

أهمية وطبيعة البرامج الإرشادية للتوعية الغذائية المقدمة لآباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في تحسين حالة أبنائهم التوحديين*

إعداد

د / محمد بن حسن أبو راسين

أستاذ علم النفس المشارك

عميد كلية التربية - جامعة جازان

د / صالح عبدالمقصود السواح

أستاذ التربية الخاصة المساعد

كلية التربية - جامعة جازان

د / محمد كمال ابوالفتوح

أستاذ التربية الخاصة المساعد

كلية التربية - جامعة جازان

د / أحمد يعقوب النور

أستاذ علم النفس المساعد

كلية التربية - جامعة جازان

مقدمة :

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 تربيته اجتماعية علاجية لمساعدة الآباء والأمهات والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين لتعديل سلوك أطفالهم (نصر، ٢٠٠٢: ٧٥).

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

* ورقة عمل مستقلة من المشروع البحثي رقم (م ص : ٣٤ - ٨٩) بعنوان : فاعلية برنامج إرشادي لتوعية آباء وأمهات أطفال التوحد (الأوتيزم) بمحافظة جازان بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم والمدعوم من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية بجدة بالملكة العربية السعودية، هذا ويتقدم الباحثون بخالص الشكر والتقدير إلى مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية بمدينة جدة على دعمها لهذا المشروع البحثي، كما يتقدم الباحثون بخالص الشكر والتقدير إلى وكالة جامعة جازان للدراسات العليا والبحث العلمي على جهدها الفائق والتميز في تيسير تنفيذ هذا المشروع البحثي، كما ينبغي التنويه على أن كافة الآراء والنتائج والاستنتاجات والتوصيات المذكورة في ورقة العمل تمثل الرؤية العلمية للفريق البحثي ولا تعكس وجهة نظر المدينة.

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 الفرع والهلع لدى الكثيرين على وجه البسيطة من المهتمين بالتوحد على كافة الأصعدة، أخصائيون 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 خطورة قد تؤدي للإصابة بالتوحد (Newschaffer et al., 2007)، إلا أن الأمر لا يدعو كونه مجموعة من الاستنتاجات تتباين فيما بينها بتعدد الرؤى وزوايا النظر (Rodier et al. 1996).

الحاجة إلى إرشاد آباء وأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد :

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 وتولد 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 لا شك 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 نواتجه 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 تتعاضد لديهم حينما يفشلون في مواجهة المجتمع بمثل هؤلاء الأطفال، فأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دائماً ما تتنابهم 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 يواجهه، كما قد تتغير العلاقات بين أفراد الأسرة إما بشكل سلبي أو ايجابي، فأثر 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، والانتكاس النفسي، وتحطيم الثقة في الذات، وتعطيل للإرادة، فوجوده يهدد الاستقرار الانفعالي للأسرة ككل، هذا ويتعاضم الأمر تماماً داخل أسر أطفال التوحد، فكل طفل توحدي 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 تجربها 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 يظهره 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).

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 وبدوي، ٢٠٠٤: ٣٣)، وبذلك تكمن ضرورة الإرشاد المقدم لآباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في أنه يدلهم على الخيارات الطبية والعلاجية والتربوية والاجتماعية المتوفرة، ويدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفاعلة في تدعيم صورة ايجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة وإيفائهم

كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة تمكنهم من العيش باستقلالية وتوفير خدمات اجتماعية تساعد في تحقيق هذه الحياة لهم (فتحي، ٢٠٠٨).

أنماط البرامج الإرشادية المقدمة لآباء وأمهات أطفال التوحد :

كي 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 :

- ١) منحني يتجه نحو التأكيد على أهمية الإرشاد الديني لوالدي الطفل التوحيدي.
 - ٢) منحني يتجه إلى إشراك الآباء الرجال في برنامج رعاية الطفل بهدف مزيد من تحمل المسؤولية وتخفيفاً من العبء والتوتر النفسي الذي تتعرض له الأمهات.
 - ٣) منحني يتجه نحو تدريب الوالدين وتعليمهم لتطوير مهارات أطفالهم التعليمية.
 - ٤) منحني يتجه نحو إمداد الوالدين بمعلومات وخبرات تزودهم بحقائق حول حالة أطفالهم.
- وتهدف هذه البرامج الإرشادية بوجه عام إلى حل مشكلات الوالدين بل وتركز على التفاعل الايجابي 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).

