دراسة استطلاعية لبعض عوامل الخطر المرتبطة بالإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة

إعداد : د. جمال محمد سعيد الخطيب

ملخص

استهدفت هذه الدراسة التعرف الى بعض عوامل الخطر التي قد ترتبط بالاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة. ولتحقيق ذلك تم تطوير استبانة خاصة وبعد التحقق من صدقها وثباتها تم توزيعها على ما مجموعة (٤١٥) من آباء وأمهات الاطفال والشباب المعوقين المستفيدين من خدمات مدينة الشارقة للخدمات الانسانية ومركزي رعاية وتأهيل المعاقين في دبي والعين. واستخدمت أساليب الأحصاء الوصفي الأساسية والمتمثلة بالتكرارات والنسب لتحليل النتائج.

أشارت النتائج إلى أن ٥٥٪ فقط من حالات الاعاقة ارتبطت بعوامل خطر معروفة واشارت النتائج أيضاً الى ان حالات الاعاقة تعزى لعوامل خطر متعددة لا ترتبط بمرحلة واحد فقط ولكنها ترتبط بعدة مراحل لا تتغير في نسبة كثيرة من الحالات. بعبارة أخرى، لقد أشارت النتائج إلى أن نفس الحالة قد ترتبط بعامل خطر يتصل بمرحلة ما قبل الولادة وبعامل خطر آخر يتصل بمرحلة الولادة وأحياناً حتى بعامل خطر ثالث يتصل بمرحلة ما بعد الولادة. على أن العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة كانت الاكثر شيوعاً حيث ارتبطت بما نسبته (٩٠٪) من الحالات، يليها المراحل المرتبطة بمرحلة الولادة حيث ارتبطت بما نسبته (٤٦٪) من الحالات فالعوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة حيث ارتبطت بما نسبته (٣٨٪) من الحالات. وعلى وجه التحديد، بينت النتائج أن أكثر عوامل الخطر أهمية هي زواج الاقارب، والاجهاضات المتكررة، والاضطرابات الجينية / الوراثية، وعسر الولادة، وعمر الأم عند الانجاب، والخداج، ونقص الاكسجين، والضغوط النفسية الشديدة، ونقص الاكسجين أثناء الولادة، وتناول الأدوية أثناء الحمل.

المقدمة والخلفية النظرية

ليس من شك في أن معرفة أسباب الاعاقة يمكن ان تلعب عدة أدوار حيوية. فهذه المعرفة ضرورية لتصميم البرامج الوقائية وتسهم في تحديد المجموعات السكانية التي ينبغي على البرامج والخدمات ان تستهدفها بوجه خاص. كذلك فهي تساعد في توفير المعلومات اللازمة لتشخيص حالات الاعاقة والتنبؤ الصادق بتأثيراتها المحتملة على النمو والتعليم والسلوك. ومعرفة الاسباب الحقيقية للاعاقة تساعد أيضاً في تنفيذ البرامج العلاجية والتربوية الملائمة. فمثل هذه المعرفة تسمح بتقديم الاجوبة للعديد من الاسئلة مثل : هل يتوقع ان يرافق حالة الاعاقة الرئيسية حالة ضعف أخرى ؟ وهل يتوقع ان يزداد مستوى الضعف مع مرور الوقت ؟ ولا ريب في ان الاجابة عن مثل هذه الاسئلة تسهل عملية اتخاذ القرارات التربوية والعلاجية المناسبة للأفراد المعوقين.

اضافة إلى ذلك، فأن معرفة أسباب الاعاقة من شأنها ان تساعد في تطوير خدمات الارشاد الجيني. فاذا كانت الاعاقة ذات جذور وراثية فان من الاهمية بمكان تشجيع الآباء على اتخاذ قراراتهم في ضوء الاحتمالات المستندة الى المعرفة العلمية. وأخيراً، فمعرفة الاسباب يمكن ان تلعب دوراً نفسياً هاماً فهي ببساطة تضع حداً للاعتقادات الخرافية عن الاساب وما يرافقها من مشاعر الذنب أو الدونية. وعلى الرغم من ان نسبة كبيرة من حالات الاعاقة لا يعرف لها سبب محدد ولا هي ترتبط بخلل أو اضطراب بيولوجي أو عضوي يمكن الكشف عنه وان الاسباب تختلف من اعاقة إلى أخرى، الا ان هناك المئات من عوامل الخطر التي يبين البحث العلمي انها تكمن وراء عدد قليل من حالات الاعاقة. وسيتم استعراض هذه العوامل عند الحديث عن فئات الاعاقة المختلفة.

ان البحث عن أسباب الاعاقة لهو أمر غاية الاهمية حيث تشير الاحصائيات المقدمة من قبل المصادر الدولية ذات العلاقة الى أن ما يزيد على خمسمائة مليون من سكان الأرض معوقون وان حوالي (٨٠٪) من هؤلاء يعيشون في الدول النامية. فنسبة حدوث الاعاقة بأشكالها المختلفة، في ضوء التقارير التي تقدمها منظمات محلية واقليمية ودولية تزيد عن (١٠٪) من مجموع السكان في الدول المتقدمة وقد تصل الى (١٥٪) في الدول النامية (Kysela & Marfo, 1982). وما يعينه ذلك هو ان عدد الاشخاص المعوقين في الدول العربية قد يزيد عن خمسة وعشرين مليوناً. على ان الارقام التي تقدمها عدة جهات عربية تقل بكثير عن الارقام المتوقعة. وربما يكون السبب الاساسي وراء ذلك هو ان الاهتمام يكاد يكون مقتصراً على الاعاقات المرئية الشديدة. أما الاعاقات اللغوية والتعلمية والسلوكية وكذلك الاعاقات الحسية والجسمية والعقلية غير الشديدة والتي تشكل حوالي (٧٥٪) من حالات الاعاقة فهي نادراً ما تكون متضمنة في أية احصائيات رسمية.

واذا كانت دراسة أسباب الاعاقة بالغة الاهمية فهي بالغة الصعوبة ايضاً. ولا يعود ذلك الى عدم وضوح الاسباب الحقيقية في نسبة كبيرة من الحالات، وانما الى عدم توفر قاعدة من المعلومات التي يمكن الاعتماد عليها وخاصة في الدول النامية. ولذلك، ينبغي على القارئ ان يدرك ان هذه الدراسة تبحث في بعض الأسباب المحتملة أو بعض العوامل التي قد ترتبط بالاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة. فبالرغم من الصعوبات، فان تجاهل الحقائق المرتبطة بالاعاقة ليس من الحكمة في شيء. ولابد من اجراء الدراسات العلمية لتحديد العوامل التي ترتبط بالاعاقة واتخاذ الاجراءات الفعالة للحد منها. ولا يمكن تعميم ما توصلت اليه الدراسات في الدول الأخرى على دولة الإمارات العربية المتحدة أو الدول العربية الأخرى لأن عوامل ومتغيرات ثقافية وصحية واجتماعية قد تحول دون ذلك.

وقبل الخوض في هذا الموضوع فلابد من تعريف الاعاقة وتوضيح أسبابها العامة وهذا ما يعالجه الجزء التالي من البحث.

الاعاقة فئاتها وأسبابها

الاعاقة ليست مرضاً بالمعنى التقليدي ولكنها انحراف ملحوظ عن النمو الطبيعي من الناحية الحسية أو العقلية أو الجسمية أو اللغوية أو السيكولوجية. وينجم عن هذا الانحراف الكبير في النمو صعوبات ويترتب عليه حاجات خاصة. وللاعاقة تعريفات متباينة منها ما هو طبي وما هو تربوي وما هو مهني وما هو اجتماعي وما هو نفسي. وعلى أي حال، فقد جرت العادة أن تصنف الاعاقة الى سبع فئات رئيسة وهي :

أ- التخلف العقلي (Mental Retardation)

ب- العجز عن التعليم (Learning Disability)

جـ- الاعاقة السمعية (Hearing Impairment)

د- الاعاقة البصرية (Visual Impairment)

هـ- العجز الجسمي (Physical Disability)

و- الاعاقة الانفعالية (Emotional Impairment)

ز- الاعاقة الكلامية / اللغوية (Speech/ Language Impairment)

ونقدم فيما يلي موجزاً لهذه الاعاقات ووصفاً لأنواعها وتصنيفاتها وعرضاً لأسبابها الرئيسية :

التخلف العقلي :

يشير مصطلح التخلف العقلي الى تدني ملحوظ (انخفاض لا يقل عن انحرافين معياريين عن المتوسط) في مستوى الأداء العقلي العام يرافقه عجز في

السلوك التكيفي. بعبارة أخرى، التخلف العقلي يعني نسبة ذكاء تقل عن (٧٠) على أحد اختبارات الذكاء الفردية المقننة كاختبار ستانفورد - بينية أو مقياس وكسلر لذكاء الاطفال. اضافة الى ذلك، هناك عدم قدرة على الآداء المستقل أو تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية. واعتماداً على هذا التعريف يصنف التخلف العقلي إلى أربعة مستويات (أنظر الجدول رقم ١).

