربية للبنات /قسم رياض الأطفال

## ملخص البحث :-

إنّ تعرض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة الى الأصابة بتأخر النمو الجسدي من أكثر المشاكل التي تؤثر في نفسية الطفل والوالدين معاً . لذا ينبغي في فترة الطفولة المبكرة أن تشبع فيها متطلبات هذه المرحلة، وإذا لم تشبع فمن الصعب جداً أن تعوض أو تشبع في مرحلة أخرى لأنها تكون مشغولة - عملية النمو- بأشباع متطلبات المرحلة الجديدة ، وحتى لو أشبعت تبقى ضعيفة وليست بالكفاءة التي تكون عليها فيما لو أشبعت في حينها . فملاحظة النمو الجسدي ومؤشراته المختلفة كالطول والوزن ومقارنتها بالمؤشرات العالمية في المراحل العمرية المتناظرة يساعد في تحديد وضع نمو الأطفال الجسدي ومدى تكيفهم وتكوين شخصياتهم، ولضمان توافر المواصفات العالمية الموجودة أو الأقتراب منها ، يفترض أن تتطابق النتائج في إي بلد مع هذه المواصفات ولاسيما مرحلة ما قبل المدرسة كونها مرحلة تكوين وبناء ونمو سريع ، لذا فمن الواجب توفير البيئة الملائمة ومستلزماتها والغذاء الصحي من قبل أولياء الأمور والمؤسسات المعنية بذلك .

وقد حددت هدف البحث الحالي بتعرف :

1- الكشف عن العلاقة بين تأخر النمو الجسدي لأطفال الرياض وكل من (الجنس ، عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، الوضع الاسري للوالدين ، التحصيل الدراسي للأب ، التحصيل الدراسي للام ، تدخين الام ، نوع الولادة) .

وتكونت عينة البحث من (400) طفل وطفلة من أطفال الرياض ، الذين إختيروا بصورة عشوائية طبقية من ( 24 ) روضة موزعة على مديريات التربية الست ، وتم الإستعانة بامهاتهم للإجابة على المعلومات العامة في المقياس ، أما فقرات المقياس التي تمثل علامات تأخر النمو فقامت الباحثة بتسجيلها بنفسها ، وهي (مجال العلامات الصحية التي تتكون من (8) فقرات ، مجال العلامات الحركية وتتكون من (9) فقرات ، مجال العلامات السمعية وتتكون من (8) فقرات ، مجال العلامات النطقية وتتكون من (17) فقرة ومجال العلامات السلوكية وتتكون من (16) فقرة)، أما مجال العلامات البصرية التي تتكون من (12) فقرة فقد تم تشخيصها من قبل (الفاحص البصري) ، وأصبح المقياس مكون من (70) فقرة بشكله النهائي. وتم إستخراج القوة التمييزية لفقرات مقياس تأخر النمو الجسدي وعلاقة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس وعلاقة درجة الفقرة بالمجال والثبات . وبعد تطبيق المقياس على أفراد العينة تم تحليل إستجاباتهم إحصائياً وتوصل البحث إلى النتائج الآتية :-

1 وجود علاقة بين متغيرات البحث دالة إحصائياً . وإن (عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، التحصيل الدراسي للام ، تدخين الام) لها مساهمة ذات دلالة إحصائية في تأخر

النمو الجسمي لدى أطفال الرياض (العينة) أما (الجنس ، نوع الولادة ، الوضع الأسري ، التحصيل الدراسي للأب) فلم تحظى بإسهام في المتغير التابع (تأخر النمو الجسمي) .

وصاغت الباحثة التوصيات والمقترحات على ضوء مأسفر عنه البحث من نتائج .

اهمية البحث والحاجة اليه: إن تعرض الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة الى الأصابة بتأخر النمو الجسمي من أكثر المشاكل التي تؤثر في نفسية الطفل والوالدين معاً (محسن، 2013:244) .لذا ينبغي في فترة الطفولة المبكرة أن تشبع فيها متطلبات هذه المرحلة، وإذا لم تشبع فمن الصعب جداً أن تعوض أو تشبع في مرحلة أخرى لأنها تكون مشغولة - عملية النمو- بأشباع متطلبات المرحلة الجديدة ، وحتى لو أشبعت تبقى ضعيفة وليست بالكفاءة التي تكون عليها فيما لو أشبعت في حينها . فملاحظة النمو الجسمي ومؤشراته المختلفة كالطول والوزن ومقارنتها بالمؤشرات العالمية في المراحل العمرية المتناظرة يساعد في تحديد وضع نمو الأطفال الجسمي ومدى تكيفهم وتكوين شخصياتهم، ولضمان توافر المواصفات العالمية الموجودة أو الأقتراب منها ، يفترض أن تتطابق النتائج في إي بلد مع هذه المواصفات ولاسيما مرحلة ما قبل المدرسة كونها مرحلة تكوين وبناء ونمو سريع ، لذا فمن الواجب توفير البيئة الملائمة ومستلزماتها والغذاء الصحي من قبل أولياء الأمور والمؤسسات المعنية بذلك(صابر، 2007:9) . وقد توصلت دراسة حديثة أجرتها منظمة الصحة العالمية (W.H.O)، وأعلنت نتائجها مؤخراً إلى أن جميع الأطفال في أي مكان في العالم يولدون بإستعداد متساوٍ للنمو ووفق نمط واحد من الطول والوزن (منظمة الصحة العالمية ، 2006:32) .لذا يجب أن يكون لرياض الأطفال دور أساسي ومهم في جميع المجتمعات في تنمية النمو الجسمي وفي الإكتشاف المبكر لتأخر النمو الجسمي للطفل (صابر، 2007:9) إذ تعد الروضة البيت الثاني بعد الأسرة التي تنمي فيها أبعاد النمو المختلفة للأطفال كما يكتسبوا فيها المفاهيم الأساسية والقيم الإجتماعية التي تؤهلهم للحياة المستقبلية (راتب وخليفة، 1999:8) . لذا وجه البحث إهتمامه في تعرف العلاقة بين تأخر النمو الجسمي لدى أطفال الرياض وبعض المتغيرات مثل (الجنس ، عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، الوضع الاسري للوالدين، التحصيل الدراسي للأب ، التحصيل الدراسي للام ، تدخين الام ونوع الولادة) . لذا كان من الواجب إعطاء معلمة رياض الأطفال دور فعال في الكشف عن علامات تأخر النمو الجسمي عند الأطفال بوقت مبكر من أجل مساعدتهم على تخطي هذه المشكلة التي تؤثر على حياتهم المستقبلية . كما إن الولادة قبل موعدها قد تؤدي إلى مشكلات في النمو الجسمي للطفل مثل نقص الاوكسجين يؤدي إلى خلل في الوظائف الحركية وكذلك الولادة بعد موعدها تؤثر على النمو الجسمي للطفل كإصابته بفقدان الشهية وبعض الإضطرابات الفسيولوجية(الطواب،2013:21) . وساهم نقص تغذية الام والطفل في زيادة نسبة وفيات الأطفال إلى الثلث من الإجمالي العالمي الكلي لعام ( 2005 ) (Black RE & Others,2008:66) وإن فقدان الشهية مشكلة تشغل تفكير الآباء والامهات لعدم تناول طفلهم الغذاء بالقدر والكمية الكافية لتحقيق النمو الجسمي السليم للطفل ، وكثيراً ما يجبرون الطفل على تناول الكميات وأنواع من

الأطعمة لا يرغب فيها وقد يعرضون الطفل على الطبيب بسبب هذه المشكلة . ويلاحظ إن نسبة الأطفال المصابين بفقدان الشهية تصل إلى ( 25%) من الأطفال، فالطفل عند الولادة يستمد مناعته من المناعة الطبيعية التي يحصل عليها من الرضاعة الطبيعية من حليب الام وتعتبر هذه المرحلة الاولى لمناعة الطفل . ثم تأتي المرحلة الثانية للمناعة وهي المناعة المكتسبة والمتمثلة في التحصين باللقاحات التي تقوم بتعريف الجهاز المناعي لدى الطفل بنوعية الفيروس أو البكتريا ليقوم الجهاز المناعي لدى الطفل ببناء الأجسام المضادة لكل لقاح فيروسي أو بكتيري وبالتالي بناء خط دفاع مناعي للجسم ضد الإصابه المفاجئة ببعض الفيروسات والبكتيريا والجراثيم . (منظمة الصحة العالمية، 2013:87) . حيث أشار الزهيري (2000) بأن النمو يعني تغيرات كمية في الحجم والبناء ، فالطفل لا يكبر جسماً فقط بل يزداد الحجم والبناء الداخلي للأعضاء الداخلية والمخ أيضاً . ونتيجة لنمو المخ يصبح الطفل أكثر قدرة على التعلم والتذكر والفهم ، فهو ينمو عقلياً كما ينمو جسماً (الزهيري، 2000:94) . كما تفيد أكثر الدراسات إن تعرض الأطفال لدخان السكائر يضر كثيراً بصحتهم ، فالأطفال الذين يعيشون مع امهات مدخنات يدخلون إلى المستشفيات بسبب إصابتهم بالتهابات في الجهاز التنفسي العلوي أكثر من أطفال العائلات التي لا يدخن إي من أفرادها . فالطفل الذي يعيش في عائلة مدخنة يتعرض إلى قصور في نمو الرئتين وقصور الوظيفة التنفسية وإفرازات مستمرة في الأذن الوسطى (عبد الرحمن، 2010:39)

وتوصلت بعض الدراسات إلى إنه إذا ماتابعت الام المدخنة أثناء الحمل التدخين فإنه بعد الولادة يتعرض طفلها إلى تأثيرات سلبية عديدة تؤثر على نواحي النمو المختلفة ، كما تسبب في نقص كمية الحليب لديها ومرور المواد السمية مثل (النيكوتين) الموجود في الدخان إلى حليب الام وينسبة ( 690) مل في اليوم مقارنة بحليب الام التي لا تدخن (عبد الرحمن، 2010:10) . وقد ثبت لعلماء النفس ان الخبرات المؤلمة في الطفولة تولد مواقف يدر فيها الطفل عدم تقبله من قبل الوالدين ، مما يشعره بعدم الأمان والتعاسة وتكوين مفهوم سلبى عن الذات مما يؤثر على توافقه في مراحل حياتها التالية ، لإنا حرماننا الرعاية الوالدية هو أو لا لأسباب المؤدية إلى الإضطراب في شخصية الأبناء ، وتتحدد درجة الضرر من الحرمان بمدى العلاقة بين الطفل والديه ، وتختلف باختلاف نوع الرعاية البديلة وحالة الطفل الصحة والظروف والملاسات المحيطة وقت الحرمان (احمد، 1997:96) .