الحاجة إلى برامج إرشادية والدية للتوعية الغذائية في مجال التوحد :

لا شك أن عالم اليوم يعيش زيادة مخيفة ومضطردة في معدلات الاضطرابات والإعاقات النمائية وغير النمائية والتي انتشرت بصورة كبيرة وملفتة للنظر، فعلاوة على أمراض كالربو والحساسية والبدانة وسرطان الأطفال ظهرت اضطرابات وإعاقات نمائية لا تقل خطورة عن تلك الأمراض التي نعلمها ونعلم مضاعفاتها تماماً، ومن هذه الاضطرابات ما يعرف باضطراب التوحد Autism Disorder واضطراب إسبرجر Asperger Disorder وكذلك اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي مفرط ADHD بالإضافة إلى كثير من المشكلات الأخرى كصعوبات التعلم وغير ذلك من المشكلات التي بدأت تضرب الأطفال في معظم دول العالم، ويكفي القول أن اضطراب التوحد كان من ٢٥ عاماً اضطراباً محدوداً وكانت نسبة الإصابة به بسيطة وكان جل الباحثون يصفونه بأنه اضطراب نادر (Olley et al.,1981).

أما الآن فيعد التوحد من أكثر الاضطرابات و الإعاقات النمائية انتشاراً وتطوراً، فطبقاً للتقرير الصادر عن مكتب المحاسبة الأمريكي ارتفعت نسبة الإصابة بالتوحد بين تلاميذ المدارس على مستوى العالم في الآونة الأخيرة بمعدل ٥٠٠% (NAAR,2008)، هذا وقد تمخض عن المحاولات البحثية المكثفة والمتعلقة بتحسين حالة الأطفال المصابين بالتوحد 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 المختلفة كالعلاج بالتحليل التطبيقي للسلوك أو العلاج بالموسيقى والفن وعلاجات اضطرابات النطق والكلام والعلاجات الطبية البيولوجية إلا أنها تفتقر إلى نوع آخر من العلاج لم يحظ بنفس درجة الاهتمام التي حظيت بها العلاجات الأخرى وهو العلاج الغذائي أو العلاج بالحميات الغذائية (Jackson,2009 ; Silberberg,2009;).

هذا ولقد لفت القرآن الكريم أنظار البشرية إلى أهمية الغذاء في حياة الأمم والشعوب، وذلك من خلال ربطه بالأمن والاستقرار السياسي، وقد تجلّى 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 أيبينا 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).

فالمخ البشري لكي ينمو ويعمل جيداً ويؤدي وظائفه على أكمل وجه فهو بحاجة ماسة لكثير من المعادن والفيتامينات والأحماض الأمينية والدهنية بالإضافة إلى كثير من السعرات الحرارية، ولك أن تتصور أن عدم حصول المخ على كفايته من هذه المتطلبات يؤدي بصورة حتمية إلى ضعف أداء النواقل العصبية الموجودة في المخ، كما أن حصول المخ البشري على كميات زائدة من السكريات من شأنها أن تسبب فشل في الوظائف المعرفية للمخ البشري وهو ما ينتج عنه صعوبات في التعلم (Strickland,2009,20).

ومن هنا فالعلاقة بين الغذاء والسلوك علاقة وطيدة متأصلة، خاصة حينما يكون الحديث عن أطفال التوحد، فمن الجدير بالذكر أن المشكلات أو العادات الغذائية غير السوية ظلت لفترة طويلة ضمن المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد في وقت مضى (Ritvo & Freeman, 1978,163).

ونظراً لأن التوحد في طبيعته إعاقة يصاحبها عجز / نقص في القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والاحتياجات أي الضعف النوعي في القدرة على التواصل مع الآخرين والتعبير عن الذات، أكدت العديد من التقارير والدراسات الحديثة أن معظم المشكلات السلوكية التي يظهرها أطفال التوحد ماهي إلا

تعبيرات غير صريحة وغير مباشرة عن معاناتهم المستديمة من الكثير من المشكلات الهضمية المتعلقة بالغذاء خاصة في ظل عدم قدرة هؤلاء الأطفال على الكلام والإفصاح عن معاناتهم من الآلام التي يعانون منها (Strickland,2009,145).

وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات التي أكدت في طياتها أن الأطفال الذين يعانون من تأخرات في النمو وعلى رأسهم أطفال التوحد يعانون مشكلات غذائية جمة مرتبطة بالهضم وبقدرة الأمعاء على الامتصاص (Powell et al., 1992 ; Burd et al., 1995 ; Farrell, et al., 1996) وبالتالي يكون لتلك المشكلات الغذائية الهضمية انعكاسات على سلوكيات هؤلاء الأطفال فتصبح سلوكياتهم عنيفة تميل إلى التدمير وعدم الاستقرار (Kessick,2009,11).

كما أسفرت نتائج العديد من الدراسات المتخصصة في هذا المجال أن المشكلات السلوكية المتمثلة في الغضب وإيذاء الذات وسهولة الاستثارة والحساسية المفرطة والعنف هي نواتج مشكلات غذائية يعاني منها أطفال التوحد وبالتالي فإن التدخل الغذائي أو ما يسمى العلاج بالتغذية هو السبيل الأمثل في تحسين سلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد (Legge,2004 ; Silberberg, 2009) .