جدول (١)

مستويات التخلف العقلي

المستوى	نسبة الذكاء	
	اختبار ستانفورد - بينيه	مقياس وكسلر
التخلف العقلي البسيط	٦٨ - ٥٢	٦٩ - ٥٥
التخلف العقلي المتوسط	٥١ - ٣٦	٥٤ - ٤٠
التخلف العقلي الشديد	٣٥ - ٢٠	٣٩ - ٣٥
التخلف العقلي الشديد جداً	أقل من ٢٠	أقل من ٢٥

ويطلق التربويون اسم "الاطفال القابلين للتعليم" (Educable Mentally Retarded) الذين يعانون من تخلف عقلي بسيط واسم "الاطفال القابلين للتدريب" (Trainable Mentally Retarded) على الاطفال الذين يعانون من تخلف عقلي شديد جداً. ويصنف التخلف العقلي أيضاً حسب الأسباب الى التخلف الناتج عن عوامل عضوية (Organic Mental Retardation) والتخلف الناتج عن عوامل ثقافية - أسرية (Cultral - Familial Mental Retardation).

أما أسباب التخلف العقلي فيصعب تحديدها بدقة في حوالي (٨٥٪) من الحالات (Hallahan & Kauffman, 1985) إلا أن هناك مئات العوامل التي يعتقد انها ترتبط بحدوث هذه الاعاقة ومن أهمها :

١- الالتهابات والتسمم (التهاب السحايا، التهاب الدماغ، الحصبة الالمانية، الزهري، مرض القوباء، العقاقير، التدخين، الكحول، الرصاص).

٢- الاصابات والعوامل الجسمية (الاشاعة السينية، الرضوض والجروح أثناء عملية الولادة، واصابات الرأس ونقص الاكسجين سواء قبل الولادة أو اثناءها أو بعدها).

٣- الاضطرابات الغذائية (الجلاكتوسيميا، كيتون يوريا، سوء التغذية).

٤- الاضطرابات الكروموسومية (متلازمة دوان، متلازمة برادر ويلي، متلازمة كلاينفلتر، متلازمة تيرنز، وغير ذلك).

٥- الامراض الدماغية الكبيرة (الأورام، التصلب التدرني، الخ..)

٦- العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة (استسقاء الدماغ، صغر حجم الجمجمة).

٧- اضطرابات الحمل (طول فترة الحمل أو قصرها).

٨- الاضطرابات النفسية الشديدة.

٩- العوامل البيئية (الظروف بالغة الصعوبة، الحرمان الشديد).

١٠- عمر الأم عند الانجاب (أكثر من ٤٠ سنة أو أقل من ٢٠ سنة).

ومن الدراسات التي هدفت الى التعرف على أسباب التخلف العقلي، الدراسة التي أجراها مكتب صحة الأمومة والطفولة في الولايات المتحدة الامريكية عام ١٩٧٢. وقد تكونت عينة الدراسة من (١٣,٧٤٤) فرداً وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (٢).

جدول (٢)

اعداد ونسب المتخلفين عقلياً حسب متغير السبب المحتمل *

السبب	العدد	النسبة
اصابة الأم بأمراض معدية	٣٧٢	٢,٧١٪
اصابة الطفل بأمراض معدية	٤٧٩	٣,٤٩٪
التسمم	٤٤٠	٣,٢٠٪
الاصابات الجسمية	١٦١١	١١,٢٧٪
الاضطرابات الأيضية	٥١٧	٣,٧٦٪
عوامل مرتبطة بمرحلة قبل الولادة	٣٣٩٧	٢٤,٧٢٪
أسباب غير معروفة	٢٣١٦	١٦,٨٥٪
أسباب ثقافية أسرية	٤٤٣٠	٣٢,٢٣٪
اصابات دماغية	١٨٢	١,٣٢٪

* U.S. Departmant of Health. Education, and Child Health Service, 1972

وينبغي الاشارة هنا الى أن عدة دراسات أجريت في دول الخليج العربي حول بعض عوامل الخطر البيولوجية / الطبية والأسرية التي قد تؤدي الى التخلف العقلي. ومن تلك الدراسات نذكر دراسة الجريان ورفاقه (Al- Jurayyan et al., 1992) حول قصور الغدة الدرقية ودراسة ميران ورفاقه (Meran et al., 1994) حول الاضطرابات الدماغية ودراسة الغزالي ورفاقه (Al Gazali et al.,1994) حول التشوهات الولادية ودراسة اودمان ورفاقه (Uduman et al., 1994) حول التهاب

السحايا ودراسة خلايله ورفاقه (Khalayli et al ., 1994) حول التهاب الحمل ودراسة عبدالرزاق ورفاقه (Abdulrazzaq et al.,) حول التسمم بالرصاص وغير ذلك الكثير من الدراسات التي عالجت العديد من عوامل الخطر الطبية. على ان هذه الدراسات عموماً أجريت على عدد قليل من الأفراد ولم يكن الهدف منها تحديد أسباب التخلف العقلي.

العجز عن التعلم (الصعوبات التعلمية)

يستخدم مصطلح العجز عن التعلم للاشارة الى اعاقة غير ظاهرة للعيان (ولذلك فهي تعرف باسم الاعاقة غير المرئية أو العجز الخفي). والعجز عن التعلم هو اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات السيكولوجية الاساسية الضرورية لفهم اللغة أو استخدامها. وهذا الاضطراب يعبر عن نفسه في عدم القدرة على القراءة أو الكتابة أو الكلام التهجئة أو اجراء العمليات الحسابية. ويستخدم مصطلح العجز عن التعلم حالياً ليشمل العديد من الاضطرابات التي كانت تعرف بمسميات مختلفة في السابق ومنها التلف الدماغي البسيط، الحبسة النمائية، الاعاقة الادراكية، العجز عن القراءة، الاعاقة التربوية. وعندما يكون العجز عن التعلم مرتبطاً بالاداء الاكاديمي فهو يسمى بالعجز الاكاديمي. أما عندما يكون مرتبطاً بالادراك أو الانتباه أو الذاكرة أو التفكير فهو يسمى بالعجز النمائي (Krik & Gallagher, 1989) . وهناك جملة من السمات النفسية والسلوكية المرتبطة بالعجز عن التعلم ومنها النشاط الزائد، الاضطرابات الادراكية - الحركية، التهور والاندفاع، اضطرابات الكلام والسمع، الافتقار الى مهارات التوازن، عدم الاستقرار الانفعالي، والعلامات العصبية غير المطمئنة (Heward & Olansky, 1988) أما العوامل التي يعتقد انها تسبب العجز عن التعلم فهي :

١- **العوامل العضوية والبيولوجية** : (التلف الدماغي البسيط، الاضطرابات البيوكيماوية الناتجة عن ردود الفعل التحسسية والمواد الحافظة للطعام وغيرها من المواد الاصطناعية المضافة الى الطعام، نقص الفيتامينات، وتأخر نمو الجهاز العصبي المركزي بسبب عوامل سوء التغذية أو عسر الولادة أو الاصابات المباشرة للرأس أو الالتهابات).

٢- **العوامل الوراثية** : أوضحت بعض الدراسات التي أجريت على أقارب من الدرجة الأولى وعلى التوائم المتطابقة ان العجز عن التعلم وراثي في بعض الحالات.

٣- **العوامل البيئية** : البيئة التعلمية غير المناسبة، الاشعاعات الناجمة عن المصادر الضارة.

الاعاقة السمعية :

يشير مصطلح الاعاقة السمعية الى ضعف في حاسة السمع ناتج عن فقدان سمعي يزيد عن ثلاثين ديسبل في الأذن الأقوى بعد اجراء العمليات التصحيحية أو التعويضية الممكنة. وبذلك فهذا المصطلح يشمل كلا من الصم والضعف السمعي. وعلى وجه التحديد، الانسان الاصم هو الذي تزيد درجة الفقدان السمعي لديه عن (٩١) ديسبل الأمر الذي يحرمه من القدرة على استيعاب المعلومات اللغوية عبر حاسة السمع. أما الانسان ثقيل السمع فهو الذي يتراوح مستوى الفقدان السمعي لديه ما بين (٣٠ - ٩١) ديسبل الأمر الذي يسمح له بسبب امتلاكه لبعض القدرات السمعية واستخدام السماعة الطبية وبمعالجة المعلومات اللغوية باستخدام حاسة السمع (Silverman & Lane, 1979).

