

الإعاقة في المملكة العربية السعودية

أسبابها وأساليب الوقاية منها

المكتبة الإلكترونية



المؤلف

<p>د. طارق بن عصلو سليمان الشمري أستاذ التربية الخاصة المشارك قسم التربية الخاصة كلية التربية - جامعة الملك سعود الرياض</p>	<p>أ.د. محمد الله بن محمد سليمان الوابلي أستاذ التربية الخاصة قسم التربية الخاصة كلية التربية - جامعة الملك سعود الرياض</p>
---	---

المحتويات

الصفحة	
٢	مقدمة
٣	أهداف البحث
٣	مصطلحات البحث
٥	أهمية البحث
٥	تساؤلات البحث
٨	الإطار النظري
٤٤	الدراسات السابقة
٥٨	مجتمع البحث
٥٨	عينة البحث
٦٢	خصائص عينة البحث
٦٧	أداة البحث
٧٥	نتائج البحث
٧٦	نتائج التساؤل الأول
٨٠	نتائج التساؤل الثاني
٨٢	نتائج التساؤل الثالث
٨٤	نتائج التساؤل الرابع
٨٥	نتائج التساؤل الخامس
٨٨	نتائج التساؤل السادس

الصفحة

٩٠	نتائج التساؤل السابع
٩٤	نتائج التساؤل الثامن
٩٧	نتائج التساؤل التاسع
٩٩	نتائج التساؤل العاشر
١٠١	نتائج التساؤل الحادي عشر
١٠٣	نتائج التساؤل الثاني عشر
١٠٨	المناقشة
١١١	المراجع
١١٥	الملاحق

مقدمة

إن الاهتمام بالإنسان من جميع جوانبه يعد من أهم مؤشرات التقدم والرقي لأي مجتمع من المجتمعات ، فالمملكة العربية السعودية تعتبر إحدى تلك المجتمعات التي تبذل كل ما في وسعها لبناء الإنسان لكي يكون لبنة فعّالة ومشاركة في بناء هذا المجتمع وتقدمه ورفقه . وهذا الاهتمام بالإنسان لم يعد مقتصرًا على فئة دون الأخرى ، بل نال جميع فئات المجتمع بما في ذلك الأفراد المعاقين .

إن موضوع الإعاقة من المواضيع التي نالت اهتمامًا كبيرًا في الآونة الأخيرة سواء على المستوى المحلي أو الإقليمي أو الدولي ، ولكي تتمكن من ترجمة هذا الاهتمام بالفرد المعاق إلى واقع ملموس ، فلا بد من إعداد وتوفير الخدمات والبرامج الوقائية والعلاجية والتربوية المناسبة ، إلا أن السبيل إلى توفير مثل تلك الخدمات والبرامج التدريبية والتأهيلية التي ينبغي أن تحقق الأهداف التي من أجلها أنشئت يستند في آلياته على التخطيط السليم للوصول إلى مضمون وجوهر البرامج المرجوة والذي بدوره كذلك يضع حداً لمثل تلك التفسيرات والاجتهادات التي لا تركز على أسس علمية مما قد يصاحبها الكثير من الجهود الضائعة من وقت ومال . فبدون التعرف على الإعاقة والمتغيرات المرتبطة بها ضمن آلية منظمة قد لا نستطيع القيام بهذه المهمة . من هنا جاءت المشاركة في هذه الدراسة لمعرفة أسباب الإعاقة في المملكة العربية السعودية وأساليب علاجها لكي تتمكن من تقديم أفضل وأرقى الخدمات لأبنائنا وإخواننا المعاقين .

أهداف البحث :

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية :

- ١- معرفة الأسباب العامة المؤدية إلى حدوث الإعاقة في صورها المختلفة خلال مختلف المراحل الزمنية التالية :
 - أ- قبل الولادة
 - ب - أثناء الولادة
 - ج - بعد الولادة.
- ٢- معرفة الأسباب الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقات المستهدفة في هذه الدراسة كإعاقة السمعية ، والبصرية ، والبدنية والتخلف العقلي .
- ٣- معرفة طبيعة الأساليب والاستراتيجيات الوقائية والعلاجية للإعاقات المستهدفة في الدراسة الحالية .

