

فاعلية برنامج إرشادي لتوعية آباء وأمهات أطفال التوحد (الأوتيزم) بمحافظة

جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم*

هذه الدراسة هي إحدى نواتج مشروع بحثي

مدعوم من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية بجدة

إعداد وتنفيذ فريق بحثي مكون من :

د / محمد كمال ابوالفتوح عمر
د / محمد بن حسن أبوراسين
د / أحمد يعقوب النور تيراب
د / صالح عبدالمقصود السواح

كلية التربية - جامعة جازان - المملكة العربية السعودية

ملخص :

هدفت الدراسة الحالية إلى زيادة وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم ذوي التوحد، استخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياس للوعي الوالدي بالحميات الغذائية الفعالة في اضطراب التوحد، وتم إعداد (١١) جلسة إرشادية تم تطبيقها على عينة تكونت من مجموعتين، الأولى تجريبية وعدد أفرادها ١٥ من آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والثانية ضابطة وعدد أفرادها ١٥ ، وبإجراء المعالجات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أطفال التوحد لصالح القياس البعدي أي بعد تطبيق البرنامج.

الكلمات المفتاحية : اضطراب التوحد- برنامج إرشادي - الحميات الغذائية - جازان.

* يتوجه الباحثون بخالص الشكر والتقدير إلى الإدارة العامة لمنح البحوث بمدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية بجدة بالمملكة العربية السعودية على دعمها لهذا البحث رقم (م ص : ٣٤ - ٨٩)، وإلى جامعة جازان ممثلة في وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي على ما بذلته من جهود فائقة أسهمت في خروج هذا العمل العلمي بصورته الحالية، كما يود الباحثون التنويه إلى أن كافة الآراء والنتائج والاستنتاجات والتوصيات المذكورة في هذا البحث تمثل الرؤية العلمية للفريق البحثي ولا تعكس وجهة نظر المدينة بأي حال من الأحوال.

فاعلية برنامج إرشادي لتوعية آباء وأمهات أطفال التوحد (الأوتيزم) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم

مقدمة الدراسة :

يعد اضطراب التوحد Autism Disorder أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً وتطوراً، حيث ارتفعت نسبة الإصابة به على مستوى العالم في الآونة الأخيرة من عام ١٩٩٦م وحتى ٢٠٠٨م بمعدل ٥٠٠% (NAAR,2008)، كما أكدت بعض التقارير أن معدل انتشاره بين الأطفال قد ارتفع في الألفية الزاهنة إلى ١٧% (ASA,2009)، وتشير إحصائيات أخرى أن نسبة الإصابة باضطراب التوحد زادت عن فترة التسعينيات من القرن الماضي بمقدار ١٧٢% (Karim,2009,14)، وعلى مستوى المملكة العربية السعودية، كشفت إدارة التربية الخاصة التابعة لوزارة التربية والتعليم عن أن أعداد الإصابة باضطراب التوحد في المملكة يربو على ١٢٠ ألف حالة، وتتزايد أعدادها بشكل مطرد وذلك حسب نتائج البحث الوطني عن التوحد المحكم الذي أجرته جامعة الملك سعود بالتعاون مع الجمعية السعودية للتوحد عام ١٤٢٨هـ، وفي الصدد نفسه، فأكثر من مائة طفل مصاب باضطراب التوحد في منطقة جازان يحتاجون مراكز تأهيلية وخدماتية وعيادات تشخيصية لحالاتهم، ولعدم وجود هذه المراكز اضطر آباء بعضهم للسفر بهم إلى الخارج لتلقي العلاج اللازم، حيث أكد الآباء أن أبنائهم ذوي اضطراب التوحد يمتازون بدرجة ذكاء عالية ويحتاجون لأسلوب تعليمي معين ومميز وخدمات الصحة والتعليم ومراكز التأهيل والتنمية الاجتماعية، مطالبين بإنشاء مراكز تعليمية وتشخيصية تحتضن أبناءهم وأطباء متخصصين في علاج مثل هذه الإعاقات.

هذا ولقد لفت القرآن الكريم أنظار البشرية إلى أهمية الغذاء في حياة الأمم والشعوب، وذلك من خلال ربطه بالأمن والاستقرار السياسي، وقد تجلى ذلك المعنى في قوله تعالى {الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَأَمَّنَّهُمْ مِنْ خَوْفٍ}. سورة قريش الآية ٤.

ومنذ أن خلق الله عز وجل الإنسان وأعطاه القدرة على السعي والانتشار، وهو يعمل بدأب للحصول على الغذاء الذي يتمكن به من العيش والديمومة والإبقاء على ذاته، مما جعل السعي نحو إشباع رغبات الجسم وتلبية احتياجاته من الطعام أمراً فطرياً وغريزياً، وهذا ما أكدته حادثة أبينا آدم عليه السلام وزوجه، إذ دفعتهما غريزة وشهوة الطعام إلى نسيان أمر الله والوقوع في المعصية، ولعل ارتباط الغذاء بأول حادثة في تاريخ البشرية يظهر بجلاء أهمية الغذاء في حياة الإنسان وفي التأثير على سلوكه (فارس، ٢٠٠٩، ٣٥).

وعلى وجه العموم، تعد التغذية السليمة من إحدى الركائز الأساسية في التأثير على الحالة الصحية للفرد، وتشير العديد من الدراسات الحديثة إلى ان تحسين الوضع التغذوي خاصة للأطفال يساعد كثيراً في تحسين الوضع الصحي لهم (مصيفر، ٢٠٠٣)، كما أكدت معظم الأبحاث الحديثة على وجود ارتباط وثيق فيما بين النمو والنشاط العقلي لدى الأطفال وتأثير الأنواع المختلفة من الأغذية و كذلك الإضافات الغذائية على ظهور أعراض معينة في الأطفال مشابهة لأعراض اضطراب التوحد (Dubnov & Berger; 2011)، إن من أكثر الأخطاء الشائعة في مجال الاعتماد على الغذاء أو ما يسمى العلاج بالتغذية أو الحميات الغذائية مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد هو الانتقال المباشر من اللامبالاة الغذائية إلى برامج غذائية متقدمة جداً دون البدء من مرحلة الأساسيات الغذائية اللازمة للطفل بوجه عام، فنظام العلاج الغذائي أو الحميات الغذائية هو عبارة عن مجموعة من الخطوات والمراحل تعتمد كل مرحلة فيها على المرحلة التي تسبقها وتمهد كل مرحلة فيها للمرحلة التي تليها، فبدون الاعتماد على المرحلة الأساسية ستظل المشكلة قائمة مهما كانت نوعية البرنامج الغذائي المطبق مع الطفل ذي اضطراب التوحد، ففي الوقت الراهن أعطيت المشكلات الغذائية أهمية قصوى لاحتمال أن تكون سبباً في الإصابة باضطراب التوحد (الزريقات، ٢٠٠٤: ٢٥)، كما تم التوصل إلى وجود علاقة وثيقة بين نوعية الغذاء واضطراب التوحد، فهناك عناصر غذائية يحتاج إليها الأطفال ذوي اضطراب

التوحد أكثر من احتياجاتهم المقررة لضمان النمو السليم وعناصر أخرى يتوجب خلو غذائهم منها مثل الكازين والجلوتين (العثمان، ١٤٢٤هـ)، لقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال أن المشكلات السلوكية المتمثلة في الغضب وإيذاء الذات وسهولة الاستثارة والحساسية المفرطة والعنف هي نواتج مشكلات غذائية يعاني منها الأطفال ذوي اضطراب التوحد وبالتالي فإن التدخل الغذائي أو ما يسمى بالحميات الغذائية هو السبيل الأمثل في تحسين سلوكيات هؤلاء الأطفال (Legge,2009:55)، إن العلاج القائم على الحميات الغذائية من شأنه أن يؤثر على وظائف الدماغ ومراكز المخ كالذاكرة والتعلم والتركيز والتفكير والانتباه، كما من شأنه أن يؤثر على الحالة المزاجية للفرد وكذلك المخرجات السلوكية له، علاوة على أن الغذاء الصحي السليم يساعد على النمو المثالي ويعزز من نظام المناعة ويزيد من القدرة العصبية والحركية للأطفال ويساعد على تنظيم عمليات الهضم والإخراج ويساعد على بناء الجسد بصورة صحية سليمة (Strickland,2009,36).

مشكلة الدراسة :

من الجدير بالذكر أن الاهتمام بمشكلة الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمثل الآن تحدياً صارخاً للعالم، ذلك لما يتطلبه من توفير الكثير من المعلومات والخدمات من أجل مساعدة هذه الفئة وإمكانية عمل برامج تربوية اجتماعية علاجية لمساعدة الآباء والأمهات والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين لتعديل سلوك أطفالهم، فمع نهاية الألفية الثانية وبداية الألفية الثالثة شهد العالم وما يزال ثورة علمية هائلة حول اضطراب التوحد Autism الذي يهدد الكثير من أطفال العالم، فمنذ أن بدأ كانر kanner عام ١٩٤٣م حديثه عن بعض أعراض التوحد تحت مسمى فصام الطفولة، بدأ الاهتمام بهذه الأعراض، ثم بدأ تأسيس أول جمعية أمريكية للتوحد عام ١٩٤٣م حيث تم الإعلان بشكل رسمي عن اضطراب التوحد، وفي عام ١٩٧٠م أعلنت تلك الجمعية أن هناك نحو سبعة أطفال يصابون بالتوحد بين كل عشرة آلاف

مولود، وظلت التقديرات تتوالى إلى أن أعلنت الولايات المتحدة الأمريكية أن اضطراب التوحد قد أصبح وباءً حيث بلغت نسبة الإصابة به عام ٢٠١٢م (١ : ٨٨) طفلاً بواقع ٥٤:١ للذكور و ٢٥٢:١ للإناث (CDC,2012)، وحالياً ونحن في عام ٢٠١٤م أصدرت بعض الجهات ذات الصلة تقارير تشير إلى انه من المتوقع أن تصبح نسبة الإصابة بالتوحد خلال الأعوام الخمسة القادمة أي حتى بلوغ نهاية عام ٢٠١٨م هي ١ : ١٠ حالات ولادة (AFAA,2013). تلك الأرقام أدت إلى وجود حالة من الفزع والهلع لدى الكثيرين على وجه البسيطة من المهتمين بالتوحد على كافة الأصعدة، أخصائيين أو أولياء أمور، وما زاد هذه الحالة هو أن أسباب الإصابة بالتوحد مازالت لغزاً محيراً لدى الجميع على الرغم من شبه الاتفاق على أن عوامل جينية وأخرى بيئية أو غذائية (Strickland,2009:82) قد تكون أسباباً محتملة أو عوامل خطيرة قد تؤدي للإصابة بالتوحد (Newschaffer et al., 2007)، إلا أن الأمر لا يعدو كونه مجموعة من الاستنتاجات تتباين فيما بينها بتعدد الرؤى وزوايا النظر (Rodier et al. 1996).

وقد لاحظ الفريق البحثي الحالي من خلال عملهم المهني الذي يتضمن مقابلات مستمرة مع العديد من أولياء أمور الأطفال المصابين باضطراب التوحد كثرة تساؤلاتهم عن دور التغذية في تحسين حالة أطفالهم والحد من مشكلاتهم السلوكية بالإضافة إلى كثرة شكاوى أولياء الأمور من بعض العادات السلوكية الغذائية لدى أطفالهم مثل رفض تناول بعض أنواع الأطعمة أو زيادة حدة المشكلات السلوكية خاصة في أوقات تناول الطعام، كما لاحظ الباحثون أن معظم المعلومات التي يستقيها آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة جازان إما أنها من خلال القراءة الشخصية لبعض المنشورات الناقصة وغير الموثقة على شبكة الانترنت أو من خلال التجارب الشخصية وتبادل الخبرات مع الأسر المختلفة وذلك بسبب ندرة المراكز المتخصصة برعاية وتأهيل الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة جازان، وكذلك ندرة الدراسات العربية التي تناولت البرامج الإرشادية للتوعية الغذائية لأهالي منطقة جازان بالمملكة

العربية السعودية، ما سبق كان دافعاً للفريق البحثي للتقدم إلى مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية بمقترح بحثي يهدف إلى إعداد برنامج إرشادي لتوعية آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أطفالهم وهو ما تم ترجمته في صورة علمية في السؤال التالي :

كيف يمكن توعية آباء وأمهات أطفال التوحد (التوحد) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم ؟ وانبثق من هذا السؤال عدة تساؤلات فرعية أخرى كما يلي :

- (١) ماهي التدخلات الغذائية (الحميات) التي يمكن أن تسهم في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد والتي أكدت عليها الدراسات والبحوث السابقة ؟
- (٢) ماهي مكونات البرنامج الإرشادي الذي يمكن من خلاله تحسين وعي الآباء والأمهات بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد ؟

أهداف الدراسة :

تبنى الفريق البحثي مجموعة من الأهداف وعمل على تحقيقها على النحو

التالي :

- (١) إعداد برنامج إرشادي توعوي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الحميات الغذائية الفعالة ودورها في تحسن حالة أبنائهم المصابين باضطراب التوحد.
- (٢) زيادة وعي الآباء والأمهات في منطقة جازان باضطراب التوحد، ماهيته، علاماته التشخيصية، طرق التحسين الممكنة.
- (٣) تقديم معلومات غذائية هامة لآباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- (٤) تقديم خدمة إرشادية لآباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمنطقة جازان من شأنها تخفيف الضغوط الواقعة عليهم ومساعدتهم في الوصول إلى درجة مناسبة من جودة الحياة أي الشعور بالسعادة.