وتصنف الاعاقة السمعية الى عدة أنواع اعتماداً على عوامل مختلفة. فاذا كان الصمم موجوداً لدى الفرد منذ لحظة الولادة فهو يسمى بالصمم الخلقي، أما اذا

ولد الانسان وسمعه عادي ولكنه فقد سمعه نتيجة عامل ما فالصمم يعرف في هذه الحالة بالصمم المكتسب. وإذا حدث الصمم قبل تطور المهارات الكلامية واللغوية فهو يعرف باسم الصمم ما قبل اللغوي أما اذا حدث الصمم بعد تطور القدرات الكلامية واللغوية فهو يسمى بالصمم ما بعد اللغوي. كذلك تصنف الاعاقة السمعية الى ثلاث فئات تبعاً لموقع الاصابة في الجهاز السمعي وهذه الفئات هي :

أ- الاعاقة السمعية التوصيلية وتنتج عن اضطراب ما في الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى.

ب- الاعاقة السمعية الحسية وتنتج عن اضطراب ما في الأذن الداخلية أو العصب السمعي.

جـ- الاعاقة السمعية المركزية وهذا النوع لا يعود الى اضطراب في الاذن نفسها وانما لخلل ما في المراكز الدماغية المسؤولة عن استقبال المعلومات السمعية وتفسيرها (Moores, 1982). هذا ويوضح الجدول رقم (٣) الأسباب الرئيسة للاعاقة السمعية.

جدول (٣)

الاسباب الرئيسية للاعاقة السمعية

١ عدم تكون قناة الاذن الخارجية	١٣ الحصبة
٢ تجمع المادة الصمغية	١٤ الأصوات المزعجة
٣ التهاب الاذن الوسطى	١٥ الزهري
٤ التهاب السحايا	١٦ المضادات الحيوية
٥ الحصبة الالمانية	١٧ الخداج
٦ العوامل الوراثية	١٨ تشوه الأذن الخارجية الخلقي
٧ عدم توافق العامل الريزيسي	١٩ مرض منيير
٨ انثقاب طبلة الاذن	٢٠ وقر الشيخوخة
٩ أورام الأذن	٢١ التهابات الجهاز التنفسي المزمنة
١٠ اصابات الرأس	٢٢ مضاعفات الولادة
١١ التهاب الدماغ	٢٣ النزيف أثناء الحمل
١٢ النكاف	٢٤ زواج الاقارب

وفيما يتعلق بأسباب الاعاقة السمعية، فقد بحثت دراسة جنتل وشاين وهاس (Gentle, Schein, & Haase, 1967) فيها وتبين من النتائج أن أسباب الاعاقة السمعية كانت على النحو التالي : الأمراض (٢٠,٩٪)، الحوادث (١٣,٥٪)، تقدم العمر (٤,٩٪)، العوامل الوراثية (٤٪)، أسباب أخرى، (١٦,٨٪)، وأسباب غير معروفة (٣٩,٩٪).

ومن الدراسات الهامة الأخرى حول أسباب الاعاقة السمعية الدراسة التي نفذها مكتب الدراسات الديمغرافية في كلية جالوديت عام ١٩٧١. وتألفت عينة الدراسة من (٢٣٤٩٤) طالباً وطالبة يعانون من مستويات متفاوتة من الاعاقة السمعية. وقد بينت النتائج أن اكثر الاسباب شيوعاً بالنسبة للاعاقة السمعية الولادية كانت الحصبة الالمانية والوراثة والخداج وعدم التوافق العامل الريزيسي. أما أكثر أسباب الاعاقة المكتسبة شيوعا فكانت التهاب السحايا والحصبة العادية والتهاب الاذن الوسطى (Gallaudet College, 1973).

الاعاقة البصرية

لقد جرت العادة على ان تعرف الاعاقة البصرية أما طبياً أو تربوياً. بالنسبة للتعريف الطبي فهو يعتمد معياريين وهما حدة البصر والمجال البصري. فاذا كانت حدة البصر للانسان أقل من ٢٠/٢٠٠ أو اذا كان مجال البصر لديه أقل من ٢٠ درجة فهو يعتبر مكفوفاً، أما اذا كانت حدة بصره تتراوح ما بين ٢٠/٧٠ - ٢٠/٢٠٠ والمجال البصري لدية أكثر من ٢٠ درجة فهو يعتبر ضعيف البصر (أو مبصر جزئيا).

وأما بالنسبة للتعريف التربوي فهو يعتمد معياراً مختلفاً لتحديد العمى وضعف البصر وهذا المعيار هو معيار تعلم القراءة والكتابة. فإذا كان الشخص لا يستطيع ان يستخدم حاسة البصر في التعلم وكان عليه ان يستخدم نظام بريل للقراءة والكتابة فهو مكفوف تربوياً، واذا كان لا يحتاج الى استخدام بريل ومع ذلك فهو غير قادر على قراءة المادة المكتوبة بدون استخدام أدوات التكبير المختلفة فهو ضعيف بصريا بالمفاهيم التربوية (Barraga & Erin, 1992). هذا ويبين الجدول رقم (٤) الاسباب الرئيسة للاعاقة البصرية.

جدول (٤)

الاسباب الرئيسية للاعاقة البصرية

١ نقص فيتامين	١٤ اضطرابات الجهاز العصبي
٢ الأمراض المعدية	١٥ التراخوما
٣ سوء التغذية	١٦ طول النظر
٤ تنكس الحفيرة	١٧ اللابؤرية
٥ اعتلال الشبكية الناجم عن السكري	١٨ الحول
٦ الجلوكوما (الماء الأسود)	١٩ انفصال الشبكية
٧ الساد (الماء الأبيض)	٢٠ ضمور العصب البصري
٨ العوامل السمية (الرصاص)	٢١ الرأرأة
٩ الحصبة الالمانية	٢٢ القرنية المخروطية
١٠ العوامل الوراثية (البهق، قصر النظر، التهاب الشبكية الصباغي)	٢٣ غياب القزحية
١١ التليف خلف العدسة	٢٤ العين الكسولة
١٢ الاصابات المباشرة للعين	٢٥ متلازمة مارفان
١٣ أورام العين	٢٦ عمى النهر
	٢٧ جفاف العين

ومن الدراسات التي سعت إلى تحديد أسباب الاعاقة البصرية دراسة خان ومورهد (Khan & Moorhead, 1973). وقد بينت تلك الدراسة أن أكثر أسباب الاعاقة البصرية كانت التنكس المرتبط بالشيخوخة يليه داء السكري فالعوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة.

وفي دولة الإمارات العربية المتحدة، فقد أجريت دراسة مؤخراً حول أسباب الاعاقة البصرية وهي الدراسة التي قام بها غفور وموسوي (Ghafoor & Mosawi, 1994) والتي حاولا من خلالها تحديد أسباب الاعاقة البصرية لدى (١٥٧) شخصاً. وقد تبين في هذه الدراسة أن أكثر الاسباب شيوعاً الساد (٣٧,٩٪) واعتلالات القرنية (٢٧,٨٩٪) والجلوكوما (٢٤,٥٪) واعتلالات الشبكية (٥,٢١٪) والاصابات والالتهابات (٣٪) وضمور العصب البصري (١,٥٪).

العجز الجسمي :

يأخذ العجز الجسمي أشكالاً متنوعة جداً ومتباينة إلى أبعد الحدود. وبوجه عام، يستخدم مصطلح الاعاقة الجسمية للاشارة إلى اضطرابات عصبية وعضلية - عظيمة وحالات مرضية مزمنة تؤثر بشكل أو بآخر على نمو الانسان وتعلمه إلى حد يصبح معه ضرورياً تزويده بخدمات وبرامج تدريبية وأدوات ومعدات خاصة.

ومن أكثر أشكال الاعاقات الجسمية شيوعاً : الشلل الدماغي، اصابات النخاع الشوكي، الصرع، الوهن العضلي، إنحناءات العمود الفقري، والبتر.

وليس من شك في ان أسباب الاعاقة الجسمية عديدة جداً وتختلف من حالة إلى أخرى. على اننا نستطيع عرضها كما في الجدول رقم (٥).