#### هدف البحث

يسعى البحث تعرف :

- 1- العلاقة بين تأخر النمو الجسمي لأطفال الرياض وكل من (الجنس ، عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، الوضع الاسري للوالدين ، التحصيل الدراسي للأب ، التحصيل الدراسي للام ، تدخين الام ، نوع الولادة) .

حدود البحث (Research Limitation) :-

يتحدد البحث الحالي بـ : رياض الأطفال الحكومية في مدينة بغداد بجانبها الكرخ والرصافة من الأطفال المتواجدين في رياض الأطفال في مدينة بغداد من كلا النوعين (ذكور ، أناث) بعمر (روضة وتمهيدي) للعام الدراسي (2013 - 2014) .

#### تحديد المصطلحات (Definition of the Terms):-

فيما يأتي تعريفاً بالمصطلحات الأساسية التي وردت بالبحث :-

- النمو الجسمي **physical growth** عرفه كلاً من :-

1 اندرسون (1973) :- النمو الجسمي ليس مجرد إضافة أطوال إلى أطوال أو قدرة إلى قدرة بل هو عملية معقدة تهدف إلى تكييف البناء الجسمي ووظائفه فإن كل تغيير يعتمد على ماسبقه وهو بدوره يؤثر على مايليه (عقل، 1992:31) .

2 الهاشمي (1980) :- التغيرات التي تشمل شكل الجسم ، والأعضاء الظاهرة وحجمها كالتطول والوزن كما تشمل التغيرات الفسيولوجية في الغدد والأجهزة الداخلية في الجسم ، التي يمكن رؤية اثارها على الأعضاء الظاهرة والتغيرات التي تتعلق بالوظائف النفسية والعقلية والسلوكية والصحية واللغوية والبصرية والسمعية والحركية للفرد ، التي تتغير تبعاً لدرجة نضج الكائن الحي وتغيراته العضوية (الهاشمي، 1980:190).

3 - وناس وعبد الحميد (2006) :-زيادة كمية في الطول والوزن والحجم ، وتبدل نسب أبعاد الجسم ، وبدوره يؤدي إلى تغيير إيجابي أو تطور نوعي في السلوك والعمليات المعرفية والإنفعالية ، وبما إن النمو مستمراً فالطفل ينتقل من حركة الذراع الكلية إلى حركة الأصابع وحدها ، ومن الأصوات إلى الحروف إلى الكلمات ، ومن العمليات الحسية الحركية الى صنع الرمز الى العمليات الفكرية المجردة (وناس وعبد الحميد، 2006:32) .

-التعريف النظري للنمو الجسمي :-وقد تبنت الباحثة تعريف وناس وعبد الحميد ( 2006 ) تعريفاً نظرياً للنمو الجسمي .

- تأخر النمو الجسمي **physical growthRetardation** :- عرفه كلاً من:-

1-لطيف (1989) :-الطفل الذي يعاني من تأخر نمو طويل الأمد يؤثر على تطوره أو الوظيفة الطبيعية للجسم أو القدرة على التعلم (لطيف، 1989:414) .

2- الغنيم والبهبهياني ( 1997 ) :- حالة الطفل الذي يعجز عن الحصول على وزن مطرد يؤهله للنمو، أو يفقد شيئاً من وزنه بدون سبب ظاهري معلوم ، ولاسيما الأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين (4-6) سنوات (الغنيم والبهبهياني، 1997:239).

3-الظاهر ( 2008 ) :-أولئك الأطفال الذين لديهم قصور جسمي أو مشاكل صحية لا تجعلهم يسيرون بشكل طبيعي كأقرانهم ، أو قد تكون معرقة لتعليمهم ، وإلتحاقهم بالمدرسة إلا بتقديم خدمات خاصة وأدوات تدريبية وتسهيلات مناسبة تتلائم مع نموهم الجسمي (الظاهر، 2008:178) .

- 4 الجراح وآخرون ( 2009 ) :- الفرد الذي يعاني من عجز أو صعوبة في أداء وظائفه الفسيولوجية والنفسية الناتجة عن خلل جسمي أو عقلي دائم كالعجز في البصر أو السمع أو النطق أو الحركة وبهذا فإن العجز يعكس ما يترتب على الخلل في أداء الوظيفة والفاعلية لدى الفرد (الجراح وآخرون، 2009:32) .
- 5- منظمة الصحة العالمية ( 2013 ) :-عدم كسب الطفل للوزن بشكل طبيعي يرافقه بطء في النمو وقد يكون هذا البطء في كسب الوزن منذ الولادة أو حديث العهد ، بحيث إن وزن الطفل توقف عند حد معين أو عمر معين ولم يعد يتحسن أو إنه يزداد ببطء ، ويكون نتيجة عدم تلقي الطفل السرعات الحرارية لنموه ، أو إصابة الطفل بحالة مرضية معينة (منظمة الصحة العالمية، 2013:24).
- التعريف النظري لتأخر النمو الجسمي :- النقص في الوزن والطول وقصور وتعطيل في العضلات الكبيرة والصغيرة للجسم تحد من مقدرة الطفل على القيام بنشاطاته اليومية مما تسبب له مشاكل نفسية تؤثر على سلوكه الشخصي وتوافقه النفسي مع ذاته ومع الآخرين .
- التعريف الاجرائي لتأخر النمو الجسمي :-الدرجة التي يحصل عليها طفل الروضة وفق أداة تشخيص علامات تأخر النمو الجسمي الذي أعد لقياس هذا الغرض .
- أطفال الرياض :-Kindergarden's childrenعرفه كلاً من :-
- 1 العبيدي(1986) :- وهو الطفل الذي يدخل الروضة في العراق وقد أكمل عمر الأربع سنوات وهي المرحلة التي تسبق مرحلة المدرسة الابتدائية وتكون مدة قضاء الطفل فيها سنتين ، السنة الاولى (مرحلة الروضة) أو تكون مخصصة للأطفال الذين أكملوا الرابعة من عمرهم والسنة الثانية (مرحلة التمهيدي) وهي مخصصة للأطفال الذين أكملوا السنة الخامسة من العمر ويمكن أن تضم رياض الأطفال في العراق مجموعة من فئات عمرية تتراوح بين ( 3 سنوات و( 10 أشهر إلى (5 سنوات و(8 شهور في بداية العام الدراسي. و(4 سنوات و(7 شهور إلى (6 سنوات و(5 شهور بشكل عام في نهاية العام الدراسي (العبيدي، 1986:44) .
- 2 وزارة التربية ( 1989 ) :-هم أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية الذين يكملون الرابعة من عمرهم ولا يتجاوزون السادسة من العمر وهم ينقسمون إلى مجموعتين في مرحلتين هما مرحلة الروضة ومرحلة التمهيدي وتهدف الروضة إلى تمكين الأطفال من النمو السليم في جميع جوانبه الجسمية والعقلية وكذلك الوجدانية والخلقية والاجتماعية وفقاً لحاجات وخصائص مجتمعهم (وزارة التربية، 1989:12) .
- 3-الحمداني (2005) :-أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية الذين يكملون الرابعة من عمرهم ولا يتجاوزون السادسة من العمر، وهم ينتمون إلى مجموعتين تقسم إلى مرحلتين هما : مرحلة الروضة ، ومرحلة التمهيدي (الحمداني، 2005:16) .

-التعريف النظري لأطفالالرياض :-وقد تبنت الباحثة تعريف وزارة التربية ( 1989 ) تعريفاً نظرياً لأطفال الرياض .