أهمية الدراسة :

للدراسة الحالية أهميتان، أهمية نظرية وأخرى تطبيقية، حيث تكمن الأهمية النظرية له في تناوله لفئة الأطفال ذوي اضطراب التوحد والتي تتزايد أعداد أطفالها يوماً بعد يوم طبقاً للتقارير والإحصائيات العالمية، كما تكمن أهميته النظرية أيضاً في محاولته إلقاء الضوء على الحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتقديم إطار نظري علمي خاص بها، أما أهميته التطبيقية فتتمثل في تبني البحث لمجموعة من الجلسات الإرشادية الهادفة إلى توعية آباء وأمهات أطفال التوحد (الأوتيزم) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم، بما يعد وسيلة من وسائل تخفيف الضغوط التي تعيشها تلك الأسر مع أطفالهم ذوي التوحد، كما تعد دليلاً علمياً يمكن للمراكز والجهات المعنية برعاية وتأهيل هذه الفئة من الأطفال بأسس الحميات الغذائية وكيفية تطبيقها.

مصطلحات الدراسة :

(١) البرنامج الإرشادي **Counseling Program** : ويعرفه الباحثون على أنه : مجموعة من الخدمات التي تتضمن النشاطات الإرشادية المختلفة التي تهدف إلى إحداث تغيير معين في حالة أو موقف ما للفرد أو الجماعة وذلك من خلال اكتساب الخبرات الجديدة التي تساعد بالتالي على النمو العقلي والاجتماعي والوجداني والمهني والأكاديمي.

(٢) **Parents of Children with Autism Disorder** : ويعرفهم الباحثون على أنهم : هؤلاء الآباء و الأمهات الذين

تم تشخيص احد أطفالهم تشخيصاً دقيقاً طبقاً للدليل التشخيصي الرابع DSM IV على أنه طفل ذي اضطراب توحد، أي طفل يعاني من اضطراب في نموه غالباً ما يبدأ قبل اكتمال سن الثلاث سنوات، وهذا الاضطراب يؤثر في مهام النمو ومعاييره فيؤدي به إلى الثبات النسبي عند مستوى معين من النمو النفسي والاجتماعي

والانفعالي، مما تتعكس آثاره على الأداء المعرفي والوجداني والسلوكي فتعوزه المشاعر والأحاسيس فلا يفهم الآخرين ولا يتواصل معهم إلا في حدود ضيقة ويظل صامتاً لا يتكلم لفترات طويلة منعزلاً عن العالم منهمك في حوار دائم مع الذات، وإجرائياً : يعرفهم الباحثون على أنهم: آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يحصلون على درجات منخفضة في مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم المستخدم في هذه الدراسة.

٣) الحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة طفل التوحد Effective Diets :

ويعرفها الباحثون على أنها : النظام الغذائي الذي يتبعه الطفل ذو اضطراب التوحد من غذاء وشراب، وتلعب دوراً في تشكيله عدة عوامل منها: البيئة، التقاليد الاجتماعية، الوضع الاقتصادي، والوضع الصحي، بهدف تحسين حالته بوجه عام والحد من مشكلاته السلوكية وزيادة قدراته المعرفية ومهاراته الاجتماعية.

٤) الوعي Awareness : ويعرفه الباحثون على أنه : الإدراك المستند على المعرفة للعلاقات والمشكلات من حيث أسبابها وأساليب مواجهتها وهو العملية العقلية المعرفية التي يستطيع الفرد من خلالها معرفة الأشياء في هويتها المناسبة، أما الوعي بالحميات الغذائية فيعرفه الباحثون على أنه : مجموعة من المعلومات والإرشادات الغذائية اللازمة لتوجيه الآباء والأمهات لاختيار الطعام المناسب والمتكامل كماً وكيفاً لأطفالهم ذوي اضطراب التوحد بهدف تحسين حالتهم بوجه عام والحد من مشكلاتهم السلوكية وزيادة قدراتهم المعرفية ومهاراتهم الاجتماعية. وإجرائياً : الدرجة التي يحصل عليها المفحوصين في هذه الدراسة على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم.

إطار نظري ودراسات سابقة :

من أكثر الأخطاء الشائعة في مجال الاعتماد على الغذاء أو ما يسمى العلاج بالتغذية هو الانتقال المباشر من اللامبالاة الغذائية إلى برامج غذائية متقدمة جداً دون

البدء من مرحلة الأساسيات الغذائية اللازمة للطفل بوجه عام، فنظام العلاج الغذائي هو عبارة عن مجموعة من الخطوات والمراحل تعتمد كل مرحلة فيها على المرحلة التي تسبقها وتمهد كل مرحلة فيها للمرحلة التي تليها، ومن هنا فالبدء مع الطفل بوجه عام ينبغي أن تكون من المرحلة الأساسية (مرحلة الأساسيات الغذائية) قبل البدء في أي برنامج علاجي غذائي معين، فبدون الاعتماد على المرحلة الأساسية سنظل المشكلة قائمة مهما كانت نوعية البرنامج الغذائي المطبق مع الطفل، ومن الجدير بالذكر أن موضوع التغذية الأساسية للطفل هو أحد الموضوعات والقضايا الشائكة في الربع قرن الماضي، ولقد تغيرت الصورة والنظرة الموجهة لمثل هذه القضايا عدة تغيرات دراماتيكية (Strickland,2009,36).

وهناك أكثر من أربع وعشرين نوعاً من الإضافات التي تضاف إلى المواد الغذائية ونحن نأكل ولا ندري ما هي الآثار الناجمة عن هذه المواد الصناعية المضافة إلى الطعام، وعلى الرغم من أن بعض هذه الإضافات حصلت على تصريح من منظمات صحية عالمية على أنها مواد آمنة إلا أنها لم توضح لنا مدى ومدة هذا الأمان هل لعام أم لعامين، تماماً فالدواء قد يكون في كثير من الأوقات دواء امن لا غبار عليه ولكن ما الوضع مع تجاوز الجرعة أو الإفراط في تناوله، نحن في أغلب الأوقات نأكل ولا ندري خطورة وعواقب ما نأكله ومدى تأثيره على المخ أو الجهاز العصبي أو الجهاز المناعي وكذلك الجهاز الهضمي (Lanphear,2000)، هذا وتستخدم الألوان الصناعية في معظم حلوى ومأكولات الأطفال، وحالياً هناك سبعة ألوان تستخدم في الأطعمة الموجودة في الولايات المتحدة الأمريكية هي : الأزرق رقم ١ ورقم ٢ والأصفر رقم ٥ ورقم ٦ والأخضر رقم ٣ والأحمر رقم ٣ ورقم ٤٠، ومع ذلك تشهد الآونة الأخيرة تحذيرات علمية قائمة على أبحاث ودراسات تخصصية دقيقة بأن كثير من الأطفال حساسون لمثل هذه المواد الكيميائية (Libin et al.,2014).

بل أن كثير من الدراسات قد أجمت بأن الألوان الصناعية هي عامل رئيسي في الإصابة باضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، كما أكدت دراسة علمية

حديثاً لاقت انتشاراً وذبوعاً في أرقه البحث العلمي أن هذه الألوان الصناعية تسبب تشتت الانتباه واضطرابات النوم والاكزيما والتهابات الجلد والتهابات الأنف المختلفة (Anand & Sati,2013).

إن تغذية الأبناء في طور النمو مهمة جداً خاصة مع تزايد الدراسات التي تربط بين تغذية الإنسان وحالته الصحية والعقلية بشكل خاص، ومنذ فترة بسيطة أظهرت دراسة قامت بها جامعة ساوثامبتون في بريطانيا على ٣٠٠ طفل وجود صلة بين الألوان الصناعية في الأطعمة وبين ازدياد نوبات الهياج وازدياد الحساسية وضعف التركيز الذهني لدى الأطفال (Strickland,2009,36)، ونتائج الدراسة السابقة تدعم نتائج دراسة أخرى أجريت في بريطانيا أيضاً منذ حوالي سبع سنوات وربطت بين مضافات الأطعمة (ومنها الألوان الصناعية) وحدوث الحساسية وفرط النشاط ADHD الذي يجعل من الصعب على الطفل التركيز في المدرسة، ومن أوائل من ربط بين تأثير الألوان على صحة الأطفال الدكتور بن فينجلود Ben Feingold وهو طبيب بارز متخصص في طب الأطفال والحساسية في سان فرانسيسكو حيث نشر عام ١٩٦٨م بحثاً بعنوان "الإقرار بإضافات الأطعمة كمسببات لعوارض الحساسية". وفي عام ١٩٧٦م أنشأ الدكتور بن فينجلود منظمة تدعم مبدأ إزالة الألوان الصناعية من الأطعمة (Eagle,2014 ; Stevens et al.,2014).

ومصطلح المواد الحافظة Artificial Preservatives هو مصطلح يستخدم للدلالة على تلك المواد الكيميائية التي يتم إضافتها على كثير من المواد الغذائية لمنع نمو البكتيريا والفطريات ومنع التأكسد والحفاظ على المواد الغذائية من تلك التغيرات التي قد تعثرها سواء من ناحية اللون أو الطعم أو الرائحة، ويشتمل مصطلح المواد الحافظة أيضاً على الملح والسكر والخل وتفاعلها في عمليات التجميد والتخليل والتدخين (لحم مدخن) والتعليق، هذا وقد أثبتت الدراسات بشكل قاطع أن المواد الحافظة تؤثر على كفاءة الجهاز التنفسي وتسبب بنسبة كبيرة جداً أمراض خطيرة وعلى رأسها مرض السرطان، كما أكدت العديد من الدراسات التي أجريت في ميدان

علم التغذية أن المواد الحافظة سبب خطر للإصابة باضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد (Bateman, 2004)، ولقد أثبتت إحدى الدراسات الحديثة في هذا المجال والتي طبقت على مدارس التعليم العام في أمريكا أن ابتعاد الأطفال عن المواد الحافظة في الوجبات الغذائية المقدمة لهم قد ساعد بدرجة كبيرة وملحوظة على تحسين أدائهم الأكاديمي وعلى الحد من مشكلاتهم السلوكية التي كانوا يعانون منها، وأصدرت جمعية التوحد العالمية NAS تحذيراً شديداً للهجة فيما يخص المواد الحافظة وخاصة المستمدة من مادة الأنيسول هيدروكسي والتي كشفت الدراسات المتخصصة في علم التغذية عن وجود هذه المادة في كثير من المنتجات الغذائية خاصة العلك (اللبان) وشرائح البطاطس المقليّة الجاهزة (Reading, 2004 ; Lainie,2010)، وقد أكدت جمعية التوحد العالمية NAS أيضاً على أن المادة الكيميائية المستخدمة في حفظ هذه المنتجات هي نفسها المستخدمة في مواد التجميل الطبية ومواد المختبر الصيدلانية وهي نفس المادة التي يصنع منها وقود الطائرات النفاثة والمطاط والمنتجات النفطية وهي أيضاً المادة الأساسية المستخدمة في التحنيط، وقد كشفت أيضاً على أن هذه المادة تؤدي حتماً للإصابة بالسرطان (Strickland,2009,36)، وفي الصدد نفسه، أكدت العديد من الدراسات والمحاولات البحثية التي اهتمت بدراسة واقع المشكلات السلوكية لدى أطفال التوحد على وجود علاقة بين المشكلات الغذائية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وبين كثير من المشكلات السلوكية التي يظهرونها، فالمشكلات السلوكية المتمثلة في العنف والسلوك العدواني وكذلك الأنماط السلوكية التكرارية القهرية التي يمارسها أطفال التوحد من أكثر الدلائل التي تشير إلى معاناة هؤلاء الأطفال من مشكلات غذائية متنوعة يأتي في مقدمتها الحساسية من منتجات الجلوتين والكايزين (Jachson,2009:27).

وفي الصدد نفسه، أشارت كثير من نتائج الدراسات العلمية المتخصصة إلى أن أكثر من ٣٠% من الأطفال ذوي التأخرات النمائية ومن بينهم أطفال التوحد يعانون من صعوبات غذائية تنعكس على سلوكياتهم وطرق تصرفاتهم في تعاملهم مع

المحيطين من حولهم، وأكدت نتائج الدراسات المسحية التي طبقت على آباء أطفال التوحد أن حوالي ٩٠% من هؤلاء الأطفال يعانون مشكلات سلوكية تتجلى خاصة في أوقات تناول الطعام (DeMeyer,1979:171)، فالعلاقة بين المشكلات السلوكية والمشكلات الغذائية لدى أطفال التوحد هي علاقة تأثير وتأثر أي أنها علاقة تبادلية في الكثير من الأوجه، فالمشكلات السلوكية قد تؤدي إلى مشكلات غذائية والعكس صحيح (Linscheid & Lukens,2008)، وتتضح تلك الإحالة المتبادلة من خلال خصائص أطفال التوحد، حيث أشارت نتائج العديد من الدراسات الى أن هؤلاء الأطفال يعانون من عادات وسلوكيات غذائية غير عادية تتمثل في رفضهم للعديد من الأطعمة الهامة (Cornish,1998,503) وذلك يرجع إلى تمسكهم الشديد وميلهم المفرط للرتابة والنمطية، أي أن السلوك النمطي التكراري باعتباره مشكلة سلوكية تميز الكثير من أطفال التوحد يفرض عليهم قيوداً غذائية تجعلهم يرفضون تناول الأطعمة والمواد الغذائية المختلفة مما يؤثر على كمية الفيتامينات والمعادن التي يتناولونها (Wing,1987) وبالتالي فهم يعانون نقصاً في الكثير من المعادن اللازمة والضرورية للنمو السليم، فكثير من أطفال التوحد يعانون نقصاً حاداً في العناصر الغذائية الأساسية لدعم عملية النمو (Aitken,2009,87) جراء رفضهم لتناول الأطعمة المختلفة تعبيراً عن ميلهم للنمطية والروتين اليومي وهذا ما أكدته العديد من الدراسات حينما أشارت نتائجها إلى أن معظم أطفال التوحد يعانون من نقص في كمية الكالسيوم calcium وكمية فيتامين B اللازم لدعم العمليات الأساسية للنمو السليم كما أنهم يعانون من انخفاض نسبة فيتامين A وفيتامين C في طعامهم علاوة على معاناتهم الشديدة من نقص نسبة الحديد في الدم وكذلك فيتامين D (Cornish, 1998,503)، ومن ناحية أخرى يعاني بعض أطفال التوحد مما يعرف بالحساسية الغذائية Food Sensitivity تجاه بعض العناصر والمواد الغذائية وبالتالي فهم يعتمدون على مجموعة قليلة محدودة من العناصر الغذائية (Lukens,) (Linscheid & 2008).