إن العلاج الغذائي أو كما يمكن تسميته العلاج القائم على الغذاء أو الحميات الغذائية من شأنه أن يؤثر على وظائف الدماغ ومراكز المخ كالذاكرة والتعلم والتركيز والتفكير والانتباه، كما أن الغذاء 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).

تصور لبناء برنامج إرشادي مقدم لوالدي الطفل التوحيدي في مجال التوعية الغذائية :

فيما يلي تصور مقترح لبرنامج إرشادي للتوعية بالحميات الغذائية في مجال اضطراب التوحد مما

يمكن إيضاحه فيما يلي :

ينبغي الاعتماد في بناء محتوى البرنامج على مصادر عديدة، منها ما يلي:

١ - الأطر النظرية المتعلقة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد و الحميات الغذائية الفعالة في تحسين

حالتهم.

٢ - 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.

٣ - المقابلات العديدة مع بعض أساتذة التربية الخاصة وبعض المتخصصين في الغذاء والحميات

الغذائية وكذلك بعض أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب التوحد وبعض معلمي ومعلمات التربية الخاصة.

كما ينبغي أن يقوم البرنامج الإرشادي المستخدم للتوعية الغذائية في مجال اضطراب التوحد على

مجموعة من الأسس والتي يمكن صياغتها كما يلي :

١ - الحرص على توفير بيئة اجتماعية مرحة وهادفة بين المرشد والآباء والأمهات.

٢ - مراعاة الخصائص النمائية والنفسية والاجتماعية والثقافية للمسترشدين.

٣ - مراعاة أسس ومبادئ الفنيات والاستراتيجيات التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي .

وينبغي أن يتمثل الهدف الرئيس للبرنامج الإرشادي في توعية آباء وأمهات أطفال التوحد بالحميات الغذائية الفعالة في تحسين حالة أبنائهم، ومن هذا الهدف الرئيس ينبغي أن تتبع عدة أهداف فرعية أخرى هي :

- تبصير آباء وأمهات أطفال التوحد بمفهوم اضطراب التوحد ومعايير تشخيصيه الحديثة.
- تبصير آباء وأمهات أطفال التوحد بأفضل طرق التعامل مع الأطفال التوحديين.
- تبصير آباء وأمهات أطفال التوحد بكيفية تجهيز الأكلات الغذائية المناسبة لأطفالهم التوحديين والمتوافقة مع كل نظام حمية مستخدم.

وينبغي في مثل هذه البرامج تبني أسلوب الإرشاد الجماعي، والذي يقوم على الفنيات التالية : المحاضرات، المناقشة الجماعية، الندوات، الأفلام الإرشادية، الواجبات المنزلية، التوضيح والتفسير، المواجهة، إعادة تشكيل البناء المعرفي.

كما ينبغي أن يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي في مثل هذه الحالات على مدار ١١ جلسة تثنياً بواقع جلستين في اليوم الواحد بفاصل زمني قدره ساعة تقريباً، وتستغرق كل جلسة ما بين ٩٠ - ١٢٠ دقيقة، ويتم تنفيذ البرنامج في مكان محدد مسبقاً ومعلوم للمسترشدين، كما يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي على عينة من آباء وأمهات أطفال التوحد لا تتجاوز ١٥ أسرة .

وفي مثل هذه البرامج الإرشادية ينبغي أن يتم التخطيط لها وأن تتضمن الجلسات التالية :

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

التوصيات :

توصي ورقة العمل الحالية بما يلي :

(١) هناك احتياجات أساسية لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد ينبغي أن تؤخذ في الحسبان ضمن

إستراتيجية التعامل معهم.

٢) على المؤسسات الحكومية والمجتمعية أن تعي ضرورة توفير إرشاد فعلي لأسر ذوي اضطراب التوحد بحيث تحترم فيه مشاعرهم واهتماماتهم.

٣) ضرورة عرض الأطفال المصابين بالتوحد 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.

٤) ينبغي أن يشارك في رعاية أطفال التوحد بجوار الأخصائي المهني أو الأخصائي السلوكي أخصائي تغذية متخصص وملم بكافة الأنظمة الغذائية الحديثة التي أثبتت كفاءتها في تحسين حالة أطفال التوحد.

٥) ينبغي على والدي طفل 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.

٦) ينبغي أن تكون الخطوة الأولى في رعاية طفل 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.

٧) 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 توحدي حالة فريدة في حد ذاتها وما يعطي نتائج مع طفل معين قد لا يعطي نفس النتائج مع الطفل الآخر.