جدول (٥)

جملة الاسباب الرئيسية للاعاقات الجسمية

(أ) الاسباب المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة

* العوامل الوراثية
* الخداج
* النزيف أثناء الشهور الأولى من الحمل
* الاختناق
* الاشعة السينية
* التدخين
* تناول العقاقير
* الادمان على الكحول
* اصابة الأم بأمراض معدية (كالحصبة الالمانية)
* تسمم الحمل
* عدم توافق العامل الريزيسي
* ارتفاع نسبة مادة البريوبين الصفراء
* اصابة الأم بأمراض مزمنة (مثل اضطرابات القلب، تضخم الغدة الدرقية، الربو، السكري، وغير ذلك)

(ب) الأسباب المرتبطة بمرحلة الولادة :

* الرضوض والاصابات
* النزيف
* الولادة المقعدية
* الولادة القيصرية
* الولادة السريعة جداً أو البطيئة جداً
* الاختناق
* استخدام العقاقير المخدرة
* انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب

(ج) الأسباب المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة :

* الحوادث المنزلية (حوادث الطرق والسقوط من اماكن مرتفعة)
* الأمراض المعدية (كالتهاب السحايا)
* الاضطرابات التسممية (استنشاق أول أكسيد الكربون أو تناول الرصاص والمواد السامة الأخرى)
* تناول العقاقير بطريقة غير صحيحة
* عدم أخذ اللقاحات اللازمة
* سوء التغذية
* الاختناق

الاعاقة الانفعالية :

تعرف الاعاقة الانفعالية بأنها اظهار أي من الخصائص التالية بدرجة كبيرة ولفترة زمنية طويلة :

أ- عدم القدرة على التعليم بالرغم من عدم وجود ضعف عقلي أو حسي أو صحي

ب- عدم القدرة على اقامة علاقات اجتماعية عادية مع الاشخاص الاخرين.

جـ- اظهار انماط سلوكية وانفعالية غير عادية في الظروف العادية.

د- معاناة صعوبات جسمية ونفسية تتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية (Bower, 1969).

وتصنف الاعاقة الانفعالية إلى أربع فئات رئيسية هي :

١- اضطرابات التصرف (Conduct Disorders)

٢- اضطرابات الشخصية (Personality Disorders)

٣- عدم النضج (Imaturity)

٤- الجنوح الاجتماعي (Socialized Delinquency)

كذلك تصنف هذه الفئة من فئات الاعاقة إلى اعاقة بسيطة ومتوسطة وشديدة. بالنسبة للاعاقة الانفعالية البسيطة والمتوسطة فهي غالباً ما لا تستمر لفترة طويلة وتكون قابلة للمعالجة في المدرسة العادية وفي المنزل وعلى أيدي المعلمين وأولياء الأمور. أما الاعاقة الانفعالية الشديدة فهي أمر مختلف تماماً فهي تتطلب تدخلاً علاجياً مكثفاً في مراكز أو مؤسسات خاصة ومن الأمثلة على هذا المستوى من مستويات الاعاقة الانفعالية الحالة المعروفة بالتوحد (Autism).

هذا ويعتقد ان الاعاقة الانفعالية ترتبط بفئتين رئيسيتين من الاسباب وهي فئة الاسباب البيولوجية وفئة الاسباب النفسية. وتشمل الفئة الأولى العوامل الوراثية والبيوكيماوية والعصبية. أما الفئة الثانية فهي تشمل اضطراب الظروف الأسرية (معاناة أحد الوالدين من الاضطرابات النفسية، اساءة المعاملة الجسمية والنفسية للاطفال، التفكك الأسري، الخ) واضطراب الظروف المدرسية (Kauffman, 1977).

اضطراب الكلام واللغة :

الاضطرابات الكلامية واللغوية هي انحرافات ملحوظة في النطق أو الصوت أو الطلاقة اللفظية، أو التأخر اللغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو الاستقبالية الأمر الذي يجعل الفرد بحاجة إلى علاجية وتدريبية خاصة. ويكون الكلام مضطرباً إذا كان ملفتاً للنظر بشكل سلبي ملحوظ واذا أعاق عملية التواصل وأدى الى سوء التوافق الاجتماعي (Van. Riper, 1972). وتكون اللغة مضطربة اذا كان من الصعب على الفرد فهم ما يقال له واستيعاب أو اذا كان غير قادر على قول الاحرف والكلمات بشكل متسلسل. أو اذا كانت حصيلته اللفظية محدودة بشكل ملحوظ مقارنة بمن هم من عمره الزمني.

هذا يوضح الجدول رقم (٦) الأسباب الرئيسة للاضطرابات الكلامية واللغوية.

جدول ٦)

الاسباب الرئيسية للاضطرابات الكلامية واللغوية

١	الحرمان اللغوي الشديد
٢	العوامل الوراثية
٣	الأورام
٤	اضطرابات وتشوهات الجهاز الصوتي
٥	التلف الدماغي
٦	العوامل النفسية
٧	الاعاقات المختلفة (مثل التخلف العقلي والاعاقة السمعية والشلل الدماغي والاعاقة الانفعالية).
٨	الاضطرابات الفمية المختلفة
٩	الشفة الارنبية أو الحلق المشقوق

نسبة حدوث الاعاقة

لا تتوافر احصائيات دقيقة عن نسبة حدوث الاعاقات المختلفة في المجتمعات الانسانية وأسباب ذلك متنوعة وتشمل :

أ - عدم قيام عدد كبير من دول العالم باجراء دراسات مسحية لتحديد أعداد الأفراد المعوقين في المجتمع.

ب- بالنسبة للدول التي أجرت هذا النوع من الدراسات فثمة عوامل عديدة تحول دون التوصل الى نتائج دقيقة ومن هذه العوامل :

١- اعتماد تعريفات غامضة بعض الشيء لفئات الاعاقة واختلاف التعريفات من وقت الى آخر ومن دراسة الى أخرى.

٢- تداخل الفئات التشخيصية وتغيرها من وقت الى آخر.

٣- الاخطاء المتعلقة بالعينات التي تشملها الدراسات المسحية مثل عدم تمثيلها للمجتمع وتحيزها لسبب أو لأخر.

٤- المشكلات المتعلقة بدور المدرسة في هذه العملية والمتمثلة بعد أخذ الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة والشباب الذي تزيد أعمارهم عن السن المدرسي بالحسبان واختلاف المعايير المستخدمة من مدرسة الى أخرى.

٥- الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاعاقة الأمر الذي يدفع أعداداً كبيرة من الأسر الى اخفاء أطفالهم المعوقين وتجنب ادراج اسمائهم في الدراسات والسجلات الرسمية (Hallahan & Kauffman, 1985).

وبالرغم من ذلك كله، فقد أجرت دول كثيرة دراسات مسحية شاملة وقدمت احصائيات رسمية اعتماداً على النتائج التي تم التوصل اليها. والجدول رقم (٧) يبين النسب التقديرية لحدوث فئات الاعاقة المختلفة التي تعتمدها معظم دول العالم في الوقت الراهن.

جدول (٧)

النسب التقريبية لحدوث فئات الاعاقة المختلفة في المجتمعات الانسانية *

فئة الاعاقة	النسبة التقريبية
التخلف العقلي	٢,٣٪
العجز عن التعليم	٣٪
الاعاقة السمعية	٠,٦٪
الاعاقة البصرية	٠,١٪
الاعاقة الجسمية	٠,٥٪
الاعاقة الانفعالية	٠,٢٪
الاضطرابات الكلامية اللغوية	٣,٥٪
المجموع	١٢٪

* أخذت المعلومات الواردة في هذا الجدول من هيوارد وارلانسكي (Heward & Orlansky 1988)

مشكلة الدراسة وهدفها

لما كان تحديد العوامل المسؤولة عن الاعاقة في المجتمع أحد المتطلبات الرئيسة لتخطيط البرامج الوقائية الفاعلة فان اجراء الدراسات العلمية المتعلقة بالأسباب يعتبر أمراً بالغ الأهمية. وقد ادركت دول عديدة هذه الحقيقة فنفذت بحوثاً مستفيضة للتعرف الى الاسباب الرئيسة للاعاقات المختلفة. ولكن النتائج التي تمخضت عنها تلك الدراسات قد لا تكون قابلة للتعميم على دولة الإمارات العربية المتحدة كونها أجريت في دول تختلف عن الإمارات من جوانب عديدة. وعليه فثمة

حاجة لاجراء بحوث علمية لمعرفة عوامل الخطر المرتبطة بالاعاقه في المجتمع المحلي وهذا ما سعت الدراسة الى تحقيقه.