وبوجه عام هناك العديد من الطرق والتدخلات الحالية التي تقوم على الغذاء والتي تهدف إلى تحسين حالة أطفال التوحد بل وقد تساعد في كثير من الأوقات وبصورة كبيرة على تحسين جوانب القصور التي يعاني منها طفل التوحد كتحسين الجوانب الإدراكية والوظائف المعرفية أو القدرات الجسدية (; Silberberg,2009 ; Jordon,2008 ; Legge,2009)، وتتبلور هذه الطرق والتدخلات حول النقاط التالية : أنظمة الحماية : وتشتمل على الحد من استخدام الجلوتين والكازيين، الحماية القائمة على الكربوهيدرات ، ومضادات الفطريات، نظام التغذية الأساسي : ويتضمن جرعات معينة من الفيتامينات والمعادن و جرعات أحماض دهنية أساسية، جرعة فيتامين مركزة : وتتضمن جرعات مركزة مكثفة من فيتامين B₆ ، أعشاب ومغذيات معينة: حيث تحتوي على كثير من الأعشاب والمكملات الغذائية، ومن الجدير بالذكر أن ميدان العلاج الغذائي الخاص بأطفال التوحد قد حظي بالعديد من الحميات الغذائية المختلفة والقائمة على فلسفات نظرية متنوعة (Aiteken,2009,10) نذكر منها ما يلي : حمية الجلوتين والكازين CF-GF Diet، حمية الأوكسالات المنخفضة The Low Oxalate Diet، حمية الملح أحادي الصوديوم (جلوتاميت) The Low Glutamate Diet، حمية الفينيلالانين The Low Phenylalanine Diet ، وحمية الفينول The Low Phenol Diet.

هذا وتعد حمية الجلوتين Gluten والكازين casein من أشهر أنواع الحميات الغذائية المستخدمة مع أطفال التوحد، حيث تعد وجبات الاستبعاد وخاصة الخالية من الجلوتين والكازين من أكثر الأمور الشائعة في مجتمع الأطفال المصابين باضطراب التوحد، هذا ولقد أكد كثير من آباء وأمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد على أن الاعتماد على وجبات غذائية خالية تماماً من الجلوتين والكازين هي وجبات فعالة جداً في تخفيف الأعراض السلوكية المصاحبة للتوحد (Aitken,2009,113).

وتقوم حمية الجلوتين والكازيين على فكرة مؤداها أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد ربما يتأهبون لردود أفعال واستجابات حساسة تجاه البروتينات الغذائية

(الجلوتين، الكازين، الصويا) الأمر الذي يؤدي الى التهابات معوية وأعراض سلوكية كثيرة، وفي هذا الصدد تؤكد نتائج العديد من الدراسات المتعلقة بهذا المجال على أن أطفال التوحد الذين تعرضوا لهذه الحمية قد حدث لهم تحسن في الأعراض السلوكية المصاحبة لهم مع الوجبة الخالية من الجلوتين والكازين والصويا حيث أكدت هذه الدراسات على أن الاستجابات المناعية للجلوتين والكازين والصويا تلعب دوراً في الأعراض المعوية المسببة لكثير من المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Mulloy et al.,2009)، وهذا يعني أن هناك افتراض نظري مؤداه أن أطفال التوحد يفتقرون الى الإنزيمات الهاضمة اللازمة لتحليل الجلوتين الموجود في القمح ومشتقاته والكازين الموجود في اللبن ومشتقاته (Linscheid & Lukens,2008:344)، وبالتالي ينتج عن التحلل غير الكامل للجلوتين والكازين ما يعرف بالبيبتيدات peptides وهي سلاسل قصيرة من الأحماض الأمينية تتكون عندما لا يكتمل هضم البروتينات بسبب الإنزيمات وينتج عنها ببتيدات الجلادومورفين من هضم غير مكتمل للجلوتين والكازومورفين من هضم غير مكتمل للكازين (Whitely et al.,1999,47)، والجلادومورفين والكازومورفين يشار إليهم باسم بيبتيدات أفيونية لأن تركيبهم الكيميائي يشبه الأفيون ولهذا تم افتراض أن هذه المواد تكبت النظام العصبي المركزي الأمر الذي يؤدي إلى تفاقم أعراض التوحد وتفاقم المشكلات السلوكية المصاحبة له وبالتالي نشأت نظرية فرط الأفيون للتوحد (Strickland,2009 ; Reichelt & Knivsberg,2003)، وجدير بالذكر أن هناك خطوات أساسية ينبغي إتباعها لتنفيذ حمية الجلوتين Gluten والكازين casein، أولها التنظيف والتجهيز: فلبداية الحمية يفضل أولاً نظافة المطبخ وإبعاد كل الأشياء التي لا نحتاجها، كما يجب الالتزام باستبعاد الجلوتين من النظام الغذائي، وذلك من خلال إبعاد المواد الغذائية المحتوية على الكازين والجلوتين، أما الخطوة الثانية فتتمثل في الوعي الأسري بكيفية تطبيق الحمية ومتى تبدأ عملية التطبيق، وأعتقد من هناك مجموعة من الأشخاص تحدثوا عن هذا الموضوع باستفاضة،

بالنسبة للأسر قد يكون صعباً في أن يقرروا ماذا يفعلوا بالنسبة لهم ولأطفالهم، ومن الجدير بالذكر هنا الحديث فيما يتعلق باستخدام حميتي استبعاد الجلوتين والكازين معا أم كل واحد على حدا، وهنا تتصح وحدة أبحاث التوحد في سندرلاند بضرورة أتباع كل منها على حدا، حتى نتمكن من التعرف على رد فعل الشخص تجاه كل حمية بمفردها، فقد يكون هناك رد فعل شخص ما للجلوتين بينما لا يوجد نفس رد الفعل عند استخدام الكازين أو العكس وبالتالي يصعب إرجاع التغير الذي يحدث إلي أي واحد منهما، وهنا ينبغي الإشارة إلى أنه في حالة اتخاذ القرار بإتباع حمية الجلوتين والكازين **CF-GF Diet** فيجب أولاً فطم الطفل من الجلوتين والكازين وبذلك بالتدريج خاصة إذا كان الطفل قد اعتاد عليهما لفترة طويلة، فحينها يصبح تطبيق الحمية الغذائية أمر بالغ الصعوبة، ويمكن للأم أثناء حمية الاستبعاد هذه إعداد طعام الطفل التوحيدي بالطريقة والمذاق الذي يريده.

ومن الحميات المستخدمة أيضاً مع أطفال التوحد ما يعرف بحمية الكربوهيدرات **The Specific Carbohydrate Diet** والكربوهيدرات عموماً هي إحدى مصادر الطاقة الهامة بل وتعد المصدر الرئيسي للطاقة على الإطلاق وذلك نظراً لأن عملية تحولها إلى جلوكوز هو أمر غاية في السهولة وبالتالي فأجسامنا تفضل الكربوهيدرات عن الدهون والبروتينات للحصول على الطاقة، وكما نعلم فالجلوكوز هو المصدر الرئيسي للطاقة التي يحتاجها المخ لكي يعمل ويؤدي وظائفه على ما يرام، ومن الجدير بالذكر أن المخ يحتاج للطاقة أي الجلوكوز بصفة مستمرة طوال اليوم وليس لمرة واحدة، والكربوهيدرات بصفة عامة إما بسيطة أو معقدة، فالكربوهيدرات البسيطة هي السكريات الأحادية مثل الجلوكوز وسكر الفواكه واللبن أي أنها تتكون من وحدة واحدة من السكر وتحوي قليلاً من الأملاح والفيتامينات، أما الكربوهيدرات المعقدة فهي تلك التي تتألف من وحدات كثيرة من السكر على شاكلة سلاسل مرتبطة (Chokkalingam,2007)، هذه الكربوهيدرات تزود الجسم بمقدار من الطاقة ذلك لأنها تحتاج كثير من الوقت في عملية هضمها، ومن الجدير بالذكر أن الكربوهيدرات

المعقدة تحوي أليافاً غذائية تساعد في خفض نسبة الكوليسترول في الدم كما أنها تقي بدرجة كبيرة من الإصابة بسرطان القولون ولذلك فهي تعد مصدراً غذائياً هاماً (Strickland,2009:75)، هذا وتقوم حمية الكربوهيدرات بالنسبة للأطفال التوحد على حقيقة علمية تم إثباتها من خلال الدراسات تؤكد أن هؤلاء الأطفال يعانون بشدة نقص في كمية الكربوهيدرات اللازمة للحصول على الطاقة الكافية التي يحتاجها المخ ليقوم بوظيفته، وبالتالي فأطفال التوحد بحاجة ماسة إلى تناول كميات كافية من الكربوهيدرات البسيطة التي تنعكس مباشرة على أداء المخ ووظائفه (; Aitekn,2009 Kessick,2009)، وحمية الكربوهيدرات (CD) تساعد الجهاز الهضمي على التخلص من السكريات من الغذاء، وتقوم فكرة الحمية باستبعاد الكربوهيدرات من الطعام، وقد ثبت فعالية هذه الحمية مع كثير من الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

كما يعد التدخل الغذائي القائم على إعطاء جرعات عالية من الفيتامينات والمعادن وخاصة فيتامين B6 وفيتامين D و المغنيسيوم Magnesium أحد التدخلات الغذائية المستخدمة في مجال تحسين حالة أطفال التوحد والحد من مشكلاتهم الغذائية والسلوكية بشكل كبير (; Cannell, 1985 ; Martineau et al., 2008)، ومن الجدير بالذكر أن استخدام العلاج الغذائي القائم على إعطاء جرعات من الفيتامينات مع اضطراب التوحد قد اشتهر في الستينيات من القرن الماضي (Bhagavan et al., 1975) ، وذلك عندما تم إدخال فكرة أن الجرعات العالية اليومية من فيتامين B6 ربما تفيد أطفال التوحد (Gillberg et al, 1983)، واليوم فالعلاج بفيتامين B6 بجرعات عالية هو علاج مستخدم في تحسين حالة أطفال التوحد وذلك من خلال الحد من مشكلاتهم السلوكية وخاصة العدوان وإيذاء الذات بالإضافة إلى تقليل نوبات الغضب والاستثارة لديهم (Strickland,2009,111).

وعلاوة على هذا أظهرت دراسات علمية أخرى عديدة أن المكملات الغذائية الخاصة بالحمض الدهني أوميغا ٣ تقلل من كثير من المشكلات السلوكية خاصة السلوك العدواني كما أنها مفيدة جدا في تحسين القدرة على القراءة والقدرة على تهجي

الكلمات لدى الأطفال بوجه عام وأطفال التوحد بوجه خاص، كما ثبت علمياً بالدليل القاطع أن تعويض الأطفال بحمض أوميغا ٣ يحسن انتباههم ويقلل من سلوكياتهم التهورية ومن مستوى قلقهم وكذلك يحد من صعوباتهم المعرفية (Politi et al.,2007 ; Ammlinger et al.,2009 ; Politi et al.,2008).

هذا ويعتبر دور الأسرة أساسياً في تطبيق البرامج التربوية والعلاجية المختلفة للأطفال ذوي اضطراب التوحد، فالأسرة هي التي تقضي أكبر وقت مع الطفل وهي التي تراقب وتلاحظ على الأغلب وجود أي مشكلة أو تطورات على سلوكه، وهي التي تنقل المعلومات والملاحظات عن جوانبه غير العادية، والوالدين هما أول من يتلقى الصدمة والمفاجأة بعد مرحلة التشخيص، ويعيشان مراحل الرفض والإنكار للحالة والتنقل من طبيب إلى آخر إلى أن يصل الأمر بهم لتقبل الحالة والبحث عن البرامج التربوية والعلاجية المناسبة، لذلك فهم يلعبون دوراً كبيراً في نجاح هذه البرامج، وتقوم الأسرة بمساعدة الاختصاصيين على فهم العديد من جوانب الضعف أو القوة لدى الطفل، والتي لا تظهر عادة في أماكن الملاحظة والفحص مثل العيادة أو المركز، بل تظهر لدى الأسرة فقط لأن الطفل لا يقوم بها إلا في المنزل.