مصطلحات البحث :

- أسباب الإعاقة : تلك العوامل والمتغيرات التي تساهم في حدوث الإعاقة كالعوامل الوراثية والمرضية والبيئية والتي قد تحدث في مرحلة ما قبل الولادة ، ومرحلة أثناء الولادة وكذلك مرحلة ما بعد الولادة .
- الأفراد المعاقين : يقصد بهم في الدراسة الحالية أولئك الأفراد الذين لديهم إعاقة سمعية، أو بصرية ، أو بدنية ، أو عقلية.
- درجة الإعاقة : يقصد بها تلك المستويات التي تعكس درجة الإعاقة والتي تشمل بسيطة ، متوسطة ، وشديدة .
- المناطق : يقصد بها مناطق المملكة العربية السعودية الخمس التالية :

- ١) المنطقة الوسطى : وتشمل الرياض والقصيم .
- ٢) المنطقة الغربية : وتشمل مكة المكرمة، والمدينة المنورة ، جده ، والطائف .
- ٣) المنطقة الشرقية : وتشمل الأحساء (الهفوف) والقطيف ، والدمام .
- ٤) المنطقة الشمالية : وتشمل الجوف ، وحائل ، وتبوك .
- ٥) المنطقة الجنوبية : وتشمل جيزان وعسير .

جهات تقديم الخدمة: هي تلك الجهات الحكومية التي تقدم خدمات تعليمية أو تأهيلية للأشخاص المعاقين في مختلف مناطق المملكة العربية السعودية وتشمل :

وزارة المعارف ، والرئاسة العامة لتعليم البنات ، وزارة العمل والشؤون الاجتماعية .

الأمراض الوراثية : تلك الأمراض التي تحدث كنتيجة لاضطرابات أو خلل في تركيبة الجينات والكروموزومات بأنواعها ومستوياتها المختلفة .

الأمراض المزمنة : يقصد بها تلك الحالات المرضية التي تستمر مع الإنسان مدى الحياة، كأمراض السكري ، وضغط الدم ، والقلب ، والروماتيزم الخ .

الأمراض المعدية : ويقصد بها الأمراض التي تنتقل إلى الجنين أثناء الحمل وبعد الولادة، كأمراض الزهري ، والحصبة الألمانية، مرض الإيدز الخ .

أهمية البحث :

أن عملية التعرف على أسباب الإعاقة ودراستها تعتبر من أهم الركائز الأساسية لعملية تخطيط وبناء وتنفيذ البرامج الوقائية والعلاجية لفئات الإعاقة المختلفة . ونظراً لقلّة الدراسات المحلية في المملكة العربية السعودية المعنية بدراسة أسباب الإعاقة ، فإن الدراسة ستوفر مثل هذه المعلومة للنهوض بمستوى الخدمات الوقائية والعلاجية للأفراد المعاقين .

تساؤلات البحث :

انطلاقاً من أهداف البحث ، تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ١- ما أهم مجموعات الأسباب والعوامل المحتملة التي قد تسهم مجتمعة في حدوث الإعاقات الأربعة معاً في المجتمع السعودي ؟
- ٢- ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الحمل والمؤدية إلى حدوث الإعاقات الأربعة معاً في المجتمع السعودي ؟
- ٣- ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الحمل والمؤدية إلى حدوث كل إعاقة على حدة (التخلف العقلي، الإعاقة البدنية، والسمعية والبصرية) في المجتمع السعودي ؟
- ٤- ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الولادة والمؤدية إلى حدوث الإعاقات الأربعة معاً في المجتمع السعودي ؟
- ٥- ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الولادة والمؤدية إلى حدوث كل إعاقة على حدة (التخلف العقلي، الإعاقة البدنية، والسمعية والبصرية) في المجتمع السعودي ؟