وعلى وجه التحديد، حاولت الدراسة الاجابة عن السؤال الرئيسي التالي :

ما عوامل الخطر الرئيسة المرتبطة بالاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة ؟

الطريقة والاجراءات

عينة الدراسة

تألفت عينة الدراسة الحالية من (٤١٥) من الاشخاص المعوقين الملتحقين بالاقسام المختلفة التابعة لمدينة الشارقة للخدمات الانسانية ومركز رعاية وتأهيل المعوقين في العين ومركز رعاية وتأهيل المعوقين في دبي، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٨ أشهر و ٢٩ سنة) بمتوسط قدره (١١) سنة. هذا ويوضح الجدول رقم (٨) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الجنس وفئة الاعاقة والعمر والمستوى الاقتصادي والجنسية.

جدول (٨)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغيرات العمر والجنس

وفئة الاعاقة والمستوى الاقتصادي والجنسية (ن = ٤١٥)

المتغير	العدد	النسبة
العمر :		
أقل من ٤ سنوات	٦٠	٪١٤,٤٦
٤ - ٨ سنوات	١٢٩	٪٣١,٠٨
٩ - ١٦ سنة	١٧١	٪٤١,٢٠
أكثر من ١٦ سنة	٥٥	٪١٣,٢٦
الجنس :		
ذكر	٢٥١	٪٦٠,٤٨
انثى	١٦٤	٪٣٩,٥٢
فئة الاعاقة		
اعاقة عقلية	١٦٨	٪٤٠,٤٨
اعاقة سمعية	١٢٩	٪٣١,٠٨
اعاقة جسمية	٢٩	٪٦,٩٩
اعاقة متعددة	٨٩	٪٢,٤٥
المستوى الاقتصادي :		
متدني	١١٥	٪٢٧,٧١
متوسط	٢٧٥	٪٦٦,٢٧
مرتفع	٢٥	٪٦,٠٢
الجنسية		
اماراتي	٢٢٧	٪٥٤,٧٠
عربي	١٦٨	٪٤٠,٤٨
غير عربي	٢٠	٪٤,٨٢

أداة الدراسة

للاجابة عن سؤال الدراسة، قام الباحث بتطوير استبانة خاصة تغطي عوامل الخطر البيولوجية/ الطبية والاسرية الأكثر شيوعا. وقد تمت صياغة فقرات الاستبانة على ضوء مراجعة شاملة لأدبيات الاعاقة ذات العلاقة وبخاصة هالاهان كوفمان (Hallahan & Kauffman, 1985) وكارترايت ورفاقه (Cartwright et al., 1989) وهارنغ (Haring, 1982). وبعد إعداد الاستبانة بصورتها الأولية ثم عرضها على لجنة محكمين تكونت من إثنين من حملة شهادة الدكتوراة وإثنين من حملة شهادة الماجستير في تخصص التربية الخاصة. وكان الهدف من ذلك هو التحقق من الصدق الظاهري للاستبانة حيث طلب من أعضاء اللجنة الحكم على مدى ملاءمة الاستبانة ومدى شموليتها لدراسة عوامل الخطر التي قد ترتبط بالاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وفي ضوء الملاحظات والاقتراحات التي تقدم بها المحكمون والتي كانت غير جوهرية واقتصرت على اضافة فقرتين أصبحت الاستبانة في صورتها النهائية مكونة من (٤٠) فقرة (أنظر الملحق رقم ١).

وللتحقق من ثبات المعلومات، قام الباحث بتحليل محتويات ملفات ما مجموعة (٢٨) طفلاً من الملتحقين بمركز التدخل المبكر ومقارنتها بالمعلومات التي قدمها أولياء الأمور لتحديد مدى الاتساق بين المعلومات. وعند استخراج معامل الاتساق، تبين ان قيمته بلغت (٠,٨٦).

عملية جمع البيانات والمعالجة الاحصائية

بعد التحقق من ملاءمة الأداة، تم توزيعها على أولياء الأمور. وقد اضطر الباحث للاعتماد على المعلومات التي تقدمها أسر الأطفال المعاقين بسبب عدم توفر

مصادر معلومات أخرى موثوقة، فملفات الاطفال أما ان تخلو من التقارير الطبية المفيدة لأغراض الدراسة، وإما ان تحتوي على معلومات جزئية. والبديل لذلك هو أن يقوم فريق متعدد التخصصات من الأطباء وغيرهم بدراسة عينات ممثلة لمجتمع الاطفال والشباب المستهدفين وذلك أمر ليس يسيراً فثمة تحديات وعوائق عديدة تحول دونه وعلى رأسها التمويل. ولما كان الأمر كذلك، فقد إرتأى الباحث ان الاسلوب القابل للتنفيذ هو التوجه الى أولياء الأمور مباشرة كونهم الأقرب الى ابنائهم والأكثر معرفة بهم فهم الذين ينتقلون بهم من طبيب الى آخر ومن اختصاصي الى آخر بحثاً عن الاسباب وعوامل الخطر. وفي كل الأحوال، فأن آلية جمع المعلومات هذه وان كانت مبررة من الناحية التطبيقية الا انها تفرض قيوداً من الناحية العلمية وعليه ينبغي النظر اليها بوصفها من محددات الدراسة الحالية.

وبالنسبة للمعالجة الاحصائية، فبعد الانتهاء من عملية جمع البيانات وتفريغها تم استخراج التكرارات والنسب المئوية ومعادلة الفروق في النسب المئوية.

النتائج

يبين الجدول رقم (٩) تكرارات ونسب حدوث بعض عوامل الخطر العامة التي تناولتها الدراسة بالنسبة لفئات الاعاقة مجتمعة. يتضح من الجدول رقم (٨) ان (٦٠,٧٣٪) من الاشخاص المعوقين الذين تمت دراستهم أنجبوا لأبوين تربطهم علاقة قرابة (٣٨,٨٠٪) قرابة من الدرجة الأولى و (٢١,٩٣٪) قرابة من الدرجة الثانية.

يبين الجدول أيضاً أن (١٨,١٥٪) من الأمهات أنجبن قبل أن يبلغن العشرين من أعمارهن وأن (١٦,٣٩٪) منهن أنجبن بعد بلوغهن الخامسة والثلاثين. كذلك يتضح أن (٦,٢٧٪) من أفراد الدراسة كانت مدة الحمل فيهم

أقل من تسعة شهور وأن (١٨,٧٪) منهم كان وزنهم أقل من (٢,٥) كغم لحظة الولادة. وأخيراً، يتضح من الجدول أن (٢٨,١٩٪) من الأسر لديها أكثر من شخص واحد يعاني من الاعاقة وان (٣٣,٢٥٪) من الأمهات حدث لديهن اجهاض متكرر.

ولمعرفة دلالة الفروق في النسب بين مختلف مستويات عوامل الخطر العامة تم استخدام الاحصائي «ز» فالنسبة لدرجة القرابة بين الوالدين أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية $\alpha = ٠,٠١$) بين كل من القرابة من الدرجة الأولى والدرجة الثانية والقرابة من الدرجة الثانية والدرجة الثالثة حيث كانت قيم الاحصائي «ز» (٢,٩١) و (٣,٠٠) بالترتيب. وبالنسبة لعمر الأم عند الانجاب فقد اشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = ٠,٠١$) بين كل من المستوى العمري الأول (أقل من ٢٠ سنة) والمستوى العمري الثاني (٢٠-٣٥ سنة)، والمستوى العمري الثالث (٣٥-٤٠ سنة)، والمستوى العمري الرابع (أكثر من ٤٠ سنة) حيث كانت قيم الاحصائي «ز» ١٠,٠٦، ١٠,٥٤ ، ١١,٥٤ ، بالترتيب. وبالنسبة لكل من مدة الحمل ووزن الشخص المعوق عند الولادة ووجود اشخاص معوقون آخرين في الاسرة فقد أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مستويات كل من هذه العوامل ($\alpha = ٠,٠١$) حيث كانت قيم الاحصائي «ز» ١٧,٨١ ، ١٢,٧٤ ، ٨,٨٩ بالترتيب، وأخيراً، فقد بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية ($\alpha = ٠,٠١$) على متغير عدد حالات الاجهاض السابقة لدى الأم وكانت هذه الفروق بين كل من المستوى الأول (لم يحدث إجهاض) والمستوى الثاني (حدث إجهاض مرة أو مرتان) وبين المستوى الأول والثالث (حدث اجهاض ٣ أو مرات) وبين المستوى الثاني والمستوى الثالث حيث كانت قيم الاحصائي «ز» ٧,٧٤ ، ١١,١١ ، ٣,٥٣ بالترتيب.