لذلك تأتي هنا أهمية المشاركة الفاعلة للوالدين منذ عملية التشخيص الأولى حتى صياغة البرامج التربوية والإرشادية وتطبيقها وتقييمها، إن ثروة الأمم والحضارات والمجتمعات لا تقتصر على مواردها الكامنة في باطن الأرض وسطحها، بل تمتد لتشمل الموارد البشرية الحقيقية التي يعد استثمارها العامل الأساسي في رقيها وتقدمها المنشود، ومن الأهمية بمكان أن الأسرة هي النسق الحقيقي لكافة أنساق الرعاية الاجتماعية والأولية لأطفالهم، والوالدين على الدوام يتوقعان أن يكون لديهم أطفالاً أسوياء قادرين على تحقيق مستويات إنجازيه تحصيلية، ووظائف ومكانات اجتماعية مستقبلية، ولكنه في بعض الأحيان تشوب توقعات الوالدين والأسرة ككل نوعاً من التناقض الذي لا ينسجم مع الواقع خاصة حينما يمنحهم الله طفلاً لديه قصوراً أو عجزاً أو اعتلالاً في ناحية من نواحي شخصيته المعرفية أو النفسية أو

الجسمية أو الاجتماعية (الخطيب، ٢٠٠٤)، حيث يتطلع الآباء إلى ميلاد طفل عادي معافى صحياً وجسماً وعقلياً ونفسياً حيث يعد هؤلاء الأطفال بالنسبة لذويهم مشروع المستقبل والهدف من الحياة، وبالتالي فإن ميلاد طفل يعاني من قصور ما يفقد ذويه هذا الأمل المنتظر ويوقع الآباء والأمهات في سلسلة ردود الفعل السالبة حيث تتحطم الآمال والطموحات وتتولد المشكلات الأسرية والمادية والاجتماعية مما يعرض هذه الأسر لمزيد من الضغوط خاصة الضغوط النفسية، فالصدمة التي يتعرض لها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جراء ما يتعرضون له من صدمة نفسية عند تشخيص حالة الابن بالإعاقة يؤدي إلى شعورهم بعدم الاتزان وحينها يصعب عليهم مواجهة متطلبات الموقف الذي يؤثر عليهم (الشخص والسرطاوي، ١٩٩٨: ٣٥)، وهذا يتفق مع الرؤية التي تقول أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة ماسة إلى كثير من الاحتياجات إلا أن حاجات والديهم تكون أكبر وربما تجد حاجات الأطفال اشباعاً مناسبة ولكن حاجات الآباء نادراً ما يعترف بها أو تشبع (الشناوي، ١٩٩٧: ٣٤).

ومما لاشك فيه أن الأسرة نسق أو نظام بالغ التفرد والخصوصية، لأنه النسق الذي ينضم إليه الطفل عادياً كان أم ذوي احتياجات خاصة منذ بداية حياته، يشبع فيه حاجاته ويستمد منه مصادر الدعم، وتتوقف الصحة النفسية للطفل ونجاحه في الحياة على المتغيرات المرتبطة بهذا النسق وردود الفعل نحو الإعاقة وأساليب معاملة الوالدين ومدى تقبل الأسرة للطفل ذوي الاحتياجات الخاصة وإشباع حاجاته (حنفي، ٢٠٠٧: ٩)، فالنظرة التي ترى أن الأسرة عبارة عن كيان واحد والمنبثق منها ما يعرف بالنسق الأسري **Family System** تؤكد على أن أي اعتلال أو خلل أو قصور وظيفي لدى أي فرد من أفراد الأسرة يؤثر بصورة حتمية مباشرة على جميع أفراد الأسرة، فببساطة شديدة فالكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها بعضها البعض وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء، فالخبرة التي تؤثر على أحد أفراد الأسرة تؤثر بالضرورة على جميع أفرادها (Friedman et al., 2003: 47).

فميلاد طفل ذو إعاقة داخل أسرة ما له نواتج السالبة التي يدركها الآباء والأمهات على المستوى النفسي لدرجة تصل إلى حد الصدمة النفسية القوية والعنيفة ولا تتوقف فقط معاناة الآباء عند ذلك الحد بل إن المعاناة تتعاظم لديهم حينما يفشلون في مواجهة المجتمع بمثل هؤلاء الأطفال، فأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دائماً ما تتناهب مشاعر القلق والتوتر جراء خوفهم الدائم من الفشل الاجتماعي حينما يخرجون للعالم المحيط بطفل ذوي إعاقة ما (Jones&Passey,2005)، فعادة ما يغير مولد الطفل ذو الإعاقة الأسرة كوحدة اجتماعية بطرق مختلفة، فقد يصاب الآباء والأبناء الآخرين بالصدمة وخيبة الأمل والغضب والقلق والاكتئاب والشعور بالذنب والحيرة كرد فعل، وهذا قليل مما يواجهانه، كما قد تتغير العلاقات بين أفراد الأسرة إما بشكل سلبي أو ايجابي، فآثر مثل هذا الحادث يكون كبيراً وليس من المحتمل أن تبقى الأسرة كوحدة كما كانت من قبل، وخاصة عندما يعاني الآباء من أحلام اليقظة والتخيلات المحتملة للمرحلة الجديدة من الرعاية الأبوية، فالتخيلات المفرحة تتعدل بواسطة الخبرة الحقيقية للرعاية الوالدية، فعلى الآباء اتخاذ نوع مختلف من الالتزام تجاه كل منهما وتجاه الطفل أيضاً، كما أن عليهما أيضاً أن يقوموا بتنظيم كيفية عملهما معاً، بحيث يستطيعا إشباع رغبات وقبول كل منهما، ومولد طفل ذو إعاقة أو صعوبة بالغة سيعقد كل هذا حيث نجد أن تصوراتهم لأنفسهم كأباء غالباً ما تتغير، فالوقت الذي كان يجب أن يحمل السرور أصبح يحمل الشك والقلق (العثمان والبيلاوي، ٢٠١٢).

إن وجود طفل ذو إعاقة في الأسرة يضاعف الضغوط الأسرية، ويصبح بداية لسلسلة من الهموم والأزمات النفسية التي لا تحتمل، وتبادلاً للاتهامات، واختلاف الأداء، ولوم الذات و الآخرين، و يزيد من سيادة نزعات التشاؤم، والانكسار النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل للإرادة، فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة ككل، هذا ويتعاظم الأمر تماماً داخل أسر أطفال التوحد، فكل طفل توحي هو حالة فريدة من نوعها وله مشكلاته التي تختلف إلى حد ما مع غيره من أطفال التوحد، هذا

التباين والاختلاف يخلق ضغوطات أكثر من تلك التي تخبرها أسر الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة (Kapp&Brown,2011).

فالأسرة التي تحوي طفل توحدي ينبغي عليها التأقلم مع كم هائل من الضغوطات المتعلقة بأمور التواصل والتفاعل الاجتماعي الضعيفة لدى هذه الفئة من الأطفال علاوة على السلوك غير المتوقع الذي يظهرونه والروتين اليومي الصلب صعب التغيير (Drew&Norton,1994)، أي أن الأسر التي تتعامل مع طفل توحدي تواجه ضغوطات ومحن كبيرة تعيق أدائها لدورها المنوطة به تجاه كافة أفراد الأسرة، ولهذا فقد برز مفهوم المشاركة التعاونية (الشراكة) Partnership بين الاختصاصيين وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الآونة الأخيرة في ميدان التربية الخاصة، حيث أن دور برامج التربية الخاصة لا يقتصر على تقديم الخدمات للطفل ذي الإعاقة فقط، ولكن عليها أن تسعى إلى مد يد العون لأسرته، وتقديم البرامج الإرشادية والتدريبية ذات العلاقة باحتياجات الطفل وإعاقته وذلك في مرحلة مبكرة عقب اكتشاف الإعاقة (حنفي وقرقيش، ٢٠٠٩).

هذا وينظر إلى الإرشاد على أنه عملية ذات توجيه تعليمي تتم في بيئة اجتماعية يسعى المرشد المؤهل بالمعرفة والمهارة والخبرة إلى مساعدة الآخرين باستخدام طرق وأساليب ملائمة لحاجاتهم متفقة مع قدراتهم كي يتعلموا أكثر على نحو أفضل (السكري، ٢٠٠٠:١١٦)، كما يعرف البرنامج الإرشادي على أنه المفهوم أو الفكرة التي تحتوي على أوجه النشاط المختلفة والعلاقات والتفاعلات والخبرات للفرد والجماعة والتي توضع وتنفذ بواسطة الجماعة ذاتها بمساعدة الأخصائي لمقابلة حاجات ورغبات وتحقيق أهداف الجماعة (شمس الدين، ١٩٨٧:٣٠٢)، وينتمي الإرشاد إلى علم النفس التطبيقي كما أنه يقع مع مجموعة من التخصصات المختلفة التي تهتم بمساعدة الناس في مواجهة مشكلات ومواقف الحياة وضغوطها وتغيير حياتهم إلى الأفضل (الشناوي، ١٩٩٦:٩).

ويهدف الإرشاد الجماعي بوجه عام إلى تحقيق العديد من الغايات منها : إتاحة الفرصة للمسترشدين لتحديد أهداف التغيير وتنمية المهارات الضرورية التي تحقق ذلك، مساعدة المسترشدين على تحقيق النمو وتقديم العون وتأييدهم وتشجيعهم للمحافظة على نموهم، تعليم المسترشدين كيفية معرفة مشكلاتهم وكيفية مناقشتها في الجماعة الإرشادية، مساعدة المسترشدين على تحديد أهدافهم وتنمية ثقتهم بأنفسهم واكتساب المهارات التي تمكنهم من اكتساب سلوكيات جديدة، بالإضافة إلى مساعدة المسترشدين على البحث عن أهداف جديدة تساعدهم في المحافظة على سلوكياتهم التي اكتسبوها (Merle et al.,1988:10)، ومجال إرشاد والدي الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة من المجالات الحديثة والهامة في الإرشاد النفسي حيث يمثل الإرشاد الوالدي للأطفال المعاقين حاجة أساسية لهؤلاء الآباء لما يمرون به من صدمات وضغوط نفسية ابتداءً من تشخيص حالة الطفل واستمراراً مع هؤلاء الآباء طيلة حياة الطفل واعتماده على الأسرة (قنديل وبديوي، ٢٠٠٤: ٣٣)، وبذلك تكمن ضرورة الإرشاد المقدم لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أنه يدلهم على الخيارات الطبية والعلاجية والتربوية المتوفرة، ويدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة وإيفائهم كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة تمكنهم من العيش باستقلالية وتوفير خدمات اجتماعية تساعد في تحقيق هذه الحياة (فتحي، ٢٠٠٨).

ولكي يتم التمكن من دعم أسر ذوي الاحتياجات الخاصة وإرشادهم يجب أولاً التعرف على خصائص تلك الأسر، فقد أثبتت الدراسات أن أسر الأطفال العاديين أكثر استقراراً وأقل تعرضاً للضغوطات من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الروسان، ٢٠٠٠: ٧٥)، هذا وتأخذ البرامج الإرشادية المستخدمة مع أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد عدة مناحي هي : منحى يتجه نحو التأكيد على أهمية الإرشاد الديني لوالدي الطفل التوحدي، منحى يتجه إلى إشراك الآباء الرجال في برنامج رعاية الطفل بهدف مزيد من تحمل المسؤولية وتخفيفاً من العبء والتوتر النفسي الذي

تتعرض له الأمهات، منحى يتجه نحو تدريب الوالدين وتعليمهم لتطوير مهارات أطفالهم التعليمية، ومنحى يتجه نحو إمداد الوالدين بمعلومات وخبرات تزودهم بحقائق حول حالة أطفالهم، وتهدف هذه البرامج بوجه عام إلى حل مشكلات الوالدين بل وتركز على التفاعل الإيجابي المتبادل بين الطفل ووالديه والذي يمكن أن يزيد من فهم الوالدين لحاجة أبنائهم ومن ثم مساعدتهم وتعليمهم المهارات اللازمة لهم، ولا تركز تلك البرامج الإرشادية فقط على حل مشكلات الوالدين وإنما تركز على حاجات الطفل ورعايته من خلال التفاعل المستمر بين الطفل ووالديه (منيب، ٢٠٠٩).