- ٦- ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة والمؤدية إلى حدوث الإعاقات الأربعة معاً في المجتمع السعودي؟
- ٧- ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة والمؤدية إلى حدوث كل إعاقة على حدة (التخلف العقلي، الإعاقة البدنية، والسمعية والبصرية) في المجتمع السعودي؟
- ٨- ما الأسباب والعوامل الخاصة التي يمكن أن تسهم في حدوث التخلف العقلي في المجتمع السعودي؟
- ٩- ما الأسباب والعوامل الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقة البدنية في المجتمع السعودي؟
- ١٠- ما الأسباب والعوامل الخاصة التي يمكن أن تسهم في حدوث الإعاقة السمعية في المجتمع السعودي؟
- ١١- ما الأسباب والعوامل الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقة البصرية في المجتمع السعودي؟
- ١٢- ما الأساليب والاستراتيجيات الوقائية المناسبة لمواجهة العوامل والأسباب المحتملة التي قد تؤدي إلى حدوث الإعاقات العقلية، والبدنية، والسمعية، والبصرية؟

الإطار النظري

الإطار النظري

تمهيد:

لم تعد تقتصر نظرة المجتمعات الإنسانية في الوقت الراهن في تعاملها واهتمامها بأفرادها على فئة معينة من الناس، بل امتدت لتشمل جميع فئات المجتمع قاطبة. وتأتي فئة الإعاقة في مقدمة تلك الفئات الاجتماعية التي حظيت ولا تزال تحظى باهتمام متزايد ومنقطع النظر وذلك لاعتبارات حضارية مدفوعة بدوافع إنسانية واجتماعية وسياسية وكذلك اقتصادية.

ولقد تمثل هذا الاهتمام في تلك الجهود العلمية والتي بدأت منذ أمد بعيد بهدف التعرف على معالم الإعاقة ومسبباتها بالإضافة إلى توضيح إجراءات الوقاية منها. حيث بدأت المؤسسة الوطنية لصحة الطفل والتنمية البشرية بأمريكا National Institute of Child Health and Human Development جهودها العلمية في عام ١٩٦١م، عندما شرعت في دراسة الكثير من الأمراض البشرية Human Diseases بهدف التعرف على ماهية التخلف العقلي والعوامل المؤدية إليه، بالإضافة إلى عوامل الوقاية منه (Nyhان، ١٩٨٨). ولهذا وكما أشار Schmickel (١٩٨٨) فقد نجحت تلك الجهود، مثلا، في منع حدوث التخلف العقلي لـ ٧٠ حالة كانت عرضة للإصابة به، حيث كانت تعاني من مشكلة جالاكتوسيميا Galactosemia، وكذلك الحال بالنسبة لـ ١٥٠ حالة لديها اضطراب أنزيمي يسمى Phenylketonuria (P.K.U) حيث تمت معالجته لدى هؤلاء الأفراد مما جعلهم غير عرضة للإصابة بالتخلف العقلي، كما استطاعت تلك الجهود منع حدوث التخلف العقلي الشديد بسبب القمأة of Severs retardation of Critinism لحوالي ٧٠٠ حالة. وتعتبر هذه الأرقام بمثابة معدلات سنوية نتائج لتلك الجهود العلمية المرتكزة على التشخيص الدقيق والعلاج المناسب طوال الخمسة والعشرين سنة الماضية.

من جهة أخرى، نجد أن هناك جهود علمية أخرى عملت على إيجاد الحلول الطبية لبعض الأمراض المتفشية في فترة من الفترات والتي نتج عنها عدد من الإصابات المختلفة وعلى رأسها العجز البدني Physical Disability أو الإعاقة البصرية Visually Impairment ففي أوائل النصف الأخير من هذا القرن تفشى مرض شلل الأطفال بسبب التهاب المادة السنجابية للجلل الشوكي Poliomyelitis والذي يؤدي إلى الإعاقة البدنية، غير أن استخدام أسلوب التطعيم بالأمصال كإجراء وقائي حد تماما من انتشار هذا المرض بين الأطفال، كما أن لهذه الجهود الفضل في مواجهة التليف الذي يحدث خلف عدسات العين Retrolental Fibroplasia، الناتج عن الاستخدام المفرط للأكسجين المعطى للرضع الخدج أثناء فترة الحضانة، والذي يؤدي إلى كف البصر Blindness (Kneelder, Hal Iahan & Kaufman, 1988).