### الفصل الثاني :

#### النظريات التي فسرت تأخر النمو الجسمي :-

- 1-نظرية معادلة توازن الطاقة ( Blance Equation the Energy ):يشير كل من العالمين (أتواتر وروزا) Atwater&Rosa بمساعدة Benedjct في الولايات المتحدة الأمريكية ( 1897-1905 ) إلىالنسب الحاررية التي تدخل الجسم أي (المكتسبة) يجب أن تساوي عدد السعراتالخارجة والتي يستهلكها الجسم (المستهلكة أو المصروفة) وذلك من أجل أن يحافظ الجسمعلى وزنه ، وبذلك تتحقق معادلة توازن الطاقة . (السعرات الحاررية التي يكتسبهاالجسم=السعرات الحاررية التي يستهلكها الجسم) . وإن التغييرات في وزن الجسم تحدثفي حالة عدم التوازن بين الطاقة المكتسبة والمستهلكة . وإن نقص عدد السعراتالمكتسبة عن المفقودة تؤدي إلى نقص الوزن وهذا مايسبب تأخر النمو الجسمي .وإن زيادة عدد السعرات المكتسبة عن المفقودة تؤدي إلىزيادة الوزن وإن تساوي عدد السعرات المكتسبة والمفقودة تؤدي إلى المحافظة علىالوزن (الهامشي، 2009:135) .
- 2-نظرية التوازن البيولوجي ( The Sptpoit Theory ) :- أكد (روبنر Rubner) وآخرون (1885-1910) إلى أن لكل فرد كفاية خاصه داخل أجهزته للسيطرة والتحكمفي وزن الجسم والدهون يطلق عليها نقطة التوازن أو الأستقرار ، وهذا يفسر عدم زيادةأوزان البعض على الرغم من تناولهم كميات كبيره من الطعام . ويعتمد هذا على مدى إستعداد الجسم لخزنكميات الدهن ومعدل التمثيل الغذائي ، إذ يعمل الجسم على موازنة كمية الدهنالمخزون سواء بعد مدة نقص الوزن أو زيادته وذلك من خلال درجة الشهية ومعدل التمثيلالأساسي سعياً للوصول إلى نقطة التوازن ويقوم الهايبوثلامس الموجود في المخ بتنظيمهذه العملية (الزهيري، 2000:150) .
- 3- نظرية التمثيل الغذائيالبيطيء( The Sluggish Metabolism ) :- يشير (روبنر)Rubner وآخرون (1885-1910) إلى أن الفرد الذي يتميزبانخفاض معدل التمثيل الغذائي القاعدي (Basal metabolic rate)يعني أنه يحتاج إلى مقدار أقل من السعرات الحاررية لكي يقوم جسمه بوظائفه الاعتيادية إذا ما قورن بشخص عادي الوزن .علماً بأن معدل التمثيل الاساسي القاعدي ، هو كمية الطاقة المستهلكة عند الراحة للحفاظ على الوظائف الحيوية للجسم (الزهيري، 2000:144) .
- 4- النظرية الفردية :- أكد أدلر(Adler) (1870-1937) على مشاعر النقص والعجز والكفاح من أجل التمييز والكمال وأعتبر مركب النقص (Inferiority Feeling)في الإنسان يرتبط بالعجز الطبيعي في بداية الحياة ومايدعمه من عوامل أخرى كالمرض والإصابات ، وإن مواجهة الموت الأساس لدافع الكفاح من اجل التغلب على مشاعر النقص والعجز، ثم من اجل التفوق(Superiority) والكمال ، وهذا الدافع يعتبر سويماً من وجهة نظر أدلر إذا بقي الفرد محافظاً

على أهدافه الاجتماعية ، الا انه قد يصبح مرضياً اذا فقد الفرد أهدافه الإجتماعية . ويمثل العدوان الأحساس بالكره نحو مشاعر العجز وعدم القدرة على تحقيق الأشباع ، ويمكن للعدوان أن يتحول بطرق عديدة عندما لا يستطيع الفرد توجيهه للموضوع الأساسي . ومنها تحول الدافع العدوانى إلى الغيرة ويمكن تحويل طاقة العدوان إلى دافع بديل آخر وتحويل العدوان إلى هدف آخر وتحويل العدوان إلى الذات . كما ربط أدلر فكرة العدوان بمشاعر العجز والنقص (Masculinit) ، كما ربط العدوان بالكفاح بالبحث عن التفوق (Striving For Superiority) . وأخيراً ربط العدوان بالكفاح من أجل تحقيق الذات والكمال (Striving For Perfection) . وبالرغم من أن العدوان دافع طبيعي من وجهة نظر أدلر لتحقيق ذاته ، فإن وجوده لا ينفي حاجة الإنسان للحب والعاطفة ولذا فهو يكافح من أجل تحقيق ذلك (الغامدي، 2010:132) .

حيث يرى أدلر ان الفرد يسعى بفاعلية لتحقيق غايات واهداف يسعى من خلالها لتحقيق التمييز والكمال والتغلب على مشاعر العجز . لقد تبني فكرة (Vaihinger) الغايات المثالية معتبراً الغاية (الهدف) النهائي وبأنه ذاتياً وان له معناه الشخصي لتحقيق وجوداً إيجابياً للفرد (العنابي، 2011:122) .

5-نظرية النمو والنضج العضوي النفسي :-لم يحدد (جيزلGesal) (1880-1961) مراحل النمو المختلفة عند الطفل بل أكتفى بدراسة النمو وعلاقة الطفل مع الآخرين منذ الولادة حتى ( 10 ) سنوات ومن (10) سنوات حتى ( 16 ) سنة .ويعلق " جيزل " أهمية كبرى على النضج العضوي للطفل من خلال نظريته في النمو ، وهي عبارة عن وظيفة تهدف إلى حفظ كيان الفرد العضوية ويرى جيزل أن كل طفل ينمو طبقاً لمخططة الخاص للنمو، وهو مخطط منظم من الداخل مع كل ما فيه من تأرجحات وتوقفات ونكوص وقفزات ويقترح أن نترك الطفل يفرض هو بنفسه نظام حياته على المحيطين به اعتماداً على مبدأ " الطلب الذاتي " أو " الانتظام الذاتي " وأكد جيزل على وجود أزمة في النمو تبدأ تقريباً من ( 3 ) سنوات عندما ينتقل الطفل من البيت إلى العالم الخارجي ومن ثم إلى المدرسة (العنابي، 2009:138) .

ويعتقد جيزل أن النمو يحدث بطريقة ثابتة ومنظمة داخلياً ومتدرجة وهذا النمو يشمل الأنسجة والأعضاء ، والوظائف والسلوك والثقافة والبيئة التي تعد مؤثرات ثانوية ، وأن العوامل البيئية ربما تكيف النمو لكنها لا تولده ولا تحدث تقدم فيه ، ويتم النضج من خلال الميكانيزمات المنتظمة المسؤولة عن تحديد اتجاه النمو الطبيعي للطفل ، الذي يبدو إنه يتم بطريقة منتظمة وغير معتمد على أي تدريب . كما يرى "جيزل" أن سلوك الطفل نمطي ويمكن التنبؤ به وأكد على أن معايير النمو ليست موحدة ، فهناك فروق فردية يمكن ملاحظتها، كما وصف مراحل معينة للنمو ولكنه لم يحدد الوقت الذي يصل فيه الطفل لهذه المراحل وأكد "جيزل" أن الشخصية ودرجة النمو والقدرات الخاصة يمكن أن تكون فردية وتختلف من شخص لآخر لذا فهو يركز على أهمية احترام فردية الطفل من

لحظة ميلاده . وينظر "جيزل" إلى النمو على إنه فطري وأن البيئة لها تأثير ثانوي في تكيف السلوك (العنابي، 2011:139).

6- النظرية البنائية المعرفية :- أكد (بياجيه) Piaget (1896-1980) أن هناك إتجاهان في التفسير النظري لعملية النمو :-

1 +الاتجاه الميكانيكي : وهذا الإتجاه يمثل عملية التعلم التي تفسر التغيير في إطار المدخلات والمخرجات ، بمعنى أن ما يتعرض له الإنسان من مؤثرات خارجية يحدث قدراً من التغيير يتناسب مع هذه المدخلات .

2 -اتجاه النظرة البنوية : يرى أن النمو يتميز بظهور أبنية جديدة ، وهي ليست إضافات كمية فحسب، بل تعتبر تغييراً في التنظيم ، فإذا نظرنا مثلاً إلى كيفية اكتساب الطفل اللغة نجد أن الإتجاه الميكانيكي يرى أن النمو يحدث كمياً ، فمن استخدام كلمة إلى كلمتين إلى ثلاث إلى الجملة... إلخ.

أما من الناحية البنوية فوجد بياجيه أن الإنتقال يعتبر عملية إعادة تنظيم أساسية في الأنظمة المعرفية والسمعية ، التي تؤدي إلى تكون البناء التالي ، ورغم أن كل بنية تتأثر بالبنية السابقة عليها، وتأخذ منها عناصر ، وتضيف إليها عناصر جديدة . وينتمي بياجيه إلى الإتجاه البنوي الذي يفسر النمو بناء على التغييرات الكيفية التي تحدث في البنية العضوية ، التي تقابلها تغيرات من الناحية السلوكية (عبد الهادي، 2007:35) .