ويمكن القول أن التوعية تعرف بأنها العملية التي تشير إلى إكساب الفرد وعياً حول أمر ما أو أمور بعينها ، وتبصيره بالجوانب المختلفة المحيطة بها، ومن هذا المنطلق، فإن التوعية تهدف في بؤرة اهتمامها إلى التوجيه والإرشاد للزود بالمعرفة وإكساب واكتساب الخبرة، ويمكن القول أن التوعية تشير إلى مدى التأثير في إنسان أو جماعة أو مجتمع لقبول فكرة أو موضوع ما، وعموماً فالتوعية بشيء تعني ما يلي، معرفة ماهية وظروف هذا الشيء، فهم طبيعته حركته ، وهل هي مفيدة أو ضارة ، إيجابية أو سلبية، التوصل إلى أسلم الطرق الممكنة واقعياً للتعامل مع هذا الشيء ، والسيطرة عليه، هذا ويعتبر نقص الوعي الغذائي لآباء وأمهات أطفال التوحد من العوامل المؤثرة على الحالة الغذائية للطفل ذوي اضطراب التوحد، فلا يكفي أن تكون الأم قادرة على توفير الغذاء ولكن يجب أن يكون لديها الوعي بأسس إعداد الوجبات واختيار الأغذية المناسبة لاحتياجات الطفل التوحد اليومية وما يتلاءم مع حالته الصحية (اللهيبي، ٢٠٠٩)، وكلمة وعي في اللغة أي وعى الشيء تعنى حفظه وفهمه، والأمر أدركه على حقيقته، (أوعى) الشيء وعاه وحفظه، والوعي هو الحفظ والتقدير والفهم وسلامة الإدراك، وفي علم النفس الوعي يعني شعور الكائن الحي بما في نفسه وما يحيط به (مجمع اللغة العربية، ٢٠٠٥:٣٧٥). ويعرف الوعي على أنه حالة من التيقظ والانتباه لدى الإنسان وكذلك إدراكه لمشاعره ولما يحدث حوله (Neufeldt, 1999:269)، وهو إدراك المرء بذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً وهو

أساس كل معرفة، ويمكن إرجاع الوعي إلى مظاهر الإدراك والمعرفة والوجدان والنزوع والإرادة (بدوي، ١٩٩٣: ٨١)، والتوعية هي عملية المقصود منها مساعدة الأفراد والجماعات على اتخاذ قرارات معلومة من شأنها أن تؤثر على صحة الفرد والأسرة والمجتمع (السكري، ٢٠٠٠: ١١٦)، والوعي الغذائي هو مفهوم يقصد به الممارسات الصحية عن قصد نتيجة الفهم والافتتاح، وأن تتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير، وبمعنى آخر الوعي الغذائي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونعمل به لا أن تبقى المعلومات كثقافة فقط (الليلي، ٢٠٠٧).

والوعي الغذائي هو الطريقة التي يتصرف بها الناس بوجه عام في الحصول واستعمال السلع والخدمات الغذائية بما في ذلك القرارات التي تسبق وتحدد هذه التصرفات (مصيقر، ١٩٩٧)، وقد حظي موضوع توعية القائمين على رعاية أطفال التوحد بالحميات الغذائية الفعالة من مشرفات وآباء وأمهات بالعديد من الدراسات والبحوث التي تضمنت برامجاً إرشادية للتوعية بالحميات الغذائية، حيث تبنت دراسة اللهيبي (٢٠٠٩) برنامجاً إرشادياً لمعلمات وأمهات أطفال التوحد لتنمية الوعي الغذائي لديهم، حيث هدفت الباحثة إلى التعرف على المشكلات الغذائية التي تواجه المعلمات والأمهات في تغذية أطفال التوحد وإيجاد حلول بسيطة لتلك المشكلات، بالإضافة إلى التعرف على طبيعة ممارسات المعلمات والأمهات في تغذية طفل التوحد، كما هدفت الباحثة إلى تقديم برنامج إرشادي يساعد المعلمات والأمهات على تخطيط وجبات غذائية مناسبة لمشكلات وطبيعة أطفال التوحد، اعتمدت الباحثة هنا على تقديم نصائح غذائية للتعامل مع مشكلات السمنة الغذائية وتسوس الأسنان والإمساك والإسهال وبعض الاضطرابات المعوية الأخرى، هذا وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المقدم للتوعية الغذائية قد ساهم في زيادة وعي المعلمات والأمهات بالغذاء الصحي وكيفية إعداد وجبات غذائية سليمة ومناسبة لأطفال التوحد.

وفي الصدد نفسه، قامت الجمعية العالمية للتوحد (NAS,2009) بدراسة إرشادية لتغيير اتجاهات اباء وأمهاة أطفال التوحد نحو الحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم التوحديين، حيث استهلت الدراسة بالتأكد على ضرورة توعية اباء وأمهاة الأطفال التوحديين بأهمية وقيمة حمية استبعاد الجلوتين والكازين (GF CF)، ومن خلال تطبيق برنامج إرشادي على مجموعة من الأسر التي تحوي أطفال توحديين قامت هذه الأسر بتفعيل نظام الحمية المقدم في البرنامج الإرشادي، وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على أن البرامج الإرشادية ذات قيمة فاعلة في تغيير اتجاهات اسر الأطفال التوحديين نحو الحميات الغذائية، كما أقرت النتائج بقيام ٥٠ % من الأسر التي حضرت البرنامج الإرشادي بتطبيق نظام حمية الجلوتين والكازين وأكدت على وجود تحسن ملحوظ في سلوكيات أبنائهم ذوي التوحد، كما أكدت دراسة (Sutter,2009) التي استطلعت مدى وعي اباء وأمهاة أطفال التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على أن الأسر التي تتبع حميات غذائية مع أطفالهم التوحديين قد أكدوا على وجود تحسن ملحوظ في سلوكيات أطفالهم، كما توصلت النتائج أيضاً إلى أن حمية استبعاد الجلوتين والكازين (GF CF) هي أكثر الحميات اتباعاً مع الأطفال ذوي التوحد، ومن ناحية أخرى، أجرى (Pennesi & Klein,2012) دراسة للكشف عن مدى وعي أباء وأمهاة الأطفال ذوي اضطراب التوحد بحمية الجلوتين والكازين (GF CF)، حيث اعتمدت الدراسة على تحليل تقارير (استبانة) مكونة من ٩٠ عبارة تم تطبيقها على حوالي ٣٨٧ من الأسر التي تحوي طفلاً مصاباً بالتوحد، وقد أفادت نتائج الدراسة إلى أن الآباء والأمهاة بوجه عام لديهم وعي منخفض حول أهمية وقيمة إتباع حمية الجلوتين والكازين (GF CF) في تحسين حالة أبنائهم التوحديين وخفض حدة مشكلاتهم السلوكية، أما الحالات التي أظهرت وعياً فائقاً بتلك الحمية فقد أكدت في تقاريرها على أن حمية الجلوتين والكازين (GF CF) قد أفادت كثيراً في تحسين الجوانب الاجتماعية والفسولوجية والسلوكية لدى أطفالهم التوحديين.

وفي المجال نفسه، حاول (Hurwitz,2013) تقييم فاعلية استخدام الحميات الغذائية في تحسين حالة الأطفال التوحديين وذلك من خلال استعراض الدراسات السابقة في هذا المجال والتي اعتمدت على التقارير الوالدية في هذا الشأن، حيث توصل الباحث إلى أن هناك العديد من الدراسات التي أكدت نتائجها على ملاحظة الآباء والأمهات لجوانب تحسن كبيرة في شخصية أبنائهم التوحديين بعد إتباعهم لحمية الجلوتين والكازين (GF CF) لفترة زمنية امتدت قرابة سنة كاملة، كما توصل (Kral,2013) في دراسته التي هدفت إلى فحص العلاقة بين السلوك الغذائي للأطفال ذوي اضطراب التوحد وبين الأعراض السلوكية التي يظهرونها وذلك من خلال وجهة نظر الوالدين، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة وثيقة بين الأعراض السلوكية التي يظهروها أطفال التوحد وبعض أنواع العناصر الغذائية التي يتناولونها، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات من ضمنها ضرورة زيادة وعي آباء وأمهات أطفال التوحد بأهم الحميات والعناصر الغذائية التي من شأنها أن تحد من المشكلات والأعراض السلوكية التي يظهروها الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

كما هدفت دراسة (Winburn et al.,2014) إلى التعرف على مدى فاعلية الحميات الغذائية في تحسين حالة أطفال التوحد من خلال استطلاع رأي آباء وأمهات الأطفال التوحديين، حاول الباحثون في هذه الدراسة معرفة آراء وانطباعات أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد حول الحميات الغذائية ومن ثم إرشادهم بكيفية تطبيق حمية الاستبعاد للجلوتين والكازين، ومن خلال عينة قوامها ٢٥٨ أسرة لطفل توحدي، أفادت نتائج الدراسة إلى أكثر من ٨٣% من تلك الأسر قد استجابت للبرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة وقامت بتجربة حمية استبعاد الجلوتين والكازين (GF CF) مع أطفالهم التوحديين وأكدوا على ملاحظتهم لجوانب تحسن سلوكية لدى أطفالهم بعد تطبيق الحمية لفترة وجيزة.

كما حاول (Navarro et al.,2014) التحقق من العلاقة الكامنة بين الحميات الغذائية وخاصة حمية الجلوتين والكازين (GF CF) والأعراض السلوكية التي يظهروها

الأطفال التوحديين وذلك كما يدركها آباء وأمهات هؤلاء الأطفال، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن وعي الوالدين بالحميات الغذائية يساعد في استخدام تلك الحميات بصورة صحيحة وخاصة حمية الجلوتين والكازين (GF CF)، كما أكدت النتائج على أن الأسر التي اتبعت تلك الحمية مع أطفالها التوحديين أفرت بوجود تحسن ملحوظ وبصورة واضحة في الجوانب المعرفية والسلوكية لدى أطفالهم التوحديين وذلك بعد فترة من إتباع الحمية.

ومما تقدم من دراسات تم عرضها يمكن التعليق عليها كما يلي :

(١) حظي موضوع الحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال التوحديين بالعديد من الدراسات التي حاولت التحقق من العلاقة بين استخدام تلك الحميات وبين الحد من الأعراض السلوكية المصاحبة للتوحد.

(٢) أكدت الدراسات التي تم عرضها سابقاً على أن زيادة وعي آباء وأمهات الأطفال التوحديين بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أطفالهم التوحديين أمر بالغ الأهمية وينبغي العمل عليه من خلال برامج التوعية الإرشادية.

(٣) احتلت حمية الجلوتين والكازين (GF CF) الصدارة بين أنواع الحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال التوحديين على الرغم من أن هناك العديد من الحميات الغذائية التي ثبت فاعليتها في تحسين حالة أطفال التوحد.

(٤) أكدت نتائج الدراسات التي تم تناولها على أن إتباع الحميات الغذائية مع أطفال التوحد يساعد على تحسن العديد من النواحي السلوكية والاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال ويزيد من قدراتهم المعرفية.

فروض الدراسة :

يحاول البحث الحالي التحقق من صحة الفروض التالية :

١- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس

- وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم لصالح القياس البعدي.
- ٣- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم.
- ٤- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم لصالح القياس التتبعي.

الطريقة والإجراءات

أولاً : المنهج المستخدم في الدراسة :

اعتمد البحث الحالي بشكل رئيس على منهجين، الأول المنهج الوصفي، أما المنهج الثاني فهو المنهج التجريبي نظام المجموعتين.

ثانياً : الخطوات الإجرائية للدراسة :

في إجرائهم للبحث الحالي، اتبع الباحثون الخطوات التالية :

(١) قام الباحثون بإعداد الإطار النظري المتعلق بمتغيرات البحث الحالي.

- ٢) قام الباحثون بالاستعانة بمجموعة من الدراسات السابقة وكتابتها والتعليق عليها والاستفادة منها.
- ٣) قام الباحثون بإعداد الصورة المبدئية والأولية للأدوات المستخدمة في البحث الحالي.
- ٤) قام الباحثون بالتحقق من صدق وثبات الأدوات المستخدمة في البحث الحالي والوصول إلى الصورة النهائية لها.
- ٥) قام الباحثون بإعداد البرنامج الإرشادي المقترح والذي يقوم عليه البحث الحالي.
- ٦) قام الباحثون بتحديد عينة البحث وانتقائها والتحقق من تجانسها.
- ٧) قام الباحثون بتطبيق مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم قبل تطبيق البرنامج.
- ٨) قام الباحثون بتطبيق البرنامج الإرشادي المقترح على عينة البحث.
- ٩) قام الباحثون بإعادة تطبيق مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق البرنامج.
- ١٠) انتظر الباحثون فترة زمنية مدتها (١٥ يوماً) ثم قاموا بإعادة تطبيق مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم (تطبيق ما بعد المتابعة : القياس التتبعي).
- ١١) قام الباحثون باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة للوصول إلى نتائج البحث.
- ١٢) قام الباحثون بتفسير نتائج الدراسة وذلك في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
- ١٣) قام الباحثون بصياغة توصيات علمية منبثقة من نتائج البحث الحالي.

ثالثاً : الحدود الإجرائية للدراسة :

أ - الحدود الزمنية: تم تنفيذ البرنامج الإرشادي المقترح على مدار ١١ جلسة بواقع جلستين في اليوم الواحد بفاصل زمني قدره ساعة تقريباً عدا جلسة القياس التتبعي والتي تم تنفيذها بعد فترة من انتهاء البرنامج، وتستغرق كل جلسة ما بين ٩٠ - ١٢٠ دقيقة ما عدا الجلسة الأولى والتي تم تخصيصها للتعارف بين الباحثون وعينة البحث.

ب - الحدود المكانية: تم تنفيذ البرنامج في مدينة جازان بالمملكة العربية السعودية بمركز الأمير محمد بن ناصر للخدمات المساندة في التربية الخاصة.

ج - الحدود البشرية: تم تنفيذ البرنامج الإرشادي المقترح على عينة من آباء وأمهات أطفال التوحد بمحافظة جازان قوامها ١٥ أسرة (١٥ أب و ١٥ أم).

رابعاً : أدوات الدراسة :

(١) مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم : إعداد الباحثون.