جدول (٩)

تكرارات ونسب حدوث عوامل الخطر العامة

بالنسبة لفئات الاعاقة مجتمعة (ن = ٤١٥)

العامل	التكرار	النسبة
درجة القرابة بين الوالدين		
درجة أولى	١٦١	٪٣٨,٨٠
درجة ثانية	٩١	٪٢١,٩٣
لا يوجد قرابة	١٦٣	٪٣٩,٢٧
عمر الأم عند الانجاب		
أقل من ٢٠ سنة	٦٣	٪١٥,١٨
٢٠ – ٣٥ سنة	٢٨٤	٪٦٨,٤٣
٣٥ – ٤٠ سنة	٤٩	٪١١,٨١
أكثر من ٤٠ سنة	١٩	٪٤,٥٨
مدة الحمل بالشخص المعوق		
تسعة شهور	٣٨٩	٪٩٣,٧٣
أقل من تسعة شهور	٢٦	٪٦,٢٧
وزن الشخص المعوق عند ولادته		
أكثر من ٢,٥ كغم	٣٤٠	٪٨١,٩٣
أقل من ٢,٥ كغم	٧٥	٪١٨,٧
هل يعاني أشخاص آخرون في الاسرة من الاعاقة ؟		
نعم	١١٧	٪٢٨,١٩
لا	٢٩٨	٪١٨,٧
عدد الاجهاضات التي حدثت لدى الأم		
لم يحدث اجهاض	٢٧٧	٪٦٦,٧٥
مرة أو مرتان	١١٥	٪٢٧,٧١
٣ أو ٤ مرات	٢٣	٪٥,٤٥

ويبين الجدول (١٠) تكرارات ونسب حدوث عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة بالنسبة لفئات الاعاقة المختلفة مجتمعة وبالنظر الى الجدول يظهر ان أكثر عوامل الخطر شيوعاً هي الضغوط النفسية الشديدة (١٨٪) وتناول الأدوية أثناء الحمل (١٣٪) والاضطرابات الوراثية/ الجينية (١٥٪) وصغر حجم جمجمة الطفل (٩٪) والامراض المزمنة لدى الأم الحامل (٧٪) والاضطرابات الغذائية لدى الأم الحامل (٦٪).

ولمعرفة دلالة الفروق في النسب بين مختلف مستويات عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة، أجريت العامل الإحصائي «ز». وقد أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α = ٠,٠١) بين نسب العامل الأول (الحصبة الالمانية) وكل من العامل الخامس (الضغوط النفسية الشديدة) والعامل الحادي عشر (الاضطرابات الوراثية) حيث بلغت قيم الاحصائي «ز» ١,٩٥ و ٢,٣٩ بالترتيب، وبين نسب العامل الثاني (تسمم الحمل) وكل من العامل الخامس (الضغوط النفسية الشديدة) والعامل الحادي عشر (الاضطرابات الوراثية) حيث بلغت قيم الاحصائي «ز» ٢,٢٢ و ٢,٦٩ بالترتيب. كذلك وجدت فروق ذات دلالة احصائية (α = ٠,٠١) بين نسب العامل الخامس (الضغوط النفسية الشديدة) وكل من العامل الثالث (الاشعة السينية) والعامل الرابع (الاصابات) والعامل السادس (الأمراض المزمنة لدى الأم) والعامل السابع (التدخين) والعامل التاسع (الكحول) والعامل الخامس عشر (اضطرابات الغدة الدرقية) حيث بلغت قيم الاحصائي «ز» ٢,٣٠ ، ٢,١٧ ، ٢,٣٠ ، ٢,٣٣ ، ٢,١٤ ، ٢,٤٧ بالترتيب. وأخيراً، فقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية (α= ٠,٠١) بين نسب العامل الحادي عشر (الاضطرابات الوراثية) وكل من العامل الثالث عشر (كبر الجمجمة) والعامل الخامس عشر (الاضطرابات الغدة الدرقية) حيث بلغت قيم الاحصائي «ز» ١,٩٥ و ٢,٠١ بالترتيب.

جدول (١٠)

تكرار ونسب حدوث عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة بالنسبة لفئات الاعاقة مجتمعة (ن = ٤١٥)

العامل	التكرار	النسبة
الحصبة الالمانية	٨	٢٪
تسمم الحمل	٥	١٪
الاشعة السينية	١٣	٣٪
اصابات / حوادث	١٨	٤٪
ضغوط نفسية شديدة	٧٣	١٨٪
أمراض مزمنة لدى الأم	٢٨	٧٪
التدخين	١٣	٣٪
تناول العقاقير الطبية	٥٢	١٣٪
الكحول	٣	١٪
عدم توافق دم الوالدين	١٧	٤٪
اضطرابات جينية / وراثية	٦٤	١٥٪
صغر حجم الجمجمة	٣٨	٩٪
كبر حجم الجمجمة	٨	٢٪
اضطرابات غذائية	٢٦	٦٪
اضطراب الغدة الدرقية	٩	٢٪

ومن ناحية ثانية، يبين الجدول رقم (١١) تكرارات ونسب حدوث عوامل الخطر الرئيسة المرتبطة بمرحلة الولادة بالنسبة لفئات الاعاقة المختلفة مجتمعة. ويظهر من هذا الجدول ان هذه العوامل ترتبت ترتيباً تنازلياً حسب أهميتها على النحو التالي : عسر الولادة (١٨,٣١٪)، ونقص الاكسجين (١٤,٧٠٪)، والنزيف الشديد أثناء الولاده (٥,٤٥٪)، ولمعرفة دلاله الفروق في النسب تم استخدام الاحصائي «ز» وقد اشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة احصائية (α = ٠,٠١) بين عسر الولادة والنزيف الشديد حيث بلغت قيمة الاحصائي «ز» ٢,١١.

جدول (١١)

تكرارات ونسب حدوث عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة الولادة بالنسبة لفئات الاعاقة مجتمعة (ن = ٤١٥)

العامل	التكرار	النسبة
عسر الولادة	١٠٨	١٨,٣١٪
نزيف شديد	٢٣	٥,٥٤٪
نقص الاكسجين	٦١	١٤,٧٠٪

وأخيراً يوضح الجدول رقم (١٢) تكرارات ونسب حدوث عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة بالنسبة لفئات الاعاقة مجتمعة. يتضح من الجدول رقم (١٢) ان أكثر عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة شيوعاً هي الاصفرار الشديد (١٠,٨٤٪) والحوادث والاصابات (٨,٦٧٪) والاختناق (٧,٤٧٪) ولمعرفة دلالة الفروق بين نسب عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة فقد

أجريت الاحصائي «ز» وقد اشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة احصائية (α= ٠,٠١) بين كل من التهاب الدماغ والاصفرار الشديد حيث بلغت قيمة الاحصائي «ز» ٢,٢٠.

جدول (١٢)

تكرارات ونسب حدوث عوامل الخطر المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة بالنسبة لفئات الاعاقة مجتمعة (ن = ٤١٥)

العامل	التكرار	النسبة
التهاب السحايا	١٣	٣,١٣٪
التهاب الدماغ	٢	٠,٠٥٪
الاختناق	٣١	٧,٤٧٪
التسمم	٤	١٪
الحوادث / الاصابات	٣٦	٨,٦٧٪
الاصفرار الشديد	٤٥	١٠,٨٤٪
الاورام	١٣	٣,١٣٪
التهاب الأذن الوسطى	١٥٣	٣,٦١٪

المناقشة

لقد أصبحت قضية الاعاقة في عدد كبير من دول العالم قضية ذات أولوية تحظى بقدر متزايد من الاهتمام لما لها من أبعاد انسانية واقتصادية واجتماعية ونفسية - تربوية ولان تأثيراتها لا تقتصر على الفرد المعوق وأسرته فحسب ولكنها تمتد لتطال المجتمع بأسره بشكل أو بآخر. الا ان الاهتمام في الغالب ينصب على التخفيف من تأثيرات الاعاقة وليس الوقاية منها هذا على الرغم من ان الوقاية أمر ممكن في نسبة كبيرة من الحالات اذا ما تم التعامل مع الوقاية بوصفها اجراءات لا تقتصر على الحد من الاصابة أو المرض (الوقاية من المستوى الأول) وانما اجراءات ايضاً منع تطور الاصابة الى عجز (الوقاية من المستوى الثاني) والحيلولة دون تدهور العجز الى الاعاقة (الوقاية من المستوى الثالث).