دراسات سابقة تناولت تأخر النمو الجسمي :-

أ-الدراسات العربية :-

1 - دراسة (المغربي، 1999) :- (أثر برنامج التدخل التغذوي في نمو عينة من ناقصي الوزن من الأطفال الأردنيين)، أجريت الدراسة عام (1999) في مركز الامومة والطفولة في عمان وأشتملت عينة الدراسة على ( 64 ) طفل من الجنسين تتراوح أعمارهم بين ( 6 ) أشهر إلى ( 5 ) سنوات وهدفت الدراسة إلى تقييم برنامج تغذوي إرشادي على الأطفال المصابين بسوء التغذية ونقص النمو قبل سن المدرسة وبعدها تم استخدام مؤشرات قياسات الجسم والفحوصات السريرية والفحوصات المخبرية لكمية ونوعية الطعام وقد تم توزيع عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين ( 32 ) طفل في كل مجموعة ومتجانسين من حيث العمر والجنس (المجموعة أ والمجموعة ب) ثم طبق على المجموعة (أ) برنامج التدخل التغذوي الذي يتضمن استخدام برنامج للاغذية اليومية الضرورية لعملية اللحاق بالنمو ، كما استخدمت وسائل تعليمية كالصور والشرائح والمحاضرات المتعلقة ببرنامج التدخل التغذوي ، وأوضحت الدراسة أهمية استخدام البرنامج التغذوي في الإرشاد . وأظهرت النتائج أهمية التدخل التغذوي باستخدام برنامج تغذوي إرشادي يعتمد على الأغذية الغنية كماً ونوعاً مقارنةً بالمجموعة (ب) التي لم يطبق عليها البرنامج (المغربي، 1999:67) .



- 2 - دراسة (أبو أصيلح، 1993) :-** (تقييم الحالة الغذائية للأطفال دون سن الخامسة من العمر في مدينة بغداد) ، أجريت هذه الدراسة في بغداد وأقتصرت على خمس مراكز لرعاية الامومة والطفولة وأستهدفت مايلي :
- 1.دراسة الحالة الغذائية للأطفال دون الخامسة من العمر.
  - 2.إجراء الدراسات الأنثروبيومترية بشكل أساسي بقياس الوزن ، الطول، ومحيط الرأس ، محيط الذراع وسمك الجلد ومقارنتها بمعايير دولية. أجريت هذه الدراسة خلال المدة من اول كانون الأول (1992) وحتى آخر نيسان (1993) وقد طبق الأستبيان على عينة مكونة من (945) طفل من كلا الجنسين و لقد أظهرت نتائج الدراسة أن معدل أنتشار التقزم لدى هؤلاء الأطفال بلغ ( 11.7%) وهم الأكثر شيوعاً من بين أنواع سوء التغذية ومعدل أنتشار الهزال (أشد حالات سوء التغذية المقترن بالكواشيوركور) (4.6%) بينما بلغ معدل نقص الوزن ( 8.6%) من بين جميع الأطفال كما أن معدل أنتشار سوء التغذية بين الأطفال الذكور أعلى مما هو عليه بين الإناث. اضافة إلى ذلك تبين أن محيط الرأس ، ومحيط الذراع وسمك الجلد اقل مما هو عليه (أبو أصيلح، 1993:108) .
- 3 - دراسة (الباوي، 1996) :-** (تقييم الحالة الغذائية وعلاقتها بالنمو وفقر الدم الناتج عن نقص الحديد للأطفال بعمر المدرسة في مدينة بغداد) ، أجريت هذه الدراسة في بغداد وسعت إلى تقييم الحالة الغذائية للأطفال وشملت الاطفال بعمر ( 6 ) سنة ، وقد وجدت الباحثة أنتشار سوء التغذية بدرجاته الثلاث الخفيف والمتوسط والشديد وكانت نسبة المصابين بسوء التغذية بدرجاته الخفيفة هي الأكثر أنتشاراً وبلغت نسبة التقزم ( 18%) ونسبة الإصابة بالهزال ( 23%) كذلك أنتشار فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بين الأطفال (عينة البحث) حيث بلغت النسبة العامة (33.5) وكانت نسبة الذكور أكثر من الإناث بالإصابة بفقر الدم نتيجة لقلة تناول اللحوم الحمراء (الباوي، 1996:51) .
- 4 -دراسة (التميمي وآخرون، 2005) :-** (التقييم الصحي والعادات الغذائية غير السليمة لأطفال دور الحضانة في مدينة بغداد)، أجريت هذه الدراسة للتعرف على الحالة الصحية لأطفال دور الحضانة في مدينة بغداد وللتعرف على العادات الغذائية غير السليمة التي يمارسها هؤلاء الأطفال . وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن نسبة إصابة الأطفال عينة البحث بمرض الأسهال والإلتهابات التنفسية الحادة بلغت ( 8.3% و 11.7%) في حين بلغت نسبة الإصابة بالديدان المعوية (31.7%) . كما أظهرت النتائج أن نسبة أنتشار التقزم ونقص الوزن والهزال بين الأطفال المصابين بالديدان المعوية بلغت ( 10.5% و 15.8% و 21%) على التوالي وهي أعلى من نسبة الأنتشار بين الأطفال غير المصابين بالديدان المعوية التي بلغت ( 12% و 11% و 2.4% ) على التوالي .كما تشير نتائج الاستبيان الخاص بالعادات الغذائية غير السليمة الى انتشار ( 30 ) عادة غذائية غير سليمة بين اطفال عينة البحث ، وقد تراوحت درجات حدة هذه العادات بين ( 1.84 ) كأعلى درجة

حده متمثلة بفقره (يفضل الطفل تناول الحلويات والمعجنات بدلاً من الطعام في دور الحضانه) في حين بلغت أقل درجة حده ( 1.11 ) المتمثلة بفقره (لا يرغب الطفل بتناول طعامه في الحضانه) (التميمي وآخرون، 2005:393) .

5 - دراسة (الصميلي، 2011) :- (الإختيارات الغذائية لطفل الروضة وعلاقتها ببعض المتغيرات) ، أجريت هذه الدراسة للتعرف على الإختيارات الغذائية لطفل الروضة وعلاقتها ببعض المتغيرات في مدينة بغداد . وقد أظهرت هذه الدراسة أن الوزن المثالي لطفل الروضة بعمر ( 4-6 ) سنوات يكون (20) كيلوغراماً أما الطول فهو ( 112 ) سم . وقد تم التوصل إلى هذه النتيجة من خلال الدراسة التي قامت بها الباحثة بأخذ الوزن والطول كل شهر ولمدة ثلاثة أشهر وهذا جاء مطابق مع الجداول العالمية (الصميلي، 2011:74) .

ب-الدراسات الأجنبية :-

1 - دراسة (Noor,1992) :- (سوء التغذية وانماط الاستهلاك الغذائي في ماليزيا) ، أجريت الدراسة في ماليزيا وهدفت التعرف على وزن الاطفال ونسبة الوفيات بين الأطفال وظهرت النتائج أن ( 10% ) من أطفال الحضر يصابون بنقص الطاقة المزمّن لكلا الجنسين ، كما أن أطفال الحضر والريف مصابين بسوء التغذية (نقص البروتين والسعرات) وأن (إعتلال الصحة والتأخر الجسمي) ظهر واضحاً بين الأطفال الذين لا يعرف أبائهم القيمة الغذائية للأطعمة (Noor,1992:26) .

2 - دراسة (Jeyaseelan& Lassshman,1997):- (عوامل خطر سوء التغذية في جنوب الهند) ، أجريت الدراسة جنوب الهند وهدفت التعرف على تأثير العوامل البيئية والإجتماعية ونقص التغذية على صحة الاطفال بعمر ( 5-7 ) سنوات في المناطق الريفية وأظهرت النتائج (8.2%) لديهم إعتلال في صحتهم يعود إلى إنعدام التربية الغذائية لدى آبائهم، وأن ترتيب الطفل في العائلة وإنخفاض المستوى الأقتصادي يؤثر على النمو الجسمي للأطفال (Jeyaseelan& Lassshman,1997:23) .

3 - دراسة (Silva,1998) :- (تقييم الحالة التغذوية للطلاب بدوام كامل في المدارس العامة في البرازيل) ، أجريت الدراسة في البرازيل وهدفت التعرف على العلاقة بين النمط الغذائي للتلاميذ ومعايير (الوزن ، الطول ، العمر) وتكونت عينة الدراسة من ( 257 ) تلميذ بعمر ( 7-12 ) سنة يسكنون في المركز الثقافي الأمريكي ، وتوصلت النتائج إلى تأثير وزن وطول التلاميذ بالنمط الغذائي ، وأن ( 15.6% ) من التلاميذ يعانون من نقص التغذية الحاد بسبب تغذيتهم السابقة التي أثرت في نموهم اللاحق (Silva,1998:29) .

الفصل الثالث: إجراءات البحث (Search Procedures) :-

أولاً : مجتمع البحث (Research Community) :- يتكون مجتمع البحث من أطفال الرياض (روضة وتمهيدي) في الرياض الحكومية في مدينة بغداد للعام الدراسي ( 2013-2014) والبالغ عددهم (46933) طفل وطفلة موزعين على ( 166) روضة حكومية في المديرية العامة لتربية بغداد الست (بجانب الكرخ والرصافة) ملحق ( 1) (أ ، ب ، ج ، د ، هـ ، و ، ز) والجدول ( 1) يوضح ذلك .

ثانياً : عينة البحث (The Research Sample) :-تكونت عينة البحث من (400) طفل وطفلة من أطفال الرياض ، الذين إختيروا بصورة عشوائية طبقية من (24) روضة موزعة على مديريات التربية الست ، وتم الإستعانة بامهاتهم للإجابة على المعلومات العامة في المقياس ملحق (2) أما بقية الفقرات التي تمثل علامات تأخر النمو فقامت الباحثة بتسجيلها بنفسها، وإن أفراد عينة البحث تمثل نسبة (1%) من المجتمع الاصلي .