يهدف الفريق البحثي من خلال هذا المقياس إلى التعرف على كمية المعلومات التي يمتلكها آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد عن الحميات الغذائية الفعالة في مجال تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، حيث قام الفريق البحثي بتصميم هذا المقياس ليتضمن بعدين، الأول يتضمن ٢٥ مفردة تحتوي على بعض المعلومات عن نظام التغذية الأساسي، حيث قام الفريق البحثي بوضع استجابتين أمام كل مفردة، نعم وتأخذ الدرجة (١) ولا وتأخذ الدرجة (صفر)، أما البعد الثاني للمقياس فيتضمن ٦ حميات غذائية فعالة مستخدمة على نطاق واسع في معظم الدراسات والبحوث المعنية بتحسين حالة أطفال التوحد من خلال الحميات الغذائية، حيث قام الفريق البحثي بتحديد سؤاليين لكل حمية، الأول هو هل سمعت عنها ؟ وتدرج أسفله استجابتان نعم أو لا، بحيث تأخذ الاستجابة نعم الدرجة (١) و

الاستجابة لا وتأخذ الدرجة (صفر)، وفي حالة الإجابة بنعم ينتقل المفحوص للإجابة على سؤال آخر عن فعالية الحماية، ويندرج أسفله مجموعة من الاستجابات التالية : فعالة جداً وتأخذ ٤ درجات، فعالة وتأخذ ٣ درجات، فعالة إلى حد ما وتأخذ درجتان، غير فعالة وتأخذ درجة واحدة، و لا أعرف وتأخذ الدرجة صفر، وبذلك تكون الدرجة العظمى للمقياس هي : ٦٠ درجة وتعكس مستوى مرتفع من الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتم اعتبار الحاصلون على ٣٠ درجة فأقل يعانون من تدني في مستوى الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد .

ولحساب الخصائص السيكومترية للمقياس قام الباحثون بحساب معاملات الصدق والثبات لها، حيث تم حساب صدق المحكمين حيث اقتصر الباحثون على تلك البنود التي حصلت على نسبة اتفاق أعلى من ٨٠%، وتم حذف باقي البنود المكررة أو التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من ٨٠%، كما قام الباحثون بحساب الصدق الظاهري للمقياس من خلال تطبيقها على عينة التقنين وتأكد للباحثون وضوح بنود المقياس لهم وعدم احتياجها لوقت كبير للإجابة عليها مما دفعهم للاستقرار على نفس البنود دون تعديل، علاوة على ذلك استخدم الباحثون لحساب صدق المقياس طريقة صدق المقارنة الطرفية وكانت قيمة "ت" التجريبية تساوي ٧,٢٥ وهي دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١، كما استخدم الباحثون طريقة صدق المحك مع مقياس الوعي الغذائي للمشرفات على أطفال التوحد إعداد / نادية بنت عبدالرحمن صويلح اللهيبي ٢٠٠٩م وكانت قيمة معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين على المقياسين تساوي ٠,٨٩٧ وهي ما يعكس صدق المقياس المعد في هذا البحث .

ولحساب ثبات المقياس قام الباحثون في سبيل ذلك باستخدام طريقة الإعادة بفواصل زمني قدره أسبوعان وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني ٠,٧٢، كما استخدم الباحثون طريقة التجزئة النصفية حيث كان معامل ثبات المقياس هو ٠,٦٠٨ وهو دال احصائياً عند مستوى ٠,٠١

٢) استمارة جمع بيانات عن الطفل ذوي اضطراب التوحد. إعداد الباحثون.

إن العمل مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال البرامج التدريبية والعلاجية المستخدمة لتحسين حالتهم ومنها البرامج الغذائية يتطلب في كثير من الأوقات جمع بعض المعلومات الهامة التي من شأنها أن تيسر على المعالج أو المدرب أو المعلم عملية تشخيص الطفل ومن ثم التعامل معه، كما أن البحث الحالي يهدف ضمناً إلى جمع أكبر قدر من المعلومات عن الأطفال ذوي اضطراب التوحد في منطقة جازان، ولذلك حرص الفريق البحثي إلى إعداد استمارة جمع بيانات عن الطفل ذوي اضطراب التوحد كوسيلة مساعدة في التشخيص وكذلك لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عنه.

٣) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة.

إعداد / محمد بيومي خليل ٢٠٠٠م

يقيس هذا المقياس المستوى الاقتصادي/الاجتماعي/الثقافي للأسرة من خلال ثلاثة أبعاد أساسية، أولها هو المستوى الاجتماعي وذلك من خلال الوسط الاجتماعي، حالة الوالدين، العلاقات الأسرية، والمناخ الأسري السائد، حجم الأسرة والمستوى التعليمي لأفرادها، نشاطهم المجتمعي، والمكانة الاجتماعية لمهنتهم، أما البعد الثاني فيتمثل في المستوى الاقتصادي للأسرة، ويقاس من خلال المكانة الاقتصادية لمهن أفراد الأسرة، مستوى معيشة الأسرة ومستوى لأجهزة والأدوات المنزلية، معدل استهلاك الأسرة للطاقة، التغذية، الرعاية الصحية، العلاج الطبي، وسائل النقل والاتصال للأسرة، معدل إنفاق الأسرة علي التعليم والخدمات الترويحية، الاحتفالات والحفلات والخدمات المعاونة والمظهر الشخصي والهندام للأسرة، ويتمثل البعد الثالث في المستوى الثقافي للأسرة ويقيس المستوى لعام لثقافة الأسرة من حيث الاهتمامات الثقافية داخل الأسرة، المواقف الفكرية للأسرة، اتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة داخل الأسرة والمواقف الفكرية للأسرة واتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة، درجة الوعي الفكري والنشاط الثقافي لأفراد الأسرة، ويعطي هذا المقياس ثلاثة درجات

مستقلة بمعدل درجة واحدة لكل بعد، كما يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة مجتمعة تتوزع علي عدد من المستويات (مرتفع جدا-مرتفع-فوق متوسط-متوسط - دون المتوسط -منخفض -منخفض جدا)، هذا ويتمتع هذا المقياس بمعدلات صدق وثبات مناسبة حيث تراوحت قيم (ت) الدالة على صدقة التمييزي بين ١٢,٦-٢٣,٨ وذلك للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية، كما تراوحت قيم معاملات الثبات عن طريق إعادة الاختبار بعد ثلاثة أشهر من التطبيق الأول وذلك بالنسبة للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس بين (٠,٩٢ - ٠,٩٧) وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً عند ٠,٠١.

ولأغراض الدراسة الحالية، ونظراً لأن المقياس معد سلفاً في البيئة المصرية، قام الباحثون بحساب معاملات الاتساق الداخلي للمقياس على عينة من الأفراد السعوديين من خلال حساب معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية، وتم اخذ معيار (٠,٠٢) للإبقاء على العبارات، في حين أن العبارات التي يكون معامل ارتباطها أقل من هذه القيمة يتم حذفها، وبعد تنفيذ ذلك تبين أن جميع العبارات المستخدمة في المقياس كان معامل ارتباطها قوي ولا يقل عن القيمة (٠,٠٢) فتم الإبقاء على جميع العبارات

خامساً : البرنامج الإرشادي المقدم في الدراسة :

عرض البرنامج الإرشادي قبل تطبيقه في البحث الحالي على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس ذوي الاختصاص في مجال التربية الخاصة والتغذية، وذلك لمعرفة آرائهم في الأهداف والمحتوى والوسائل والفنيات المستخدمة فيه، ومدى ملاءمتها ووضوحها وترابطها في تحقيق أهداف البحث المنشودة، كما حرص الفريق البحثي على إجراء ما يسمى بصدق المحكمين للبرنامج الإرشادي، واعتمد الباحثون في بناء محتوى البرنامج على مصادر عديدة، منها : الإطار النظري للبحث والذي يلقي الضوء على كل من: الأطفال ذوي اضطراب التوحد - الحميات الغذائية الفعالة

في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بعض الدراسات والبحوث السابقة والتي تناولت الحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وكذلك تلك التي تناولت برامجًا إرشادية لأولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد والمتعلقة بزيادة الوعي بالغذاء والحميات الغذائية، واستطلاع رأي مجموعة من المتخصصين في مجال التربية الخاصة وبعض المتخصصين في الغذاء والحميات الغذائية وكذلك بعض أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد وبعض معلمي التربية الخاصة، كما اعتمد الباحثون على النظرية المعرفية كموجه لبحثهم الحالي، وهي تلك النظرية التي تهتم بتحليل سلوك الإنسان من منظور عقلي ومعرفي وتهتم بالتركيز على التفكير أكثر من الدوافع اللاشعورية وتنتظر للفرد على أنه يتعلم من خلال التفكير والإدراك للمواقف من منطلق أن الإدراك معرفة سابقة يتم تخزينها عن طريق عمليات التركيز والتسجيل والتعلم والتوقع، وأن أساس مشكلات الإنسان هو العقل الإنساني، والجوانب المعرفية وطبيعة التفكير هي التي تؤدي الدور الأساسي في تشكيل السلوك الإنساني (Granvold,1994:13).

هذا ويقوم البرنامج الحالي على مجموعة من الأسس والتي يمكن صياغتها كما يلي : الحرص على توفير بيئة اجتماعية مرحة وهادفة بين الباحثون وعينة الدراسة، مراعاة الخصائص والنفسية والاجتماعية والثقافية لعينة الدراسة الحالية، مراعاة أسس ومبادئ الفنيات والاستراتيجيات التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي المقترح في الدراسة الحالية.

ويتمثل الهدف الرئيس للبرنامج المقترح في هذه الدراسة في توعية آباء وأمهات أطفال التوحد (التوحد) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم، ومن هذا الهدف الإجرائي الرئيس تتبع عدة أهداف فرعية أخرى هي : تبصير آباء وأمهات أطفال التوحد بمحافظة جازان بمفهوم اضطراب التوحد ومعايير تشخيصه الحديثة، تبصير آباء وأمهات أطفال التوحد بمحافظة جازان بأفضل طرق التعامل مع الأطفال التوحديين، تبصير آباء وأمهات أطفال التوحد بمحافظة جازان

بكيفية تجهيز الأكلات الغذائية المناسبة لأطفالهم التوحديين والمتوافقة مع كل نظام
حمية مستخدم،

ونظراً لتبني الباحثون أسلوب الإرشاد الجماعي، استخدم الباحثون في البرنامج
الحالي الأساليب التالية : المحاضرات، المناقشة الجماعية، الندوات، الأفلام
الإرشادية، الواجبات المنزلية، التوضيح والتفسير، المواجهة، إعادة تشكيل البناء
المعرفي.

ويقدم الباحثون فيما يلي مخططاً أو وصفاً موجزاً لجلسات البرنامج الإرشادي
المقترح، متضمناً مراحل البرنامج، والفنيات والأساليب المستخدمة التي تتضمنها هذه
المراحل وبيان ذلك في الجدول رقم (١) :

جدول ١ : خطة الجلسات الإرشادية المستخدمة في البحث الحالي

مراحل البرنامج	الهدف من المرحلة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة	الأدوات المستخدمة في الجلسة
المرحلة الأولى	التعارف والاتفاق على مواعيد المقابلات والقياس القبلي	١	٩٠ دقيقة	المحاضرة والمناقشة الجماعية.	جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - برنامج PowerPoint
المرحلة الثانية	التعريف باضطراب التوحد وكيفية تشخيصه وطرق التعامل مع الأطفال التوحديين	١	١٢٠ دقيقة	المحاضرة، المناقشة الجماعية، الندوات، الأفلام الإرشادية، التوضيح والتفسير، المواجهة، إعادة تشكيل البناء المعرفي.	جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات ويرية وحبيبية - بروشورات - CD - ملفات وصور صوتية
المرحلة الثالثة	النظام الغذائي الأساسي	١	١٢٠ دقيقة	المحاضرة والمناقشة الجماعية ولعب الدور والواجبات المنزلية.	جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات ويرية وحبيبية - بروشورات - CD
	حمية الجلوتين والكازين	١	١٢٠ دقيقة	المحاضرة والمناقشة الجماعية ولعب الدور والواجبات المنزلية. إعادة تشكيل البناء المعرفي.	جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات ويرية وحبيبية - بروشورات - CD
	حمية الكربوهيدرات	١	١٢٠ دقيقة	المحاضرة والمناقشة الجماعية ولعب الدور والواجبات.	جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات ويرية وحبيبية .
	نظام الحمية السائلة	١	١٢٠ دقيقة	المحاضرة والمناقشة الجماعية ولعب الدور والواجبات المنزلية. إعادة	جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات ويرية وحبيبية - بروشورات -

CD	تشكيل البناء المعرفي.				
جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات وبرية وحبيبية - بروشورات - CD	المحاضرة والمناقشة الجماعية ولعب الدور والواجبات المنزلية. إعادة تشكيل البناء المعرفي.	١٢٠ دقيقة	١	نظام الحمية منخفض الأوكسالات	
جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - لوحات وبرية وحبيبية - بروشورات - CD	المحاضرة والمناقشة الجماعية ولعب الدور والواجبات المنزلية. إعادة تشكيل البناء المعرفي.	١٢٠ دقيقة	١	حمية الملح أحادي الصوديوم	
جهاز كمبيوتر - و بروجكتور - لوحات وبرية- بروشورات.	المحاضرة والمناقشة ولعب الدور والواجبات.	١٢٠ دقيقة	١	حمية الفينيلالين وحمية الفينول	
جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - برنامج PowerPoint	المحاضرة والمناقشة الجماعية.	٩٠ دقيقة	١	ختام البرنامج والقياس البعدي	المرحلة الرابعة
جهاز كمبيوتر - وجهاز بروجكتور - برنامج PowerPoint	المحاضرة والمناقشة الجماعية.	٩٠ دقيقة	١	القياس التتبعي	المرحلة الخامسة

سادساً : عينة الدراسة :