وللعلوم الاجتماعية، من جهة ثانية، دور آخر في تكريس الجهود لدراسة الإعاقة ومسبباتها مع طرح البرامج العلاجية اللازمة وما تشتمل عليه من مضامين تدريبية وتعليمية، وكذلك تأهيلية كإجراءات وقائية لمواجهة الإعاقة، فنجد في برامج تعديل السلوك Behavior Modification Programs خير دليل على ما حققته من إنجازات جيدة في سبيل منع استمرار حدوث تلك المشكلات الناجمة عن الإعاقة أو الحد منها وخصوصا تلك الحالات التي تظهر بعض الاضطرابات السلوكية بمستوياتها المختلفة (الوابلي، ١٩٩٣).

كما لعبت برامج التدخل المبكر Early Intervention دورا مهما في التأثير على مستوى الإعاقة والمشاكل الناجمة عنها، حيث جاء مشروع ميلواكي للوقاية من التخلف العقلي لدى مجموعة من الأطفال ممن لديهم الاستعداد لأن يكونوا متخلفين - The Milwaukee Project - Preventing Mental Retardation in Children At Risk كدليل آخر على دور العلوم الاجتماعية والإنسانية في ضبط العوامل البيئية. فقد سعى المشروع كدراسة طويلة (بدأت عام ١٩٦٠م) إلى فهم تأثير السرة والبيئات المتزلية على النمو العقلي للمواليد الطبيعيين والتي أشارت عنهم

المعلومات الأولية أنهم سيكونون عرضة بشكل عالي لانخفاض في أدائهم الذهني والذي على ضوئه وبشكل متزايد أن يعرفوا متخلفين عقليا (Garber, 1988)، بالإضافة إلى ذلك، هناك برنامج Head Start الذي يعد أحد برامج التدخل المبكر والذي وجد بهدف محاربة الفقر في البيئات الاجتماعية ذات الدخل المحدودة والتأثير عليها من خلال تقديم الخدمات المباشرة للأطفال (Patton, Smith & Payne, 1990).

لهذا ستبقى مسألة الأسباب Cause المؤدية إلى وجود الإعاقة محور وارتكاز لعملية البحث والكشف عن طبيعة العجز ومستواه، حيث أنها عوامل مهمة ومساعدة في تحديد الكثير من الأمور والظروف المحيطة به والتي من خلالها أيضا يمكن الوصول إلى الحلول المناسبة لمواجهة المشاكل المترتبة على وجود العجز أو الإعاقة.

عموما، قام الباحثان بتقسيم الإطار النظري إلى جزعين، حيث يهتم الجزء الأول بتعريف الإعاقة بشكل عام ومن ثم التركيز على الإعاقات العقلية والبدنية والبصرية ومن ثم الإعاقة السمعية، من حيث مفهوم كل منهما مع تحديد مستوياتها المختلفة، كما سيتم التعرف على درجة الانتشار المحتملة لكل منهما ضمن الطبقة السكانية العامة مع توضيح جميع الأسباب التي تقف وراء تلك الإعاقات. أما الجزء الثاني فسيكون التركيز فيه منصباً على الدراسات السابقة المهمة بموضوع أسباب الإعاقة وإجراءات الوقاية منها.

تعريف الإعاقة وأنواعها المختلفة:

تختلف تعاريف الإعاقة بأنواعها المختلفة باختلاف المبادئ النظرية والفلسفية والتي تلعب دوراً هاماً وواضحاً في صياغة مضمونها حتى تخدم توجهاتها واتجاهاتها المختلفة، كما تختلف تعاريف الإعاقة باختلاف وتعدد أنواعها المختلفة من حسية وعقلية وبدنية وتعليمية وسلوكية وانفعالية. لهذا جاءت التشريعات القانونية في الدول المتقدمة لتضع حداً لتلك

التباينات في وجهات النظر المختلفة والمتعددة حول الإعاقة ومفهومها، وذلك من خلال التأثير على مضمون تعريف الإعاقة بهدف تقنين تقديم خدمات التربية الخاصة وفقا لمعايير وإجراءات يمكن أن تعود بالنفع والفائدة على المستفيدين منها.