ثالثاً : أداة البحث (Search Tools) :-

1-أداة تشخيص تأخر النمو الجسمي :-قامت الباحثة ببناء أداة تشخيص لعلامات (تأخر النمو الجسمي لدى أطفال الرياض) وذلك لعدم توفر مقياس جاهز على حد علم الباحثة ، حيث إتبع في بناء فقرات المقياس ومجالاته الخطوات الآتية :-

أ-جمع الفقرات (Paragraphs Collection) :-من خلال توجيه (إستبيان مفتوح) ملحق (2) إلى عينة تكونت من (75) ام لديهن أطفال باوزان قليلة وأطوال قصيرة في (4) رياض وهي (روضة نوروز ، روضة العبير ، روضة النصر ، روضة السلام) . من مجتمع البحث ، والإطلاع على بعض الأطر النظرية والأدبيات التي تناولت (تأخر النمو الجسمي) .ويعد تحليل إجابات الإستبيان المفتوح تم صياغة الفقرات بصورتها الأولية وعددها (72) فقرة ملحق (4) موزعة على ست مجالات وهي (مجال العلامات الصحية التي تتكون من (10) فقرات ، مجال العلامات الحركية وتتكون من (9) فقرات ، مجال العلامات البصرية وتتكون من (12) فقرة ، مجال العلامات السمعية وتتكون من (8) فقرات ، مجال العلامات النطقية وتتكون من (17) فقرة ومجال العلامات السلوكية وتتكون من (16) فقرة) بشكلها الاولي .

ب- صدق المقياس (Validity) :-يعد الصدق من الخصائص الأساسية اللازمة في بناء المقاييس التربوية والنفسية فصدق الإختبار يتعلق بالهدف الذي بني الإختبار من أجله وبالقرار الذي يتخذ إستنادا إلى درجاته (علام، 186:2002) . ويقصد بصدق أداة القياس إن تقيس فعلاً ما وضعت لقياسه (Thorndike,1977:257) . وإستخرجت الباحثة الصدق على النحو الآتي :

1-صدق المحتوى (Content Validity) :- ويتحقق هذا الصدق من خلال التحليل العقلاني لمحتوى المقياس الذي يستند تحديده إلى أحكام ذاتية (Allen & Yen,1979:95)، ويضم هذا النوع من الصدق إسلوبين هما الصدق المنطقي والآخر الصدق الظاهري (Nunnally,1978:111)

أ-الصدق المنطقي (Logical Validity) :- وهو عملية تحديد السمة أو الظاهرة المراد قياسها تحديداً منطقياً (الغريب، 1988:681)، كما يشير (Allen & Yen) إلى إن هذا النوع من الصدق يتحقق من خلال التعريف الدقيق للأداة ككل أو للمجال الذي يحقق المحتوى السلوكي الإجرائي الذي تقيسه الأداة ، كذلك من خلال التصميم المنطقي لل فقرات بحيث تعطي ذلك المجال صورة واضحة للمتغير أو الموضوع المراد كشفه والتعرف عليه (Allen & Yen, 1979:97). وقد توافر هذا النوع من الصدق في أداة تشخيص تأخر النمو الجسمي من خلال تبني التعريف الدقيق لتأخر النمو الجسمي ، والواضح في كل مجال من مجالات الأداة الستة بحيث تغطي فقراته ، كما أمكن التحقق من تغطية فقرات الأداة للمجالات من خلال تصنيف الفقرات على أساس تلك المجالات الستة وهي (مجال العلامات الصحية ، ومجال العلامات الحركية ، ومجال العلامات البصرية ، ومجال العلامات السمعية ، ومجال العلامات النطقية ، ومجال العلامات السلوكية).

ب-الصدق الظاهري (Face Validity) :- وهو الفحص المبدئي لمحتويات الإختبار ، أي مطابقة فقرات الإختبار بالسمة المراد قياسها فإذا أتفق أكثر الخبراء كان الإختبار صادقاً (ربيع، 2013:117). ويتحقق هذا النوع من الصدق بعرض الأداة على مجموعة من المحكمين الخبراء والمختصين في التربية وعلم النفس وطب أطفال وطبمجتمع وخبراء في التغذية (Kaplan, 1982:118). إذ عرضت فقرات الأداة بصيغتها الأولية البالغة ( 72 ) فقرة مع المجالات الستة ملحق (4) على مجموعة من المحكمين الخبراء والمختصين في التربية وعلم النفس وطب المجتمع والتغذية وكان عددهم (20) محكم بين خبير ومختص ملحق (3) وقد أسفرت ملاحظات وآراء الخبراء إستبعاد (2) فقرة من المقياس ، لأنها لم تحصل على نسبة اتفاق ( 80% ) وأيضاً لأن قيمة مربع كاي كانت دالة الجدول (3) وقد أشار هؤلاء إلى حذف الفقرات (7،6) لعدم صلاحيتها في قياس تأخر النمو الجسمي لدى أطفال الرياض وتعديل الفقرات (2، 3، 5، 8، 16، 17، 20، 21، 24، 30، 35، 36، 38، 39، 59، 60) والجدول (1) يوضح ذلك . وأصبح المقياس مكون من ( 70 ) فقرة بشكله النهائي ملحق (7).

### الجدول (1)

عدد الخبراء والنسبة المئوية وقيمة مربع كاي المحسوبة على صلاحية فقرات مقياس (تأخر النمو الجسمي لدى أطفال الرياض وعلاقته ببعض المتغيرات)

الدالة	قيمة مربع كاي	غير الموافقون		الموافقون على الحذف		عدد الفقرات	أرقام الفقرات	نوع الإجراء	أسم المجال
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار				

دالة	9.8	0.15 %	3	0.85%	17	10	2 3 5 8	تعديل	مجال العلامات الصحية
							16 17		مجال العلامات الحركية
							20 21 24 30		مجال العلامات البصرية
دالة	12.8	0.10 %	2	0.90%	18	6	35 36 38 39	تعديل	مجال العلامات السمعية
							59 60		مجال العلامات السلوكية
دالة	16.2	0.05 %	1	0.95%	19	2	6 7	حذف	مجال العلامات الصحية

\*قيمة مربع كاي الجدولية تساوي (3.84) عند مستوى (0.05) وبدرجة حرية (1) (الشايب، 2009: 214).  
أما بقية الفقرات فقد حصلت على اتفاق أكثرية الخبراء .

ج - وضوح التعليمات (Clarity Faq) :- للتعرف على مدى وضوح المعلومات العامة للمقياس وفقراته بشكل نهائي ، تم توزيع المقياس على عينة عشوائية مكونة من (30) معلمة في (4) رياض هي (روضة نوروز ، روضة العبير ، روضة النصر ، روضة السلام) وتبين إن جميع مجالات المقياس وفقراته واضحة ومفهومة من حيث المعنى والصياغة.

د - مؤشرات صدق البناء (Believe Indicators Construction) :- تم استخراج القوة التمييزية لفقرات مقياس تأخر النمو الجسمي وظهرت النتائج إن جميع فقرات المقياس مميزة ودالة

إحصائياً . كما تم إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة في المقياس وبالدرجة الكلية له . ويعد هذا الأسلوب من أدق الوسائل المستعملة في حساب الإتساق الداخلي ل فقرات المقياس وتبين إن جميع فقرات المقياس دالة إحصائياً لأن جميع القيم المحسوبة أعلى من القيم الجدولية ( 0.098 ) عند مستوى دلالة ( 0.05 ) ودرجة حرية ( 398 ) كما تم إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة في المقياس بالمجال . ويعد هذا الأسلوب من أدق الوسائل المستعملة في حساب الإتساق الداخلي لفقرات المقياس وتبين أن جميع الفقرات دالة إحصائياً لأن جميع القيم المحسوبة أعلى من القيم الجدولية ( 0.098 ) ،

رابعاً : القياسات الجسمية : - يفيد استخدام القياسات الجسمية للتعرف على الحالة التغذوية للطفل من خلال قياس كتلة الجسم وإبعاده المختلفة . ويتوقف نمو الطفل قبل شهور من ظهور علامات سوء التغذية malnutrition واضحة عليه . لذلك فإن استخدام النمو كمؤشر للحالة التغذوية يعتبر مؤشراً دقيقاً يساعد على الإكتشاف المبكر لتأخر النمو الجسمي (مصيفر، 2002:605) ، ومن هذه القياسات الجسمية :-

1- إعتماد ميزان التحميل الرأسى (Adoption of The Balance of Vertical load) :-

2- إعتماد شريط لقياس الطول (Adoption of The Bar to Measure The Height) :-

3- إعتماد مؤشر كتلة الجسم للعمر (Body Mass Index -for- age) :-

4- مؤشر كتلة الجسم (BMI) :-

5- بطاقة النمو (Card Growth) :-

6- أداة قياس شهية الطفل للغذاء (A Tool to Measure The Child's Appetite for Food) :-

لبيان شهية الطفل للغذاء الذي يتناوله الطفل يومياً ، وجهت الباحثة إستبيان مفتوح موجه إلى امهات أطفال الرياض والمعلمات تحتوي على عدة أسئلة بخصوص علامات تأخر النمو الجسمي ومن ضمن الأسئلة سؤال يخص شهية الطفل للغذاء ملحق ( 2 ) فحصلت الباحثة على مجموعة إجابات عندها قامت بعرضها على مجموعة من المحكمين الخبراء والمختصين في التربية وعلم النفس وطب أطفال وطبمجتمع وخبراء في التغذية ملحق (3) وحصلت على نسبة اتفاق ( 100% ) بضرورة تقسيم شهية الطفل للغذاء إلى ثلاث مستويات (جيدة، متوسطة ، قليلة) .