تكونت العينة من مجموعتين، الأولى تجريبية وعدد أفرادها ١٥ من آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمحافظة جازان والثانية ضابطة وعدد أفرادها ١٥ من آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمحافظة جازان، كل والدين لديهم طفل توحيدي واحد فقط، هذا وقد راعى الباحثون تجانس أفراد المجموعتين في النواحي الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، كما حرص الباحثون على تجانس أفراد المجموعتين في متغير الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم التوحيديين موضوع القياس في البحث الحالي، حيث عمد الباحثون إلى اختيار الآباء والأمهات ذوي الدرجات المنخفضة على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم المستخدم في هذا البحث، ويوضح الجدول رقم (٢) قيمة النسبة الحرجة (z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة ومستوى الوعي بالحميات الغذائية الفعالة :

جدول ٢ : قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث العمر الزمني والمستوي الاجتماعي / الاقتصادي / الثقافي للأسرة ومستوى الوعي بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد

الدالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب وعددها		المجموعات	مجال التجانس
غير دالة	٠,٢١٩	١٦,٥	٣,٣	٥	السالية	تجريبية	العمر الزمني
		٤,٥	٤,٥	١	الموجبة	ضابطة	
غير دالة	-	٢٦,٥	٥,٣	٥	السالية	تجريبية	المستوى الاجتماعي/الاقتصادي الثقافي
		٢٨,٥	٥,٧	١	الموجبة	ضابطة	
غير دالة	-	٣	١,٥	٢	السالية	تجريبية	الوعي بالحميات الغذائية الفعالة
		٠	٠	٠	الموجبة	ضابطة	

نتائج الدراسة :

نص الفرض الأول للبحث على : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم لصالح المجموعة التجريبية، وللكشف عن دلالة الفرق واتجاهه بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم قام الفريق البحثي باستخدام اختبار ويلكوكسون وبلخص الباحثون ما تم التوصل إليه من نتائج في الجدول رقم (٣) كما يلي:

جدول ٣ : نتائج حساب قيمة " Z " لمتوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم

المجموعة	نوع القياس	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التجريبية	بعدي	٥٤,٥٣	٣,٦٨	السالبة	٨,٠٠	١٢٠	-	٠,٠١
	بعدي	١٣,٢٠	٣,٢٧	الموجبة	صفر	صفر	٣,٤١	

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم عند مستوى (٠,٠١) في اتجاه المجموعة التجريبية ذات المتوسط الأكبر وهو ما يفيد تحقق الفرض الأول للبحث .

ونص الفرض الثاني للبحث على : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم لصالح القياس البعدي، وللكشف عن دلالة الفرق واتجاهه بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم قام الفريق البحثي باستخدام اختبار ويلكوكسون ويلخص الباحثون ما تم التوصل إليه من نتائج في الجدول رقم (٤) كما يلي:

جدول ٤ : نتائج حساب قيمة " Z " لمتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم

المجموعة	نوع القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التجريبية	قبلي	١٤,٨	٣,٧٠	الرتب السالبة	٨,٠٠	١٢٠	-	٠,٠١
	بعدي	٥٤,٥٣	٣,٦٨	الرتب الموجبة	صفر	صفر	٣,٤١	

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم عند مستوى (٠,٠١) لصالح القياس البعدي ذوو المتوسط الأكبر وهو ما يفيد تحقق الفرض الثاني للبحث.

وينص الفرض الثالث للبحث على : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم، وللكشف عن دلالة الفرق واتجاهه بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم قام الفريق البحثي باستخدام اختبار ويلكوكسون ويلخص الباحثون ما تم التوصل إليه من نتائج في الجدول رقم (٥) كما يلي:

جدول ٥ : نتائج حساب قيمة " Z " لمتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم

المجموعة	نوع القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الضابطة	قبلي	١٣,٦٦	٣,٣٥	الرتب السالبة	٦,٦٢	٢٦,٥	-	غير دالة إحصائياً عند ٠,٠٥
	بعدي	١٣,٢٠	٣,٢٧	الرتب الموجبة	٧,١٧	٦٤,٥		
							١,٣٨	

ويتضح من الجدول السابق عدم فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم وهو ما يفيد تحقق الفرض الثالث للبحث .

هذا ونص الفرض الرابع للبحث على : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم لصالح القياس التتبعي، وللكشف عن دلالة الفرق واتجاهه بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس وعي آباء وأمّهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم قام الفريق البحثي باستخدام اختبار ويلكوكسون ويلخص الباحثون ما تم التوصل إليه من نتائج في الجدول رقم (٦) كما يلي:

جدول (٦) : نتائج حساب قيمة " Z " لمتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم

المجموعة	نوع القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	توزيع الرتب	متوسطات الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التجريبية	بعدي	٥٤,٥٣	٣,٦٨	الرتب السالبة	٥,٢٠	٢٦,٠	-	٠,٣٠٢
	تتبعي	٥٥,١٣	٢,٧٧	الرتب الموجبة	٧,٤٣	٥٢		
							١,٠٤	

ويتضح من الجدول السابق وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٣٠٢) بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم وهو ما يفيد تحقق الفرض الرابع للبحث .

مناقشة النتائج :

لقد حاول العالم جاهداً بكل طاقاته وامكانياته تحقيق التمكين الاجتماعي لذوي اضطراب التوحد بغية الوصول إلى مستوى معقول لهم من جودة الحياة التي تعد تعبيراً عن الصحة النفسية المطلوبة للأفراد العاديين وغير العاديين على حد سواء وذلك من خلال إمطة اللثام عن هذا الاضطراب المحير والغريب في خصائصه ومصاحباته، وتمخض عن ذلك الكثير من التفسيرات والنظريات التي أنجبت العديد والعديد من البرامج والتدخلات الرامية إلى تحسين حالة المصابين بالتوحد من الأطفال والمراهقين، ولقد تمخض عن المحاولات البحثية المكثفة والمتعلقة بتحسين حالة الأطفال المصابين باضطراب التوحد العديد من المدخلات والاستراتيجيات العلاجية منها ما يقوم على النظريات السلوكية ومنها ما يتضمن تدخلات طبية كيميائية، منها ما هو مباشر ومنها ما هو مرتبط بتغيير البيئة المحيطة، وعلى الرغم من النجاحات التي حققتها البرامج والاستراتيجيات العلاجية / التعليمية / التأهيلية المختلفة كالعلاج

بتحليل السلوك التطبيقي أو العلاج بالموسيقى والفن وعلاجات اضطرابات النطق والكلام واللغة المختلفة والعلاجات الطبية البيولوجية إلا أنها تقتصر إلى نوع آخر من العلاج لم يحظ بنفس درجة الاهتمام التي حظيت بها العلاجات الأخرى وهو العلاج الغذائي أو العلاج بالتغذية أو كما يعرف استخدام الحميات الغذائية، ويعد التعرف على المشاكل الغذائية والصحية التي يعاني منها الطفل ذوي اضطراب التوحد أثناء مراحل نموه مؤشرا على حالته الصحية والغذائية ومدى حرص الآباء والأمهات على التخفيف من أعراض تلك المشكلات فكلما انخفضت تلك المشكلات كلما تحسنت الحالة الغذائية والصحية للطفل ذوي اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض معدلات الأعراض السلوكية التي يظنها هؤلاء الأطفال، ولأهمية الحميات الغذائية كالحمية الغذائية الخالية من الجلوتين والكازين في تخفيف أعراض التوحد والسلوكيات المصاحبة له أشارت نتائج الدراسة إلى عدم معرفة الآباء والأمهات بهذه الحمية وما هي مكوناتها وان أشار بعضه بتطبيق هذه الحمية لفترة بسيطة ولم يجدوا أي تحسن طرأ على أطفالهم، و هذا قد يرجع لعدم ممارستهم للأسس الصحيحة أثناء تطبيق الحمية الغذائية، كما أنهم قد يجهلون النتائج التي تظهر على سلوكيات الطفل أثناء تطبيق تلك الحمية نتيجة سحب الأفيون المخدر من جسمه مما يستدعي الأمر التعاون بين الوالدين والطبيب وأخصائية التغذية والأخصائية الاجتماعية والنفسية لكي يتم تطبيق تلك الحميات بطريقة صحيحة لإظهار الآثار الإيجابية لها ، مع ضرورة توعية الأسرة بوجود بدائل غذائية لأطعمة مفضلة ومحبة للطفل ينعدم فيها بروتين الكازين و الجلوتين.

لقد أوضحت نتائج الدراسة الحالية وجود تحسن في وعي آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد تطبيق البرنامج الإرشادي فيما يتعلق بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم التوحديين، ويمكن إيعاز ذلك في ضوء ما تضمنته الجلسات الإرشادية التي تم تقديمها في هذا الجانب وفي ضوء الفنيات الإرشادية المستخدمة، فقد اعتمد الباحثون على تقديم وصف دقيق لكيفية تطبيق الحميات

الغذائية المختلفة مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد وخاصة حمية الجلوتين والكازيين كما تم تقديم قائمة تحوي وصفاً لكيفية إعداد الأطعمة المناسبة لمثل هذه الحميات الغذائية.

إن درجة الوعي بالحميات الغذائية الفعالة لدى الآباء والأمهات في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد تتفاوت بنسبة كبيرة ولكنها بصفة عامة ليست مرتفعة وربما يعزى الباحثون ذلك بسبب أن مصادر معلوماتهم الغذائية عن تلك الحميات الفعالة ما تزال مستمدة من المجلات والجرائد والأصدقاء ومواقع الانترنت غير الموثوقة، ولذلك حرص الفريق البحثي في هذا المشروع على زيادة الوعي وتثقيف الوالدين من خلال تبصيرهم بأساسيات التغذية السليمة والصحية وبأسس وقواعد الحميات الغذائية المختلفة وكيفية تطبيقها مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد، كما لمس الباحثون رغبة أكيدة لدى الآباء والأمهات في تعلم أسس هذه الحميات وكيفية تطبيقها.

إن التثقيف الغذائي في مجال اضطراب التوحد هو عملية مساعدة الآباء والأمهات على الحصول على المعلومات والخبرات اللازمة لهم للقيام بالاختيار المناسب لغذاء أطفالهم وذلك للمحافظة على صحتهم، ويهدف التثقيف الغذائي إلى جعل المعلومات في صورة مبسطة يمكن فهمها وتطبيقها بسهولة مما يؤدي إلى تحسين العادات الغذائية للأطفال التوحديين والتي تعمل على تمتعهم بصحة جيدة وتساعد على خفض مشكلاتهم السلوكية، وهذا ما تم العمل عليه في هذا المشروع البحثي وأدى للوصول إلى النتائج السابقة.

وخاتمة القول يمكن التأكيد على أن السلوك الغذائي مهم جدا في حياة الإنسان وتبدو العلاقة وثيقة جدا بين أطفال التوحد والغذاء وذلك لأن هناك عناصر غذائية يحتاجونها أكثر من غيرهم فلا بد من توفرها في غذائهم، وعناصر أخرى يتوجب خلو غذائهم منها فلا بد من نزعها من الغذاء أو إعطائهم بديلا عن ذلك الغذاء بحيث لا يحتوي هذه العناصر وفي كلتا الحالتين لا بد من توفر غذاء متوازن يحتوي على

العناصر الغذائية لضمان النمو السليم للطفل، إضافة إلى إن أطفال التوحد يحتاجون إلى عناية خاصة في طريقة تقديم الطعام لهم بحيث يتم إعطاؤهم المفيد وتجنبهم الضار ولو كان بخلاف رغبتهم مع المحافظة على استقرارهم النفسي.

التوصيات :

- فيما يلي بيان بأهم التوصيات المنبثقة من البحث على النحو التالي :
- (١) ضرورة عرض الأطفال المصابين باضطراب التوحد على أخصائي باطنة لإجراء التحاليل الطبية اللازمة للوقوف على مدى معاناة هؤلاء الأطفال من أي حساسية غذائية أو اضطرابات معوية معينة، فالأمر لم يعد يقتصر على مجرد عرض هؤلاء الأطفال على أخصائي مخ وأعصاب فقط.
 - (٢) ينبغي أن يشارك في رعاية الأطفال ذوي اضطراب التوحد بجوار الأخصائي المهني أو الأخصائي السلوكي أخصائي تغذية متخصص وملم بكافة الأنظمة الغذائية الحديثة التي أثبتت كفاءتها في تحسين حالة أطفال التوحد.
 - (٣) ينبغي على والدي الطفل ذوي اضطراب التوحد أو من يقوم برعايته عدم استقصاء المعلومات الغذائية إلا من قبل متخصص معتمد في التغذية وألا تكون المعلومات المستقاة مجرد خبرات وتجارب شخصية سابقة لأسر مختلفة.
 - (٤) ينبغي أن تكون الخطوة الأولى في رعاية الطفل ذوي اضطراب التوحد غذائياً هي العودة للغذاء الطبيعي العضوي والابتعاد عن كل ما هو مصدر شبهة حالياً سواء تلك الأغذية المعلبة المضاف عليها المواد المصنعة أو تلك التي تكون مجهولة المصدر.
 - (٥) ينبغي ألا يكون اعتماد آباء أطفال التوحد على الفيتامينات والمكملات الغذائية الصيدلانية في وجبات أطفالهم قائماً على نصائح الآخرين بل ينبغي أن يكون تحت إشراف طبي كامل فكل طفل ذي اضطراب توحد هو حالة فريدة في حد ذاتها وما يعطي نتائج مع طفل معين قد لا يعطي نفس النتائج مع الطفل الآخر.