وعلى الرغم من ذلك التباين والاختلاف في تعاريف الإعاقة، إلا أن مفهوم الإعاقة Handicap Concept يظل مقترنا بعدد من المفاهيم المرادفة له، والتي تعكس طبيعة ومستوى الخلل أو الاضطراب الوظيفي لدى الإنسان مما يجعل عملية تكيفه مع مطالب الحياة فيه شيء من الصعوبة. لذلك فقد ميز كل من (Steven, 1986)، و (Berdine, 1988) وكذلك (Harris, 1971) بين عدد من تلك المصطلحات، حيث أوضحنا أن مفهوم التلف أو الضعف Impairment يشير إلى مرض أو ضعف الأنسجة وهذا يشمل الإعاقة الحسية كالإعاقة السمعية والبصرية، في حين يعني مفهوم العجز Disability غياب أو تدني الأداء الوظيفي لأحد أعضاء الجسم، بينما يستخدم مصطلح الاضطراب Disorder والاختلال Dysfunction كمصطلحين مترادفين لمصطلح العجز واللذين ينسحبا على ضروب مختلفة من العجز، كالإعاقة البدنية، والاضطرابات السلوكية، وعجز التعلم والتخلف العقلي بالإضافة إلى اضطرابات اللغة والكلام.

لهذا يعتبر مفهوم الإعاقة أو مصطلح التعويق نتيجة حتمية لتلك المصطلحات السابقة. فالتلف والعجز والاضطراب عادة ما تسبب العديد من المشاكل التي من المحتمل أن تمنع الفرد العاجز من التكيف مع بيئته. فمن هذا المنطلق يمكن أن ينظر إلى مفهوم الإعاقة على أنه نتيجة لاختلال في الأداء العقلي والجسمي والحسي أو الانفعالي والتي بدورها تحد بشكل واضح من التعلم والعمل أو التكيف إلى المطالب البيئية والاجتماعية (Grossman, 1983).

أما فيما يتعلق بأنواع الإعاقات المختلفة، فهناك من يصنفها وفقا لمصدر العلة مباشرة كالتخلف العقلي، والإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية، أو الإعاقة البدنية، وعجز التعلم،

والاضطرابات السلوكية أو اضطراب اللغة والكلام، بالإضافة إلى الإعاقات المتعددة أو الإعاقات الشديدة (Berdine & Blackhurst, 1986, and Heward & Orlansky, 1988) بينما يعيد كل من (Kirk & Gallagher, 1983) تجميع الإعاقات السابقة، لأغراض تعليمية في مجموعات ذات خصائص سلوكية متشابهة إلى حد ما:

- (١) الانحرافات العقلية: وتشمل ذوي القدرات العقلية المتفوقة وبطيئة التعلم بالإضافة إلى التخلف العقلي.
- (٢) الإعاقات الحسية وتمثل الإعاقات السمعية والبصرية معا.
- (٣) اضطرابات الاتصال: وهذه تتضمن فئات عجز التعلم واضطرابات اللغة والكلام.
- (٤) الاضطرابات السلوكية: وتحتوي على مجموعات من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية وكذلك سوء في التكيف الاجتماعي.
- (٥) الإعاقات الشديدة والمتعددة وتشمل على مجموعات مركبة من الإعاقات المختلفة كالشلل الدماغى والتخلف العقلي، كف البصر، والصمم بالإضافة إلى الاضطرابات البدنية وغيرها.

مفهوم التخلف العقلي ومستوياته:

لقد طرق مفهوم التخلف العقلي من وجهات نظر علمية مختلفة، إلا أن أكثر تعاريف التخلف العقلي قبولا واستخداما من تعاريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (American Association on Mental Retardation) والتي مرت بدورها بمراحل من التنقيح والتعديل. وقد كان آخر تعريف للجمعية هو ما تم إقراره في المؤتمر السادس عشر بعد المائة في مايو ١٩٩٢م والذي يقضي "بأن التخلف العقلي مصطلح يشير إلى قصور جوهري في الأداء الحالى، حيث وصف بأنه حالة يقل فيها الأداء الذهني عن المتوسط العام بشكل ذي مدلول

واضح، كما يكون مصحوبا بقصور في اثنتين أو أكثر من المهارات التكيفية التطبيقية التالية: الاتصال، الرعاية الذاتية، الحياة المترلية، المهارات الاجتماعية، المنفعة الاجتماعية، التوجيه الذاتي، السلامة والصحة، الأكاديمية الوظيفية، وقت الفراغ. ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشرة" (Luckesson et al, 1992, P.5).