خامساً : ثبات أداة التشخيص (Reliability) :-

يشير مصطلح الثبات إلى الدقة والإتساق في أداء الفرد ، ويعني أيضا الإستقرار في النتائج

عبر الزمن ، فالثبات يعطي نتائج متشابهة ، إذ طبق على المجموعة نفسها مرة

ثانية (Bergman, 1974, 155) . وتم تطبيق الثبات للمدة من ( 2014/4/20 - 2014/5/8 ) ،

ملحق (8) . ولأيجاد ثبات أداة تشخيص تأخر النمو الجسمي تم إتباع الأساليب الآتية :-

أ- طريقة إعادة الإختبار (Test-Retest Method): ويشير إلى درجة إتساق القياسات المختلفة على أداة القياس من مرة لإخرى لدى إعادة التطبيق (الشايب، 2009:105). ولإيجاد ثبات مقياس تأخر النمو الجسمي بهذه الطريقة، تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (85) طفل وطفلة والتي تمثل (21%) من حجم العينة تم إختيارهم بصورة عشوائية، وبعد مرور إسبوعين من التطبيق الأول، تم إعادة التطبيق على العينة ذاتها، وقد إستعمل معامل إرتباط بيرسون بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني، إذ بلغ معامل الثبات (0.73) وهذا يدل على إن معامل الثبات جيد.

ب- طريقة التجزئة النصفية (Split-Half Method): تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية عن طريق تقسيم فقرات المقياس إلى نصفين فردية وزوجية ثم حسب معامل الإرتباط بين درجات النصفين فبلغ (0.6000)، وباستخدام معادلة (سبيرمان - براون) التصحيحية بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.75) وهي قيمة يمكن الركون إليها.

سادساً : طريقة تصحيح أداة التشخيص (Correct Method Diagnosis Tool): تتكون أداة التشخيص بصورتها النهائية من (70) فقرة وبديلين، هما (يوجد، لا يوجد) وبأوزان (1، صفر)، لذا بلغت أعلى درجة على المقياس (70) درجة وأقل درجة (صفر) ومتوسط نظري قدره (35) درجة، ملحق (7). وتراوح المعدل الزمني لتسجيل علامات تأخر النمو الجسمي على أداة التشخيص لكل طفل بين (10-20) دقيقة وبمتوسط زمني قدره (15) دقيقة.

سابعاً : التطبيق النهائي (The Final Application):

1- طبقت الباحثة أداة التشخيص على العينة البالغة (400) طفل وطفلة في مدينة بغداد للمدة من (2014/1/20) الى (2014/4/7) كما موضح في ملحق (8).

2- واتبعت الباحثة الخطوات الآتية عند التطبيق لتحقيق أهداف البحث :-

أ- زارت الباحثة كل روضة من رياض عينة البحث على وفق كتاب تسهيل المهمة الذي زودت به ملحق رقم (1) (أ،ب،ج،د،هـ،و،ز) وقد تعاونت إدارات الرياض بتهيئة غرفة مناسبة (غرفة الصف أو غرفة الألعاب الحرة) لإجراء التطبيق فيها وتزويد الباحثة بالمعلومات العامة عن كل طفل وبمعدل (9) أطفال في اليوم الواحد.

ب- حساب مؤشر كتلة الجسم للعمر (BMI-for-age) لكل طفل يقل وزنه عن (20) كغم.

ج- اعتماد الرسم البياني الخاص بمؤشر كتلة الجسم للذكور والإناث شكل (1)، (2)، (3).

د- حساب مؤشر كتلة الجسم (BMI) لكل طفل يقل وزنه عن (20) كغم بالمعادلة التالية:-

$BMI = \frac{\text{الوزن (بالكيلوغرام)}}{\text{الطول (بالمتر المربع)}}$

ومقارنتها مع مخطط النمو جدول (12)، وأظهرت النتائج إن جميع الأطفال الذكور والإناث في عمر الروضة والتمهيدي تراوحت كتلة الجسم لإغلبية الأطفال بين (12-12.9) وهذا يدل على إن جميع الأطفال لديهم هزال وهو عرض من أعراض تأخر النمو الجسمي كما موضح في ملحق (9) (الهاشمي، 2009:109).

هـ-إعتماد تشخيص الفاحص البصري لتشخيص العلامات البصرية .  
و-توزيع إستبيان يتكون من (7) إسئلة يتضمن معلومات عامة تخص الطفل وكذلك (2) فقرة تخص المجال السمعي يوجه إلى امهات أطفال الرياض ملحق (2) .  
2 ثم قامت الباحثة بالإستعانة بفاحص بصري لتشخيص (12) فقرة الذي يمثل المجال البصري في مقياس تأخر النمو الجسمي لأطفال الرياض .

4-أما بقية الفقرات فقد قامت الباحثة بتشخيصها من خلال مشاهدتها للأطفال داخل الصف بعد وضع بطاقة الأسم على ملابسهم .

ثامناً : الوسائل الإحصائية (Statistical Methods) :- إستعملت الباحثة الوسائل الإحصائية المناسبة في البحث الحالي بالإستعانة بالبرنامج (spss).

الفصل الرابع: نتائج البحث ومناقشتها (Results and Discussion):-

سيتم عرض نتائج البحث ومن ثم تفسيرها على وفق هدف البحث :-

أولاً : عرض النتائج (Results) :-

1- الهدف الاول: الكشف عن العلاقة بين تأخر النمو الجسمي لإطفال الرياض وكل من (الجنس ، عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، الوضع الأسري للوالدين ، التحصيل الدراسي للأب ، التحصيل الدراسي للأم ، تدخين الأم ، نوع الولادة) . ويتم ذلك من خلال التعرف على مدى إسهام كل من (الجنس ، عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، الوضع الأسري للوالدين ، التحصيل الدراسي للأب ، التحصيل الدراسي للأم ، تدخين الام ، نوع الولادة) في التباين الكلي لتأخر النمو الجسمي لأطفال الرياض .ولأجل تحقيق هذا الهدف إستخدمت الباحثة الأداة الإحصائية المتمثلة بتحليل الإنحدار المتعدد Multiple- Regression في تحليل البيانات لغرض إمكانية التنبؤ في متغير تأخر النمو الجسمي من خلال المتغيرات التسعة المستقلة ، وقد تبين إن معامل الإرتباط المتعدد بلغ ( 0.527)، وهو دال عند مستوى دلالة ( 0.05 ) ، أي أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيرات البحث ، كما تبين إن المتغيرات التسعة المستقلة لها القدرة في التنبؤ بقيم المتغير التابع (تأخر النمو الجسمي) من خلال معامل التحديد ( R2 ) إذ بلغ (0.277)، وهذا يعني إن هناك تبايناً مشتركاً بين المتغيرات نسبته ( 0.277 ) وما تبقى من هذه النسبة يرجع إلى عوامل أخرى والجدول (2) يوضح ذلك

#### الجدول (2)

الإرتباط المتعدد في تأثير كل من المتغيرات التسعة المستقلة في درجات مقياس تأخر النمو الجسمي

#### لأطفال الرياض

خطأ التقدير	معامل التحديد المعدل	معامل التحديد	معامل الإرتباط المتعدد	المتغيرات
-------------	----------------------	---------------	------------------------	-----------



7.65422	0.261	0.277	0.527	(الجنس ، عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، الوضع الأسري للوالدين ، التحصيل الدراسي للأب ، التحصيل الدراسي للام ، تدخين الام ، نوع الولادة)
---------	-------	-------	-------	---

أما القيمة الفائية المحسوبة فقد بلغت ( 16.632 ) درجة وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05) وبدرجاتي حرية ( 390.9 ) عند مقارنتها بالقيمة الفائية الجدولية البالغة ( 1.88 ) والجدول (3) يوضح ذلك .

### الجدول (3)

تحليل الإنحدار المتعدد للتعرف على مدى مساهمة المتغيرات المستقلة في تأخر النمو الجسمي لأطفال الرياض

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	القيمة الفائية المحسوبة	القيمة الفائية الجدولية	الدلالة
الإنحدار	8769.848	9	974.428	16.632	1.88	دالة
المتبقي	22848.942	390	58.587			
الكلي	31618.790	399				

النسبة الفائية الجدولية تساوي (1.88) عند مستوى (0.05) وبدرجات حرية (390.9) .

اما خلاصة الإنحدار المتعدد للتعرف على الإسهام النسبي المعياري للمتغيرات التسعة

المستقلة فقد استخدمت الباحثة معامل بيتا المعياري ( Beta ) وقد تبين إن عمر الطفل حظي بإسهام عال ، إذ بلغ معامل بيتا المعياري ( 1.981 ) درجة ، وبلغت القيمة التائية المحسوبة ( 2.553 ) وهي أعلى من القيمة الجدولية البالغة ( 1.96 ) ، كما أن طبيعة اللقاحات حظيت بإسهام عالٍ أيضاً إذ بلغ معامل بيتا المعياري ( 4.191 ) درجة ، وبلغت القيمة التائية المحسوبة ( 5.108 ) وهي أعلى من القيمة الجدولية البالغة ( 1.96 ) ، كما حظيت شهية الطفل للغذاء بإسهام عالٍ ، إذ بلغ معامل بيتا

المعياري ( 5.444 ) درجة ، وبلغت القيمة التائية المحسوبة ( 9.058 ) وهي أعلى من القيمة الجدولية البالغة ( 1.96 ) ، وحظي تحصيل الأم الدراسي بإسهام عالٍ ، إذ بلغ معامل بيتا المعياري ( 0.604 ) درجة ، وبلغت القيمة التائية المحسوبة ( 2.001 ) وهي أعلى من القيمة الجدولية البالغة ( 1.96 ) ، كما حظي تدخين الام بإسهام عالٍ ، إذ بلغ معامل بيتا المعياري ( 2.709 ) درجة ، وبلغت القيمة التائية المحسوبة ( 3.075 ) وهي أعلى من القيمة الجدولية البالغة ( 1.96 ) .  
أما بقية المتغيرات المستقلة وهي (الجنس ، الوضع الأسري ، التحصيل الدراسي للأب ، نوع الولادة) فلم تحظى بإسهام في المتغير التابع (تأخر النمو الجسمي) وكما موضح في الجدول ( 4 ) .