وليس من شك في أن عدم توفر المعلومات الصادقة عن أسباب الاعاقة يحول دون تنفيذ برامج التدخل المبكر المناسبة. ففي غياب المعلومات يصعب تحديد عوامل الخطر الشائعة في المجتمع، ولا يمكن تحديد الفئات المجتمعة المعرضة أكثر من غيرها للاعاقة، ويتعذر تصميم وتنفيذ البرامج الوقائية والتوعية المناسبة، وذلك كله مكلف للفرد والمجتمع على الصعيدين المادي والمعنوي. وللأسف، فأن دراسة أسباب الاعاقة لم تحظ باهتمام يذكر في الماضي على الرغم من ان اهمية معرفة الاسباب أمر لا يختلف عليه اثنان. على ان ثمة عوامل اجرائية تحول دون اجراء هذا النوع من الدراسات. وهذه القضية لابد من الاشارة اليها في معرض مناقشة ما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج حيث ينبغي التنوية الى ان مصدر المعلومات عن أسباب الاعاقة كان الاسرة ذاتها لعدم توفر مصادر موثوقة أخرى وعليه لابد من التعامل مع المعلومات المقدمة بقدر كاف من الحذر والحيطة.

وعلى أي حال، فقد أشارت النتائج الى ان الاعاقة ترتبط بجملة من العوامل والمتغيرات وبذلك فهي تتفق ونتائج الدراسات السابقة التي نفذت في دول أخرى. والتفسير الصحيح لهذه النتائج هو ان الوقاية الفعالة من الاعاقة لابد وان تنبثق عن الجهود المبذولة في المجالات الصحية والاجتماعية والتربوية وغيرها من المجالات التي تسعى الى رفع مستوى الوعي بعوامل الخطر بالنسبة لكل من الامهات والاطفال وسبل تجنب تلك العوامل.

ثمة قضية أخرى ينبغي التنويه اليها هنا هي ان عدداً من حالات الاعاقة التي تمت دراستها ارتبطت بعوامل خطر مختلفة. بعبارة أخرى، ان نسبة غير قليلة من الحالات ارتبطت بعوامل خطر تتصل بمرحلة ما قبل الولادة وأحياناً بعوامل ترتبط بمرحلة ما بعد الولادة.وعليه فلابد من مراعاة هذه الحقيقة عند التأمل في النتائج حيث ان النسبة الكلية لفئة من فئات عوامل الخطر أو للفئات الثلاث مجتمعة ليست ١٠٠٪ فقد ارتبطت عوامل الخطر المتصلة بمرحلة ما قبل الولادة بـ ٩٠٪ من حالات الاعاقة في حين ارتبطت العوامل المتصلة بمرحلة ما قبل الولادة بـ ٣٩٪ وارتبطت العوامل المتصلة بمرحلة ما بعد الولادة بـ ٣٨٪ من الحالات. مرة أخرى ان تفسير ذلك يكمن في كون الاعاقة قد ترتبط بعدة عوامل خطر سواء قبل الولادة أو اثناءها أو بعدها دون ان يتمكن الطبيب أو غيره من تحديد أي عوامل الخطر تلك التي كانت السبب المباشر للاعاقة. وعوامل الخطر الاكثر شيوعاً في هذه الدراسة هي زواج الاقارب (٩١٪) والاجهاض المتكرر (٣٣٪) وعسر الولادة (٢٦٪) والاضطرابات الوراثية / الجينية (٢٥٪) وعمر الام عند الانجاب (٢٢٪) والخداج (١٨٪) والاضطرابات النفسية الشديدة لدى الام الحامل (١٨٪) ونقص الاكسجين اثناء الولادة (١٥٪) والاصفرار الشديد لدى الطفل (١١٪).

ولكن تسليط الضوء على هذه العوامل لا يعني بأي حال من الاحوال تجاهل عوامل الخطر الاخرى (وبخاصة الحوادث / الاصابات، والاضطرابات الغذائية، والامراض المزمنة لدى الام الحامل) وبالنظر الى جملة العوامل المذكورة اعلاه يتضح بجلاء ان الحاجة ماسة الى توجيه الانظار بالدرجة الاولى الى رعاية الامهات الحوامل واعطاء هذه الرعاية الاولوية فذلك من شأنه الوقاية من نسبة كبيرة من حالات الاعاقة. فبالفحوصات الطبية الروتينية وبالارشاد الجيني وبالتوعية والتثقيف يمكن الحد من عوامل الخطر وبشكل فعال.

وفي ضوء ما توصلت اليه الدراسة الحالية من نتائج يوصي الباحث بالتركيز على العناصر التالية عند تطوير البرامج الوقائية :

١- تطوير مستوى الرعاية الصحية الاولية من الامهات والاطفال.

٢- انشاء مراكز الارشاد الجيني.

٣- اقامة مراكز متخصصة لمتابعة نمو الاطفال وتطورهم وبخاصة الاطفال المعرضين للخطر لاسباب بيولوجية أو بيئية واضحة.

٤- اقامة شبكة معلومات وطنية لرصد حالات الضعف والعجز والاعاقة في المجتمع وذلك بالتعاون ما بين المستشفيات والعيادات ومراكز الامومة والطفولة ورياض الاطفال ومراكز المعوقين.

٥- تنفيذ حملات التوعية للتعريف بالمخاطر المحتملة لزواج الاقارب.

٦- تطوير برامج وطنية للمسح الصحي والنمائي العام والكشف المبكر عن حالات التأخر أو الانحراف في النمو.

٧- اعطاء المزيد من الاهتمام لتحصين الاطفال ضد امراض الطفولة الخطيرة.

٨- تشجيع الامهات على تجنب الحمل في سن مبكرة جداً أو متأخرة جداً.

٩- تطوير برامج التربية الخاصة والتأهيل وتطوير الخدمات المساندة لهذه البرامج مثل العلاج الطبيعي والوظيفي والنطقي.

١٠- اجراء التحاليل المخبرية للمواليد الجدد للكشف عن الذين يعانون من اضطرابات ولادية قابلة للمعالجة.

١١- الاهتمام ببرامج التغذية المناسبة والمتكاملة لكل من الامهات الحوامل والاطفال اليافعين.

١٢- اجراء الفحوصات اللازمة للكشف عن حالات عدم توافق دم الزوجين واتخاذ الاجراءات اللازمة عندما تدعو الحاجة لذلك.

١٣- تجنب الامهات الحوامل لتناول العقاقير الطبية دون استشارة طبية موثوقة.

١٤- توفير المعينات السمعية والبصرية والحركية عند الحاجة.

١٥- تفعيل البرامج الارشادية للاشخاص المعوقين واسرهم.

١٦- تكثيف برامج التوعية المرورية والسلامة العامة في المنزل ومكان العمل والمدرسة.

إن النتائج التي تمخضت عنها الدراسة الحالية ذات أهمية كبيرة ولكن الحاجة الى اجراء المزيد من هذا النوع من الدراسات كبيرة هي الاخرى. ويتقدم الباحث بالتوصيات التالية في هذا المضمار.

أ- ان العينة التي اشتملت عليها الدراسة الحالية، وان كانت كبيرة نسبياً، لا تكفي لتعميم النتائج على مجتمع الامارات حيث انها لم تكن عشوائية. والمدينة وان

كانت تقدم خدماتها لمواطني الامارات والقائمين على ارضها فهي لا تمثل تمثيلاً كاملاً جميع الاشخاص المعوقين في الدولة. وما يعنيه ذلك هو ضرورة ان تشمل الدراسات المستقبلية عينات أكبر وأكثر تنوعاً لكي تصبح امكانية تعميم النتائج افضل.

ب- أن الاستبانة التي تم استخدامها في هذه الدراسة، بالرغم من ان البيانات اشارت الى تمتعها بالصدق والثبات، ليست الاداة الوحيدة الممكنة لتنفيذ هذا النوع من الدراسات. فباستطاعة الدراسات المستقبلية تحليل الملفات الطبية واجراء الفحوصات الشمولية وغير ذلك. وفي كل الاحوال فان دراسة اسباب الاعاقة في المجتمع تصبح ميسورة اكثر اذا ما طور نظام وطني لرصد حالات الاعاقة وتدوين اسبابها المحتملة ليتسنى للباحثين الاطلاع على المعلومات وتحليلها.

خلاصة واستنتاجات :

لقد كان الهدف الرئيسي الذي توخت هذه الدراسة تحقيقة هو التعرف الى عوامل الخطر المرتبطة بالاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة وذلك من خلال تحليل استجابات اباء وآمهات المعوقين لمجموعة فقرات تضمنتها استبانه خاصة تم تطويرها لهذا الغرض. ومثل هذا الاسلوب في دراسة ظاهرة الاعاقة اسلوب له ما يبرره. فاستجابات الاباء والامهات لا تنبثق من فراغ ولكنها نتاج خبرة واسعة ومشوار طويل في البحث عن تفسير لما حدث لابنائهم. فمن المعروف ان معظم الاباء والامهات ينتقلون باطفالهم المعوقين من طبيب لاخر ومن مستشفى لاخر بحثاً عن أسباب المشكلة وعن طرق معالجتها.