٨) إن العمل الجاد مع أطفال التوحد بهدف الوصول الى 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.

٩) إن أحد التوجهات المعاصرة في مجال إرشاد أسر الأطفال ذوي التوحد هو الإرشاد الغذائي.

المراجع :

- حنفي، على عبد النبي (٢٠٠٧). التعامل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. ط (١)، مكتبة العلم والإيمان، دسوق، 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، العدد (٢٣)، ١٠٠-١٥٣.
- الخطيب، عبدالرحمن عبدالرحيم (٢٠٠٤). مشكلات الأطفال التوحديين وخدماتهم الإرشادية والاجتماعية : دراسة مسحية لبعض مراكز الرعاية في البحرين. مجلة كلية التربية، العدد (٢٨)، الجزء (١)، ٩٧-١٢٩.
- الروسان، فاروق (٢٠٠٠). تعديل وبناء السلوك الإنساني. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. عمان، الأردن.
- الشخص، عبدالعزيز و السرطاوي، زيدان (١٩٩٨). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين (دليل المقياس). دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧). التخلف العقلي : الأسباب، التشخيص، البرامج. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- العثمان، إبراهيم و البيلاوي، ايهاب (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجي وعلاقتها بالضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد. مجلة كلية التربية بعين شمس، جامعة عين شمس، العدد (٣٦)، الجزء (١)، ٧٣٩-٧٧٨.
- فارس، معزالاسلام عزت (٢٠٠٩). الموسوعة العربية في الغذاء والتغذية، أكاديمية للنشر، بيروت. لبنان.

فتحي، عبير عبدالحميد (٢٠٠٨). تأهيل أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر الدولي السادس :
تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة : رصد الواقع واستشراف المستقبل والمنعقد في الفترة من ١٦ - ١٧
يوليو ٢٠٠٨م

قنديل، محمد متولي و بدوي، رمضان سعد (٢٠٠٤). مهارات التواصل بين المدرسة والبيت، ط (١)،
الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

منيب، تهاني محمد (٢٠٠٩). بعض أشكال التوعية والإرشاد لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في
مرحلة الطفولة المبكرة (الوقاية والكشف والتدخل). مجلة الطفولة والتربية، العدد (١)، ٣٨٨-٣٥٧.
نصر، سهى أحمد أمين (٢٠٠٢). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي : التشخيص والبرامج العلاجية، الأردن،
دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

(CDC) Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Prevalence of Autism.
Available at: <http://www.cdc.gov/media/releases/2012/p0329>.

(NAAR) National Alliance for Autism Research. (2008). What is autism? History.
Retrieved from <http://www.naar.org/naar.asp>.

Advancing Futures for Adults with Autism (AFAA). (2013). About Autism.
Available at: <http://www.afa-us.org/site/c.lIIYIkNZJuE/b.5063>.

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.

Drew, C. J., & Norton, P. (1994). Autism and potential family Stressors. *The
American Journal of Family Therapy*, 22, 1, 67-75.

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.

Friedman M.M.; Bowden V.R., & Jones E.G. (ed.) (2003). *Family nursing:
Research, theory and practice* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice
Hall.

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.

Jones, J., & Passey, J. (2005). Family adaptation, coping and resources: Parents of
children with developmental disabilities and behavioral problems. *Journal on
Developmental Disabilities*, 11, 1, 31-46.

Kapp, L. and Brown, O. (2011). Resilience in families adapting to Autism spectrum
disorder. *Journal of Psychology in Africa*, 21 (3), 459-464.

- Kessick, Rosemary. (2009). *Autism and Diet What You Need to Know*. Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.
- Legge, B. (2009). *Can't Eat, Won't Eat Dietary Difficulties and Autistic Disorders*. Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.
- Legge, Brenda. (2004). *Can't Eat, Won't Eat Dietary Difficulties and Autistic Spectrum Disorders*. Jessica Kingsley Publishers .London and Philadelphia.
- Newschaffer, C.J.; Croen, L.A.; Daniels, J.; Giarelli, E.; Grether, J.K. and Levy, S.E.(2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health*, 28 , 235-258.
- Olley, G. ; Develis, R. ; Develis, B. ; Well, A. and Long. C. (1981). The Autism Attitudes scale for teachers, *Exceptional Children*, 47, 371-373.
- 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.
- Ritvo, E. M., & Freeman, B. J. (1978). National society for autistic children definition of the syndrome of autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 162–170.
- Rodier, P.M.; Ingram, J.L.; Tisdale, B.; Nelson, S. and Romano, J. (1996). Embryological origin for autism: developmental anomalies of the cranial nerve motor nuclei. *J Comp Neurol*, 370, 2, 247-261.
- Silberberg, Barrie . (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, Asperger's, or ADHD*. Da Capo Press.