## الجدول (4)

إسهام المتغيرات المستقلة في التباين لمتغير تأخر النمو الجسمي لأطفال الرياض

المتغيرات	معامل اللامعيارية		معامل بيتا المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية عند (0.05)	الدالة
	بيتا / B	الخطأ المعياري				
الحد الثابت	29.364	3.720	—	7.983	1.96	دالة
الجنس	0.972	0.772	0.055	1.259	1.96	غير دالة
العمر	1.981	0.776	0.111	2.553	1.96	دالة
اللقاحات	4.191	0.820	0.223	5.108	1.96	دالة
الشهية	5.444	0.601	0.398	9.058	1.96	دالة
الوضع الأسري	1.342	1.184	0.049	1.134	1.96	غير دالة
تحصيل الأب	0.291	0.288	0.053	1.008	1.96	غير دالة
تحصيل الام	0.604	0.302	0.105	2.001	1.96	دالة
تدخين الام	2.709	0.881	0.085	3.075	1.96	دالة

الولادة	0.926	0.892	0.047	1.079	1.96	غير دالة
---------	-------	-------	-------	-------	------	----------

ثانياً : تفسير النتائج ومناقشتها (Interpretation of results and discussion) :-

أظهرت النتائج المعروضة في الجداول ( 3 ) و ( 4 ) بأن العلاقة بين متغيرات البحث دالة إحصائياً . وإن (عمر الطفل ، طبيعة اللقاحات ، شهية الطفل للغذاء ، التحصيل الدراسي للام ، تدخين الام) لها مساهمة ذات دلالة إحصائية في تأخر النمو الجسمي لدى أطفال الرياض (العينة) أما (الجنس، الوضع الأسري ، التحصيل الدراسي للأب ، نوع الولادة) فلم تحظى بإسهام في المتغير التابع (تأخر النمو الجسمي) .

ثالثاً : الإستنتاجات (Conclusions) :- إستناداً إلى النتائج التي توصل إليها البحث إستنتجت

الباحثة ما يأتي :-

- 1- إن مشكلة تأخر النمو الجسمي أصبح شائعاً بين أطفال الرياض في مدينة بغداد بسبب ضعف المستوى الإقتصادي للأسرة العراقية إضافة إلى قلة الخدمات الصحية والدوائية التغذوية الإرشادية والتوعية المقدمة لها سواء كانت وسائل الإعلام أو المؤسسات المعنية .
- 2- لا يوجد إختلاف بين الذكور والإناث في تأخر النمو الجسمي لأطفال الرياض .
- 3- إن الأطفال الأصغر سناً أكثر تعرضاً من الأطفال الأكبر سناً للإصابة بتأخر النمو الجسمي .
- 4- إن الأطفال غير المكتملي اللقاح أكثر عرضة للإصابة بتأخر النمو الجسمي من الأطفال المكتملي اللقاح .
- 5- إن أطفال الرياض ذوي الشهية المتوسطة والقليلة التي ترجع أسبابها إلى مشاكل نفسية أو عضوية يتعرضون للإصابة بتأخر النمو الجسمي أكثر من الأطفال ذوي الشهية الجيدة .
- 6- إن جميع أطفال الرياض المحرومين من رعاية أحد الوالدين أو غير المحرومين يتعرضون لنفس الظروف الصحية البائسة التي سببت إصابتهم بتأخر النمو الجسمي .
- 7- إن المناهج الدراسية التي تدرس في الجامعات والمعاهد والإعدادية والمتوسطة والإبتدائية بعيدة كل البعد عن التطرق إلى البرامج التنقيفية سواء الصحية أو التغذوية .
- 8- إن تغذية الطفل السليمة لا تعتمد فقط على الكمية التي يتناولها الطفل ولكن على النوعية ، فوجبات الطفل الغذائية يجب أن تحتوي على كل العناصر ذات القيمة الغذائية العالية التي يحتاجها الجسم خصوصاً لطفل ما قبل المدرسة .
- 9- إن تدخين الام يؤثر سلباً على نمو الطفل في جميع نواحيه الصحية والجسمية والعقلية والنفسية والإجتماعية .
- 10- إن الامهات اللواتي ينجبن أطفالهن بالولادة الطبيعية لا يختلفن عن الامهات التي ينجبن أطفالهن بالولادة الصناعية في تعرض أطفالهن إلى الإصابة بتأخر النمو الجسمي .

رابعاً : التوصيات (Recommendations) :-

- صاغت الباحثة التوصيات الآتية على ضوء مأسفر عنه البحث من نتائج :-
- 1- توعية الأباء والامهات بواسطة وسائل الإعلام والبرامج الأسرية والإجتماعية إلى أهمية العناية بتغذية الطفل خصوصاً في المراحل العمرية المبكرة .
  - 2- ضرورة تكاتف الأسرة والروضة والمؤسسات الأخرى في التشخيص المبكر لتأخر النمو الجسمي للطفل من خلال وضع برنامج تدريبي خاص يتم تدريب معلمات الرياض والامهات في الكشف عن علامات تأخر النمو الجسمي .
  - 3- العمل على تظافر الجهود بين التربويين والنفسيين والمسؤوليين والإطباء من خلال عقد الندوات والمؤتمرات للتدخل المبكر في الوقاية من إصابة الأطفال بحالات تأخر النمو الجسمي وإيجاد الحلول المناسبة لتداركها قبل وقوعها.
  - 4- إغناء المناهج الدراسية التي تدرس في الجامعات والمعاهد والإعدادية والمتوسطة والإبتدائية وحتى في رياض الأطفال بمفردات صحية وتغذوية ترفع من مستوى ثقافة الأجيال القادمة .
  - 5- توفير ألعاب حركية متنوعة في الرياض الحكومية والأهلية لتطوير المهارات العضلية الكبيرة والصغيرة لأطفال الرياض وتشجيعهم على ممارسة النشاط الحركي باستمرار وعدم الجلوس الطويل في الصف .
  - 6- توجيه إدارة الروضة على متابعة وتسجيل نمو الأطفال جسماً من خلال قياس الطول والوزن كل شهر بشكل دوري ومقارنتها بالمعيار العالمي .
  - 7- الإهتمام بغذاء الفرد بشكل عام وبغذاء الطفل بشكل خاص كماً ونوعاً من خلال دعم وزارة التجارة لمحتويات البطاقة التموينية .
  - 8- زيادة وعي معلمات الرياض بضرورة الأهتمام بجوانب النمو المختلفة للطفل عن طريق مشاركتهم في دورات صحية وتربوية وعلمية ترفع من مستواهم الأكاديمي .
  - 9- وضع الخطط الوقائية مسبقاً من قبل المختصين في مجال الصحة وطب المجتمع للوقاية من إصابة الأطفال بتأخر النمو الجسمي ومايصاحبه من مشاكل نفسية وإجتماعية تؤثر على شخصية الطفل في مراحل حياته القادمة .
- خامساً : المقترحات (Suggestions) :-**
- تقتراح الباحثة إجراء :-
- 1- دراسة مماثلة على فئات عمرية أكبر .
  - 2- دراسة مقارنة حول تأخر النمو الجسمي لدى الأطفال بين الريف والمدينة أو بين المناطق الشمالية والجنوبية من العراق .
  - 3- بناء برنامج تدريبي من اجل تنمية النمو الجسمي عند أطفال الرياض .
  - 4- دراسة حول تأخر النمو الجسمي في ملاجئ الإيتام .
  - 5- دراسة مقارنة عن النمو الجسمي للأطفال الملتحقين برياض الأطفال وغير الملتحقين.

- 1- دراسة حول العلامات الصحية وعلاقتها بشهية الطفل .
- 2- دراسة حول العلامات الحركية وعلاقتها بالوضع الأسري .
- 3- دراسة حول العلامات البصرية وعلاقتها بنوع الولادة .
- 10- دراسة حول العلامات السمعية وعلاقتها بنوع الولادة .
- 11- دراسة حول العلامات النطقية وعلاقتها التحصيل الدراسي للوالدين .
- 12- دراسة حول العلامات السلوكية وعلاقتها بالمستوى الاقتصادي للوالدين .

Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Baghdad

College of Education for Women

Kindergarten Department

Physical Growth Retardation Among Kindergartens And Its Relation With Some Variables

*Supervised by*

Prof.Dr.

Assist.Prof.Dr.