٦) إن العمل الجاد مع أطفال التوحد بهدف الوصول إلى نتائج جيدة يقتضي إعداد فريق متكامل كل له دوره في الخطة الفردية المقدمة للطفل وهذا لن يتم إلا من خلال توفير جهات معنية متخصصة تستطيع تقديم تلك الخدمة الإرشادية المتكاملة لأهالي أطفال التوحد.

٧) ينبغي تكثيف دور وزارة الصحة ووزارة التعليم في عمل برامج للتوعية الغذائية لأسر أولئك الأطفال المصابين باضطراب التوحد للتقليل من المشاكل الغذائية التي يعاني منها أولئك الأطفال.

٨) ضرورة تبني وزارة التعليم سياسة تنفيذ برامج توعوية في المدارس المتوسطة والثانوية حول اضطراب التوحد والحميات الغذائية الفعالة بهدف زيادة الوعي المجتمعي بذلك.

٩) ينبغي أن تفعل وزارة الصحة مجموعة من الورش التدريبية حول الأغذية العضوية وأنظمة التغذية الأساسية والحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

١٠) ضرورة إجراء المزيد من الدراسات التتبعية عن العلاقة بين برامج التوعية الغذائية وانخفاض المشكلات الغذائية والسلوكية التي يعاني منها أطفال التوحد.

١١) ضرورة عمل دورات إرشادية للأمهات عن حمية الكازين و الجلوتين والطريقة الصحيحة لتطبيقها بالتعاون مع الجهات المختصة .

المراجع :

جابر، جابر عبدالحميد. و كاظم، أحمد خيرى. (١٩٩٦). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع. جمهورية مصر العربية.

الجلامدة، فوزية عبدالله. و حسن، نجوى. (٢٠١٣). اضطرابات التواصل لدى التوحديين. دار الزهراء للطباعة والنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.

حكيم، رابية ابراهيم. (٢٠٠٣). دليلك للتعامل مع التوحد. مكتبة الملك فهد الوطنية
للفهرسة والنشر. جدة.

حنفي، على عبد النبي. (٢٠٠٧). التعامل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. ط
(١). مكتبة العلم والإيمان. جمهورية مصر العربية.

حنفي، على عبد النبي. و قراقيش، صفاء رفيق. (٢٠٠٩). أبعاد ومظاهر المشاركة
التعاونية بين الاختصاصيين وأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء
بعض المتغيرات (دراسة وصفية). مجلة الإرشاد النفسي. مركز الإرشاد النفسي.
(٢٣) : ١٠٠-١٥٣.

الزريقات، إبراهيم عبدالله. (٢٠٠٤). التوحد : الخصائص والعلاج. دار وائل للطباعة
والنشر والتوزيع. المملكة الأردنية الهاشمية.

السكري، أحمد شفيق. (٢٠٠٠). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية والخدمة
الاجتماعية. دار المعرفة الجامعية. جمهورية مصر العربية.

الصبي، عبدالله بن محمد. (٢٠٠٩). التوحد وطيف التوحد. دار الزهراء للطباعة
والنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.

عازر، ايزيس (٢٠٠٢). أساسيات التغذية. ط (١). دار المعارف الجامعية.
الإسكندرية. جمهورية مصر العربية.

العثمان، عبدالعزيز محمد (١٤٢٤هـ). أهمية السلوك الغذائي لدى أطفال التوحد، متاح
على الرابط : <http://www.al-jaziral.com>

فارس، معز الإسلام عزت (٢٠٠٩). الموسوعة العربية في الغذاء والتغذية. أكاديمية
للنشر. بيروت. لبنان.

اللهيبي، نادية بنت عبدالرحمن (٢٠٠٩). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الوعي الغذائي
لأمهات ومشرفات أطفال التوحد. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية التربية
للاقتصاد المنزلي. جامعة أم القرى.

الليلي، رويدا بنت خضر. (٢٠٠٧). أثر الوعي والممارسات الغذائية لعينة من معلمات رياض الأطفال بجدة على النمو الجسمي للأطفال. رسالة مقدمة لكلية التربية للاقتصاد المنزلي والتربية والفنية للحصول على درجة الماجستير في التغذية وعلوم الأطعمة (تخصص تغذية تطبيقية) (غير منشورة). جامعة الملك عبد العزيز. وكالة الجامعة للفروع. كلية الاقتصاد المنزلي والتربية الفنية. فرع كليات البنات.

مجمع اللغة العربية. (٢٠٠٥). المعجم الوجيز. المطابع الأميرية. جمهورية مصر العربية.

مصيفر، عبدالرحمن. (٢٠٠٣). التثقيف الغذائي : أسس ومبادئ التوعية الصحية والغذائية. ط (٢). دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع. الإمارات العربية المتحدة.

Aarons. M. and Gittens. T . (1992). The Handbook of Autism: A guide for parents and professionals. London and New York . Routledge.

Ahearn. W. ; Castine. T. ;Nault. K. and Green. G. (2001). An Assessment of Food Acceptance in Children With Autism or Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. Journal of Autism and Developmental Disorders. 31(5). 505-511.

Ahearn. W. H. (2000). Help! My son eats only macaroni and cheese: Dealing with feeding problems in children with autism. In Making a difference: Behavioral intervention for autism. (p.51-73). Austin: PRO-ED. Inc..

Aitken. Keneth. (2009). Dietary Interventions in Autism Spectrum Disorders: Why They Work When They Do. Why They Don't When They Don't . Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR®). 4th edition. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Amminger. P. ; Berger. G. ; Schäfer. M. ; Klier. C. ; Friedrich. M. and Faucet. M. (2007). Omega-3 Fatty Acids Supplementation in Children with Autism: A Double-blind Randomized. Placebo-controlled Pilot Study. *BIOL PSYCHIATRY*.61. 551–553. analysis in the treatment of childhood feeding problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 17. 333–339.
- Bailey. A. (1993). The biology of autism. Editorial. *Psychological Medicine*. 23.7-11.
- Barthelemy. C. (1992). Sensitivity and Specificity of the behavioral Summarized Evaluation (BSE) for the assessment of Autistic behaviors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 22 (1). 23-31.
- Bateman. B. (2014). children. *Archives of Disease in Childhood*. . 89 (6) : 506 - 518.
- Bhagavan.N ;Coleman. M. and Coursin. D. (1975). The effect of pyridoxine hydrochloride on blood serotonin and pyridoxal phosphate contents in hyperactive children. *Pediatrics*. 55-437.
- Brown. H. ; Ouellette. K. ; Duncan. H. and Kelley. K. (2010). Assessing need in school-aged children with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 4 . 539–547.
- Burd. D.. Shantz. J.. Swearingen. W. S.. Ahearn. W. H.. & Kerwin. M. L. (2000). The treatment of food selectivity. Poster presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis. Washington. DC.
- Burd. D.. Shantz. J.. Swearingen. W. S.. Ahearn. W. H.. & Kerwin. M. L. (1995). The treatment of food selectivity. Poster presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis. Washington. DC.
- Chokkalingam. K. (2007). Effect of Diet. Insulin and Exercise on the Regulation of Carbohydrate Metabolism in Health and Type 1 Diabetes. *DM thesis. University of Nottingham*

- Chokkalingam. K. (2007). High-Fat/Low-Carbohydrate Diet Reduces Insulin-Stimulated Carbohydrate Oxidation but Stimulates Nonoxidative Glucose Disposal in Humans: An Important Role for Skeletal Muscle Private Dehydrogenate Kinase 4. *The Journal of Clinical Endocrinology And Metabolism*. 92.284-292.
- Cohen. D. (1974). Biogenic amines in autistic and atypical children. Cerebrospinal fluid measures of homovanillic acid and 5 hydroxyindoleacetic acid. *Arch Gen Psychiatry* 31.845-853.
- Eagle. K. (2014). ADHD impacted by sulfotransferase (SULT1A) inhibition from artificial food colors and plant-based foods. *Physiology & Behavior*.135. 174-189.
- Emerson. E. (2000). *Challenging behavior: Analysis and intervention in people with intellectual disabilities* (2nd ed.).Cambridge. England: Cambridge University Press.
- Farrell. D. A., Amari. A., & Hagopian. L. P. (1996). Treatment of total liquid refusal in a 12-year-old male with chronic gastrointestinal problems, autism, and mental retardation. Poster presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis. San Francisco.
- Horner. R.H., E.G. Carr. P.S. Strain. A.W. Todd. and H.K. Reed 2000. Problem Behavior Interventions for Young Children with Autism: A Research Synthesis. Paper presented at the Second Workshop of the Committee on Educational Interventions for Children with Autism. National Research Council. April 12, 2000. Department of Special Education. University of Oregon.
- Hurwitz. S. (2013). The gluten-Free, Casein-Free Diet and Autism : Limited Return on Family Investment. *Journal of Early Intervention*. 35 (1). 3-19.
- Jackson. Luke. (2009). *A User Guide to the GF/CF Diet For Autism. Asperger Syndrome and AD/HD* . Jessica Kingsley Publishers .London and New York.

- Jordon. J. 2008. *The ADD and ADHD Cure The Natural Way to Treat Hyperactivity and Refocus Your Child*. Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.
- Kalyva. E. and Avramidis. E. (2005). Improving Communication between Children with autism and their peers through the “circle of friends “. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 18. 253-261.
- Kessick. Rosemary. (2009). *Autism and Diet What You Need to Know*. Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.
- Kral. T. ; Eriksen. W. ; Souders. M. and Pinto. J. (2013). Eating Behaviors. Diet quality. and Gastrointestinal Symptoms in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Pediatric Nursing*. 28 (6). 548-556.
- Legge. B. (2009). *Can't Eat. Won't Eat Dietary Difficulties and Autistic Disorders*. Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.
- Libin. Z. ; Minghua. L. and Yifeng. C. (2014). A simplified method to modulate colors on industrial multicrystalline silicon solar cells with reduced current losses. *Solar Energy*.103: 343-9.
- Linscheid. T. and Luknes. A. (2008). Development and Validation of an Inventory to Assess Mealtime Behavior Problems in Children with Autism. *Journal of Autism Developmental Disorder*.38. 342–352.
- Luiselli. J. K. (1989). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders in developmental disabilities. In M. Hersen. R. M. Eisler. & P. M. Miller (Eds.). *Progress in Behavior Modification*. Volume 24. (pp. 91-131). Newbury Park. CA: Sage Publications.
- Martineau. J. ; Barthelemy. C. Garreau. B. and Lelord. G. (1985). Vitamin B6. Magnesium. and Combined B6-Mg: Therapeutic Effects in Childhood Autism. *Society of Biological Psychiatry*. 467-479.

- Mason-Brothers. A.. Ritvo. E. R.. Freeman. B. J.. Jorde. L. B.. Pingree. C. C.. McMahon.W. M.. Jenson. W. R.. Petersen. P. B.. & Mo. A.1993. The UCLA-University of Utah Epidemiological Survey of Autism: Recurrent infections. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 2 (2). 79-90.
- National Autistic Society (NAS) (2009). Parents and Professional Attitudes to Dietary Interventions in Autism. *Foods Matter*. 20-25.
- Navarro. F. ; Pearson. D. ; Fatheree. N. ; Mansour. R. ; Hashmi. S. and Rhoads. J. (2014). Are “Leaky gut” and behavior associated with gluten and dairy containing diet in children with autism spectrum disorders ?. *Nutritional Neuroscience*. 12. 45-68.
- Neufeldt. V. (1994). *Websters new World Dictionary*. Third College Edition (N. Y : Prentice Hall).
- Palmer. S.. Thompson. R. J.. & Linscheid. T. R. (1975). Applied behavior analysis in the treatment of childhood feeding problems. *Dev Med Child Neurol*.17(3):333–339
- Pennesi. C. and Klein. L. (2012). Effectiveness of Gluten – free. Casein- free diet for children diagnosis with autism spectrum disorder: Based on parental report. *Nutritional Neuroscience*. 15 (2). 85-93.
- Powell. T. H.. Hecimovic. A.. & Christensen. L. (1992). Meeting the unique needs of families. In D. E. Berkell (Ed.). *Autism: Identification. education and treatment* (pp. 187–224). Hillsdale. NJ: Erlbaum.
- Raiten. D.. & Massaro. T. (1986). Perspectives on the nutritional ecology of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 16 (2). 133–143.
- Schopler. E. (1995). *Parent Survival Manual. A Guide to Crisis Resolution in Autism and Related Disorders*. Chapter 7. pp. 139–143. London: Plenum.

- Shattock. P., Kennedy. A., Rowell. F., & Berney. T. (1990). Role of neuropathies in autism and their relationships with classical neurotransmitters. *Brain Dysfunction*. 3. 328-345.
- Shearer. T.R., Larson. K., Neuschwander. J. & Gedney. B. (1982) . Minerals in the hair and nutrient intake of autistic children .*Journal of Autism and Developmental Disorders*. 12. 25–34.
- Silberberg. B. (2009). *The Autism & ADHD Diet : A Step-by-Step Guide to Hope and Healing by Living Gluten Free and Casein Free (GFCF) and Other Interventions*. Sourcebooks. Inc.
- Strickland. Elizabeth. (2009). *Eating for Autism: The 10 – step Nutrition plan to help treat your child’s Autism, Asperser’s, or ADHD*. Da Capo Press.
- Sutter. Cindy. (2009). *Diet and Autism : Parent Swear by dietary Intervention*. *Daily Camera*. 12. 425-436.