كذلك يعتبر إجراء الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من أكثر الإجراءات استخداما وشيوعا في تصنيف مستويات التخلف العقلي والذي يقوم في الأساس على مستوى الأداء العقلي. لذلك هناك أربعة مستويات تمثل درجات التخلف العقلي المختلفة وفقا للتالي:

- (١) **التخلف العقلي البسيط Mild Mental Retardation**
تتراوح نسبة الذكاء لدى أفراد هذه الفئة ما بين ٥٠ إلى ٥٥ درجة ذكاء كحد أدنى، و ٧٠ (+ / -) كحد أعلى.
- (٢) **التخلف العقلي المتوسط Moderate Retardation**
تتراوح نسبة الذكاء لدى أفراد هذه الفئة ما بين ٣٠ إلى ٤٠ درجة ذكاء كحد أدنى إلى ٥٠ - ٥٥ درجة ذكاء كحد أعلى.
- (٣) **التخلف العقلي الشديد Severe Retardation**
تتراوح نسبة الذكاء لدى أفراد هذه الفئة ما بين ٢٠ إلى ٢٥ درجة ذكاء كحد أدنى إلى ٣٥ - ٤٠ درجة ذكاء كحد أعلى.
- (٤) **التخلف العقلي الحاد Profound Retardation**
تعتبر هذه الفئة أشد فئات التخلف العقلي تخلفا، حيث تتراوح نسبة الذكاء لدى أفرادها ما بين ٢٥ درجة ذكاء كحد أعلى و ٢١ درجة ذكاء فما دون.

من جهة أخرى، هناك تصنيفا آخر يعكس وجهة النظر التربوية (Kirk, 1972) حيث يشتمل على ثلاثة فئات قد تتداخل فيما بينها أحيانا في نسب درجات الذكاء لدى أفرادها، وهي:

- ١) القابلين للتعليم Educable ويمثلون في الغالب التخلف العقلي البسيط.
- ٢) القابلين للتدريب Trainable ويمثلون تقريبا التخلف العقلي المتوسط.
- ٣) الفئة الاعتمادية Dependent وتمثل في مجملها فئات التخلف العقلي الشديد والحاد معا.

مفهوم الإعاقة البدنية ومستوياتها:

تعد الإعاقة البدنية Physical Handicap من أكثر الإعاقات المختلفة تعقيدا من حيث طبيعة وتركيب العجز المصاحب لأفراد هذه الفئة، كما أن تعدد الحالات التي تدخل ضمن هذه المجموعة واختلاف طبيعة العجز لديها يجعل الوصول إلى تعريف شامل وجامع فيه شيء من الصعوبة. غير أن المحاولات لإيجاد تعريف عام لهذه الفئة لا زال قائما ومستمرًا. فهناك من يرى أن الشخص المعاق بدنيا هو "الذي يعاني من عجز وظيفي مرتبط بالمهارات البدنية، كاستخدام اليدين، أو ضبط البدن أو القدرة على الحركة، أو متعلق بالحالة الصحية كفقدان القوة أو القدرة على الاحتمال" (Patton, Payne, Kaufman, Brown & Payne, 1987, P.95) بينما يرى كل من (Kirk & Gallagher, 1982) أن فئة الأطفال التي تعاني من عجز بدني ومشكلات صحية يمكن أن يشار إليها على أنها حالات غير حسية متنوعة تؤثر على إرادة الطفل والتي بدورها يمكن أن تخلق مصاعب تربوية خاصة تتمركز حول القدرة الحركية، وحيوية البدن بالإضافة إلى الصورة الذاتية للفرد.