Aamir Mohammed Ali Al- AmeeridhuhaAadel Mahmoud Al- Ani

Raghad Ahmed Ibraheem Al-SHamhari

**Abstract**

Which children infected with physical growth retardation at childhood it will be the largest problems effecting the child and his parents together. So , at the period of early childhood, there must be a state of satisfactions of need because if they didn't satisfied it will be very hard to be satisfied or replaced at another period because it will be busy with satisfaction of another need of new period, and even it will be satisfactions it still weak and didn't be am efficient as the matter of if it be satisfied at the exact time Looking at physical growth and its indicators as length and weight and making a comparison with world indicators at peer age phases helps in specifying the state of physical growth among children and the extent of their adjustment and creating their personalities , to ensure availability of world specifications or be near of them , the results must match with them especially in preschool phase because it is the phase of speedy building and growth . So, it is necessary to make a suitable environment and the healthy food by parents and the specialized institutions.

The aim of this study as following:-

1. Identifying the relation between physical growth retardation among kindergarteners and sex , age of the child , nature of vaccines , appetite of child , marital status , academic degree of the father , academic degree of the mother , smoking of the mother , type of birth . The limits of this study:-

The sample consists of (400) children of kindergartens who had been selected randomly of (24) kindergartens of the 6<sup>th</sup> directorate with the help of their mothers to answer the items of the scale. the items of it

representing the symptoms of physical growth retardation which are (field of healthy symptoms consisting of (8) items , field of motion symptoms consisting of (9) items , field of olfactory symptoms consisting (8) items , field of verbal symptoms consisting of (17) items , and the field of behavior symptoms consisting of (16) items , the field of visual bookmarks, which consists of (12) paragraph has been diagnosed by a (visual Examiner) . so , the scale consists of (70) items . The discriminative power of the items of the scale of physical growth retardation, the relation of item with total degree of the scale , and the relation of item degree with field and validity have been obtained . After application of the scale on the individuals of the sample , their answer have been statistically analyzed by Qui square , person correlation coefficient , T-test of one sample , T-test of two samples , point biserial correlation coefficient , Analysis of variance , Scheffae's test, and multiple regression analysis . The study reaches at the following results:-

1. There is a statistical correlation among variables of study , and (age of the child , nature of the vaccines , applied of the child , academic degree of the mother , smoking) have got statistical role in physical retardation among kindergartens (sample) as for (sex , type of birth , marital status , academic degree of the father) haven't got any role in the dependent variable (physical growth retardation) . The researcher makes the following recommendations in the light of the results of the study

## المصادر:

## المصادر العربية :-

1. أبو أصيلح ، احمد محمد ( 1993 ) تقييم الحالة الغذائية للأطفال دون سن الخامسة من العمر في مدينة بغداد ، رسالة ماجستير ، كلية الطب ، جامعة بغداد .
2. أحمد ، سهير كامل ( 1997 ) الحرمان من الوالدين في الطفولة المبكرة وعلاقته بالنمو الجنسي والعقلي والإنفعالي والاجتماعي ، القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب ، مجلة علم النفس ، العدد الرابع .
3. الباوي ، علي حسن ( 1996 ) تقييم الحالة الغذائية وعلاقتها بالنمو وفقر الدم الناتج عن نقص الحديد للأطفال بعمر المدرسة في مدينة بغداد ، أطروحة دكتوراه ، جامعة بغداد .
4. التيمي ، سالم وفخر الدين ، فاتن وحسين ، نادية منحي ( 2005 ) التقييم الصحي والعادات الغذائية غير السليمة للأطفال دور الحضانة في مدينة بغداد ، بحث مستل ، كلية العلوم للبنات ، جامعة بغداد ، مجلة أم سلمة ، المجلد (3) 2006 .
5. الجراح ، عبد الناصر وبيطانية ، أسامه وغوانمة ، مأمون ( 2009 ) علم نفس الطفل غير العادي؛ ط2، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .
6. الحمداني ، سمر غني ( 2005 ) المظاهر السلوكية لدى اطفال الرياض من ذوي الامهات القلقات وغير القلقات وعلاقتها ببعض المتغيرات ، كلية التربية ، جامعة بغداد.
7. راتب ، أسامة كامل و خليفة ، ابراهيم عبد ربه ( 1999 ) النمو والدافعية ؛ ط1 ، القاهرة ، دار الفكر العربي .
8. ربيع ، محمد شحاته ( 2013 ) قياس الشخصية ؛ ط4 ، عمان - الأردن ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .
9. الزهيري ، عبد الله محمد ذنون (2000) تغذية الانسان ؛ ط1، جامعة الموصل، بغداد- العراق، دار الحكمة .
10. الشايب ، عبد الحافظ ( 2009 ) اسس البحث التربوي ؛ ط1 ، عمان - الاردن ، دار وائل للنشر والتوزيع .
11. صابر ، نيان نامق ( 2007 ) مؤشرات النمو الجسمي لأطفال الرياض في مدينة الحديدة ، رسالة ماجستير ، القاهرة .
12. الصميلي ، حلا عبد الواحد نجم عبدالله ( 2011 ) الاختيارات الغذائية لطفل الروضة وعلاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة بغداد .
13. الطوب ، سيد محمود ( 2013 ) سيكولوجية النمو الانساني ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
14. الظاهر ، قحطان أحمد ( 2008 ) مدخل إلى التربية الخاصة ؛ ط2 ، عمان ، دار الوائل للنشر والتوزيع .
15. عبد الرحمن ، مصطفى ( 2010 ) تدخين الام وأضراره على الجنين ، دمشق - سوريا ، دار الوائل للطباعة والنشر .



16. عبد الهادي ، جودت (2007) نظريات التعلم ، القاهرة ، دار الثقافة للنشر والتوزيع .
17. العبيدي ، شاملة شاكر ( 1986 ) تفتين مقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال ماقبل المدرسة والمرحلة الأولية (WPP) ، إختبارات الآباء لطفل الروضة العراقي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة بغداد .
18. عقل ، محمود عطا حسين ( 1992 ) النمو الإنساني (الطفولة والمراهقة) ، الرياض ، دار الخرجي للنشر والتوزيع .
19. علام ، صلاح الدين محمود ( 2002 ) القياس والتقويم التربوي والنفسى ، القاهرة - مصر، دار الفكر العربي .
20. العنابي ، حنان عبد الحميد ( 2011 ) برامج تربية الطفل ؛ ط1 ، عمان - الاردن ، دار الصفاء.
21. الغامدي ، حسين عبد الفتاح ( 2010 ) مدارس علم النفس ونظريات الشخصية ، جامعة نايف العربية ، السعودية .
22. الغريب ، رمزية ( 1988 ) التقويم والقياس النفسى والتربوي ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
23. الغنيم ، مرزوق والبهبهاني ، بهجة اسماعيل ( 1997 ) الثقافة الصحية ؛ ط1 ، الكويت ، مطبعة الفجر، منشورات ذات السلاسل .
24. لطيف ، نصيف شاكر (1989) رعاية الطفولة وتطورها ، جامعة بغداد ، بيت الحكمة .
25. محسن ، لمياء (2013) الحمل والولادة ، القاهرة ، عالم الكتب للنشر والتوزيع .
26. مصيفر ، عبد الرحمن عبيد ( 2002 ) الغذاء والتغذية ، اكاديميا إنترناشيونال ، بيروت - لبنان ، منظمة الصحة العالمية .
27. المغربي ، احمد هشام ( 1999 ) أثر برنامج التدخل التغذوي في نمو عينة من ناقصي الوزن من الأطفال الأردنيين ، رسالة ماجستير ، الاردن .
28. منظمة الصحة العالمية ( 2006 ) سوء التغذية ، بيروت - لبنان ، المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق الاوسط .
29. \_\_\_\_\_ (2013) صحة الطفل ، بيروت - لبنان ، المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق الاوسط .
30. الهاشمي ، عبد الحميد ( 1980 ) علم النفس التكويني ، جدة ، دار المجمع العلمي للنشر والتوزيع .
31. الهاشمي ، محمد (2009) علم اللقيمات؛ ط1، جامعة القاهرة .
32. وزارة التربية ( 1989 ) نظام رياض الاطفال رقم 11 لسنة 1989 ، بغداد ، وزارة التربية المديرية العامة للتعليم العام مديرية رياض الاطفال .
33. وناس ، خيري و عبد الحميد ، بو صنوبرة ( 2006 ) التربية وعلم النفس ؛ ط2 ، الديوان الوطني للتعليم والتكوين عن بعد .

ثانياً : المصادر الأجنبية :-

- 1- Allen , m , yen .M.W. (1979) Introduction to Measurement Theory , californiai , Book-Cole .
- 2- Anastasi , Anne (1976) Psychological testing ,8thedition , New York , Macmillan company.
- 3- Bergman .j(1974) Understanding Educhational Measurement and Evalution , NJ London.
- 4- Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al (2008) Maternal and Child Undernutrition Study Group, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences , Brazil .
- 5- Jeyaseelan. L and Lashman-M (1997) Risk Factors For Malnutrition South Indian , Children Journal Biosoc- Science.
- 6- Kaplan. R.M ,Saccuzzo D.P(1982) Psychological testing principles" applications and issues ,brooks ,California, Cole publishing company Monterey .
- 7- Noor , M.I (1992) Malnutrion and Food Consumption , Patterns in Malaysia , International Journal of Food Sciences and Nutrition .
- 8- Nunnely ,J.G. (1978) Psychometric Theory , New York , MC Graw , Hill Co .
- 9- Silva. Da- MV (1998) Nutritional Status of Full Time Students at Public Schools .Saopaulo , Brazil , Arch - Latinoam - Nutrition .
- 10- Thorndike .R.L ,Hagen .P(1977) Measurement and evaluation in psychology and education , New York.