على ان الاسباب التي يأخذ بها أولياء الأمور وهي ما يعرف بالاسباب المدركة قد تختلف عن الاسباب الحقيقية. ولا ضير في ذلك بالضرورة فمعرفة الاسباب الحقيقية تخدم أهدافاً معينة ومعرفة الاسباب المدركة تخدم اهدافاً اخرى. فالمعرفة بالاسباب في الحالة الاولى تساعد على المستوى الوقائي وفي الحالة الثانية فهي تفيد على المستوى النفسي التكيفي حيث تشير معظم ادبيات الاعاقة الى ان ارشاد اسر الاطفال المعوقين يجب ان يعطي الاسباب المدركة اهتماماً أكبر من الاسباب الفعلية والتي كثيراً ما تكون غير مفهومة.

خلاصة القول ان الدراسة الحالية تقدم معلومات مفيدة للمهتمين بقضية الاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة. ويؤمل ان تحدو النتائج التي تم التوصل اليها بالباحثين الى طرح المزيد من الاسئلة حول هذا الموضوع العام الذي من شأن معالجتة باسلوب علمي رصين ان يسهم في حماية الاطفال في هذا المجتمع من عوامل خطر متعددة.

المراجع

Abdulrazzaq, Y. M., Soaks, R., Orfanos, A., & Guthrine, R. (1994). Free Erythrocyte Protoprophyrine in Screening for Lead Toxicity. Paper Presented at the XXII Congress of the Union of Middle-Eastern and Mediterranean Paediatric Societies Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Al-Gazali, L. I., Dawodu, A. H., & Varghese, M. (1994). The Profile of Major Congenital Abnormalities in the UAE Population. Paper Presented at the XXII Congress of the Union of Middle - Eastern and Mediterranean Paediatric Societies. Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Arab Council for Childhood and Development (1989). The State of the Child in the Arab World, Cairo: Egypt.

Barraga, N. & Erin, J. (1992). Visual handicaps and learning (3 ed.) Austin, Texas: PRO - ED.

Bener, A., Absoad, G., Anderson, J. & Murdoch, J. (1994). The health services performance in the United Arab Emirates. Emirates Medical Journal, 12, 15-21.

Bryan, T. & Bryan, J. (1978). Understanding learning disabilities (2nd ed.). Sherman Oaks, California: Alfred Publishing.

Carwright, P., Carwrigt C., & Ward M. (1989). Educating special learners (2nd ed.). Denver, Colorado: Love Publishing Company.

Freeman, R., Carbin, C., & Boese, R. (1981). Can't your child hear? Baltimore, Maryland: University Park Press.

Gallaudet College, Office of Demographic Studies. Washington D. C., 1973.

Gentle, A., Schein, J., & Haase, K. (1967). Characteristics of Persons with impaired hearing. Vital and Health Statistics, Series 10, No. 35.

Ghofoor, S., & Mosawi, A. (1994). Blindness in the United Arab Emirates. Emirates Medical Journal, 12, 23-2.

Hallahan, D. & Kauffman, J. (1982). Exceptional children: Introduction to special education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Haring, N. (1982). Exceptional children and youth (2nd ed.). Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

Heward, W. & Orlansky, M. (1988). Exceptional children (3rd ed.). Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

Jurayyan, N. Abdullah, M. A., El - Desouki, M. I., Al Habib, S. A., & Al Nuaim, A. A. (1992). Childhood Hypothyroidism in Saudi Arabia: A Retrospective Study. Saudi Medical Journal, 13 (2), 125-128.

Kauffman, J. M. (1977). Characteristics of children's behavior disorders. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

Khan, H., & Moorhead, H. (1973). Statistics on blindness. National Eye Institute. DHEW Publication No. 73-427.

Khalayli, G. et al. (1994). Perinatal Outcome of Diabetic Pregnancy. Paper presented at the XXII Congress of the Union of the Middle-Eastern and Mediterranean Paediatric societies. Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Kirk, S. Galagher, J. (1989). Educating exceptional children (6th ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Kysela, G. M. & Mofo, K. (1982). Early handicapping conditions: Detection and intervention in developing countries. Mental Retardation, 32, (3), 5-11.

Meran, J. (1994). Congenital Malformation in 24033 Consecutive Births at the Cornich Hospital. Paper at the XXII Congress of the Union of Middle-Eastern and Mediterranean Paediatric Societies. Abu Dhabi, UAE.

Rehabilitation International (1981). Childhood disability: Its prevention and rehabilitation. Assignment Children, 53/54, 43-75.

Silverman, S. R. & Lane, H. S. (1970). Hearing and deafness (3rd ed.). New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Uduman, S., Bener, A., Devadas, K., Mathew, T., Ali, K., Khaleel, M., Nelly, S., & Hussen, M. (1994). Occurrence and Outcome of Heamophilus Influenza Type b Meningitis in Children in the United Arab Emirates. Paper presented at the XXII Congress of the Union of Middle - Eastern and Mediterranean Paediatric Societies. Abu Dhabi, United Arab Emirates.

Van Riper, C. (1972). Speech correction: Principles and methods (5th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Vernon, M. & Andrews, J. (1990). The psychology of deafness. New York: Longman.

Ysseldyke, J. & Algozzine, B. (1990). Introduction of special education. Boston: Houghton Mifflin.

الملحق رقم(١)

استمارة البحث

حضرات الآباء / الأمهات

تحيه طيبه وبعد،،،

بين ايديكم استمارة بحث الهدف منها جمع المعلومات عن عوامل الخطر المرتبطة بالاعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة. يرجى الاجابة عن جميع الفقرات علماً بأن المعلومات ستعامل بمنتهى السرية وشكراً.

اسم الشخص المعوق : _____

العمـــــــــــر : _____

الجنـــــــــــس : _____ ذكـــر _____ انثى

فئـــه الاعاقـــة : _____ عقليـة _____ سمعية

_____ جسمية _____ متعددة

الجنسية : _____

المستوى الاقتصادي ؟: _____ متدني

_____ متوسط

_____ مرتفع

درجة القرابة بين الوالدين :

_____ درجة أولى (أبناء العم أو الخال أو العمة أو الخالة)

_____ درجة ثانية

_____ لايوجد قرابة بين الوالدين

هل يوجد عدم توافق بين دم الام ودم الأب ؟

_____ نعم

_____ لا

هل يعتقد الأطباء ان الاعاقة ناتجة عن عوامل وراثية / جينية ؟

——— نعم

——— لا

هل يعتقد الاطباء ان سبب حالة الاعاقة غير معروف ؟

عمر الأم عند انجاب الطفل المعوق : _____

مدة الحمل بالشخص المعوق : _____

وزن الشخص المعوق عند ولادته : _____

هل يعاني أشخاص آخرون في الأسرة من الاعاقة :

——— نعم

——— لا

عدد الاجهاضات التي حدثت لدى الأم :

هل لدى الشخص المعوق صغر في حجم الجمجمة ؟ ——— نعم ——— لا

هل لدى الشخص المعوق كبر في حجم الجمجمة ؟ ——— نعم ——— لا

هل تعرضت الأم أثناء الحمل لاي مما يلي ؟

الحصبة الالمانية	———	نعم	———	لا
تسمم الحمل	———	نعم	———	لا
الاشعة السينية	———	نعم	———	لا
اصابات / حوادث	———	نعم	———	لا

أمراض مزمنة (ربو، سكري، أمراض قلب، أمراض كلى، الخ)

التدخين	———	نعم	———	لا
تناول العقاقير	———	نعم	———	لا
تناول الكحول	———	نعم	———	لا

هل حدث أثناء الولادة أي مما يلي ؟

عسر ولادة ——— نعم ——— لا

نزيف شديد ——— نعم ——— لا

نقص أكسجين عند الطفل ——— نعم ——— لا

هل تعرض الشخص المعوق في طفولته لأي مما يلي ؟

التهاب السحايا ——— نعم ——— لا

التهاب الدماغ ——— نعم ——— لا

الاختناق ——— نعم ——— لا

التسمم ——— نعم ——— لا

الحوادث/ الاصابات ——— نعم ——— لا

الاصفرار الشديد ——— نعم ——— لا

الأورام ——— نعم ——— لا

التهاب الأذن الوسطى ——— نعم ——— لا

سوء تغذية/ اضطرابات غذائية ——— نعم ——— لا

اضطرابات في الغدة الدرقية ——— نعم ——— لا

أمراض أخرى (حدد) ——— نعم ——— لا