ومع أن معظم حالات العجز البدني يغلب على خصائصها الطابع الطبي، إلا أن هذا لم يمنع عدد من رواد التربية الخاصة من تقديم تعريفا يتناسب مع أهداف وطموحات أفراد هذه الفئة من الناحية التربوية والنفسية والاجتماعية. وعلى هذا الأساس طرح كل من Kneedler وآخرون (١٩٨٤) و Cross (١٩٨٦) وأخيرا Hallahan و Kaufman (١٩٩٤) تعريفا لذوي الإعاقات البدنية، حيث عرفوهم على أنهم هؤلاء الذين لديهم عجز بدني أو صحي يمنعهم من التعلم أو التفاعل الاجتماعي بصورة المختلفة، كما أنه يجد من نشاطهم وحيويتهم لدرجة أنهم يحتاجون إلى خدمات خاصة مختلفة تتفق وتتلاءم مع احتياجاتهم المتعددة والمتنوعة.

ففي إطار المضامين العامة للتعريف السابقة، يمكن لنا ومن خلال نظام تصنيفي معين لفئات الإعاقة البدنية الخروج بصورة أكثر دقة ووضوح حول تلك المضامين، بعبارة أخرى حول طبيعة العجز البدني ونوعه، مما قد يسهل على المهتمين بهذا المجال توفير الخدمة العلاجية المناسبة والمطلوبة. وكغيرها من الفئات الأخرى للإعاقة، اختلف الباحثون حول طبيعة النظام التصنيفي لهذه الفئة. لذلك نجد أن هناك العديد من التصنيفات المتنوعة، ولكن ارتأى الباحثان تقسيم Patton وزملائه (١٩٨٧) المتضمن المجموعات التالية:

أولاً: حالات العجز العصبي Neurological وتشمل الحالات التالية:

(١) الشلل الدماغي Cerebral Palsy

ويعرف على أنه حالة غير مرضية وغير متطورة تنتج من تلف يصيب الدماغ أو خلل يصيب أجزاء من الدماغ المعنية بالتحكم الوظيفي والحركي (Bleck, 1975) و (Cross, 1986).

(٢) تصلب الأنسجة المتعددة Multiple Sclerosis

ويعرفه Cross على أنه حالة مرضية متطورة، حيث أن الغلاف الحامي والمحيط بالعصب يبدأ بالتحلل والتفسخ مما يؤدي إلى اضطراب النظام العصبي بالجسم.

(٣) الشق السناسي Spina Bifida

ويصفه Crossman على أنه عجز خلقي ينتج عن فشل القناة العصبية من الانغلاق بشكل تام خلال فترة نمو الجنين.

(٤) إصابة العمود الفقري Spinal Cord Injury

ثانيا: اضطراب الجهاز الهيكل العضلي Musculoskeletal ويتمثل هذا الاضطراب في الحالات التالية:

(١) التهاب المفاصل الروماتيزمي الطفولي Juvenile Rheumatoid Arthritis

ويصفه Cross على أنه حالة عامة مزمنة تصيب أطفال المدارس حيث تظهر في بدايتها على كل إرهاب عام وتصلب ومن ثم آلام المفاصل.

(٢) نقص الأطراف Limb Deficiency

(٣) ضمور العضلات Muscular Dystrophy

يمكن وصفه بأنه مرض يصيب الأنسجة العضلية مما يؤدي إلى إضعافها أو القضاء عليها ويظهر ما بين السن الرابعة أو الخامسة من عمر الطفل (Heward & Orlansky, 1988).

(٤) الجنف Scoliosis أو الانحناء الجانبي في العمود الفقري نتيجة لضعف عضلي في أحد جوانب العمود الفقري.

ثالثا: الاضطرابات الصحية Health Condition

هي عبارة عن حالات مرضية تحد من نشاط وحيوية الفرد البدنية، لذلك هناك العديد من الأمراض الصحية التي تصيب الأطفال، وهي:

- (١) الحساسية أو الربو Allergies / As the
- (٢) السرطان Cancer
- (٣) تليف المثانة Cystic Fibrosis
- (٤) مرض السكري Diabetes Mellitus
- (٥) الصرع Epilepsy
- (٦) مشكلات القلب Heart Problems
- (٧) سيولة الدم Hemophilia
- (٨) أنيميا الخلايا المنجلية أو حالة من حالات اضطراب الدم Sickle Cell anemia

رابعا: حالات بدنية متنوعة Miscellaneous Physical Conditions

- (١) حالات الحوادث
- (٢) حالات الاحتراق
- (٣) حالات اضطهاد الأطفال

مفهوم الإعاقة السمعية ومستوياتها:

يرتكز مفهوم الإعاقة السمعية Hearing Impairment في تعريفه على اتجاهين مختلفين، غاير أحدهما ضروريين. فالاتجاه الفسيولوجي يحدد الإعاقة السمعية في إطار كمي (قياسي)، حيث ينظر إليها من زاوية الوحدات الصوتية (الديسبل). وهذا الاتجاه يعتبر أمرا ضروريا غير أنه لا

يكفي بالنسبة لأصحاب الاتجاه التربوي الذي يضمنون فقدان حاسة السمع في إطار مـدى تأثيرها على قدرة الطفل الكلامية واللغوية (Hallahan & Hauffman, 1982).

فمن جانب المنظور الفسيولوجي يعتبر الطفل الأصم Deaf Child هو من بلغت درجة فقدان السمع لديه بحوالي ٩٠ (DB) أو أكثر، أما الطفل ثقيل السمع Hard of Hearing فهو الشخص الذي تكون درجة فقدان سمعه تتراوح ما بين ٦٠ إلى ٧٠ (DB) (Kneedler et al, 1984). أما الاتجاه التربوي فيعرف الطفل الأصم على أنه هو الشخص الذي لديه عجز سمعي يمنعه من التعامل بفعالية مع المعلومات اللغوية التي يتلقاها عن طريق السمع سواء باستخدام معينات سمعية أو بدونها. في حين يعتبر ثقيل السمع (في ظل الاتجاه السابق) هو الشخص الذي لديه قدرة سمعية متبقية لا تمنعه من اكتساب المعلومات اللغوية سواء تم استخدام المعينات السمعية أو بدونها (Green 1986) و (Hallahan & Kauffman, 1982).

وتنقسم الإعاقة السمعية إلى نوعين أساسيين: أولهما الصمم التام، وثانيهما صعوبة السمع. كما أنه ينقسم النوع الأول أيضا إلى قسمين:

- ١) الصمم الفطري الذي يحدث قبل الولادة.
- ٢) الصمم الطارئ الذي يحدث بعد الولادة، غير أن حدوثه يتم خلال فترتين زمنييتين مختلفتين. فقد يقع هذا الصمم الطارئ قبل اكتساب الفرد للغة Prelingual deafness أو قد يحدث بعد اكتساب الفرد للغة Postlingual deafness. إلا أن التصنيف المهم والذي يعتمد عليه المربون في تصميم برامجهم التعليمية لأفراد هذه الفئة ذلك التقسيم الذي يحدد درجة فقدان السمع وفقا لحدة الصوت التي تقاس عادة بالديسبل (Kirk & Gallaher, 1983)، فالتوزيع التالي يمثل الفئتين الرئيسيتين للإعاقة السمعية:

أ. صعوبة السمع ويمثله المجموعات التالية:

١. عجز سمعي بسيط Mild ٢٧ - ٤٠ ديسبل.

٢. عجز سمعي متوسط Moderate ٤١ - ٥٥ ديسبل.
٣. عجز سمعي متوسط الشدة Moderately Server ٥٦ - ٧٠ ديسبل.
- ب. صمم وتمثله المجموعة التالية:
١. عجز سمعي شديد Severe ٧١ - ٩٠ ديسبل.
٢. عجز سمعي حاد Profound ٩٠ ديسبل فأكثر.

الإعاقة البصرية ومستوياتها:

يرتبط مفهوم الإعاقة البصرية Visual Impairment بمجموعة من المصطلحات ذات مسميات مختلفة (كف البصر، ضعف البصر، اضطراب البصر، الخلل البصري أو القصور البصري) والتي تؤكد جميعها على أن هناك مشكلة في البصر. حيث أن اختلاف هذه المصطلحات في مسمياتها يشير إلى نوعية المشكلة المصاحبة للبصر تختلف باختلاف طبيعتها الوظيفية Functional والتكوينية Formation (Livingston, 1986).

عموماً، مهما اختلفت المفاهيم والمصطلحات بالنسبة للإعاقة البصرية، فهذا لن يغير من الأمر شيء، حيث أن التوجه السائد في تعريف الإعاقة البصرية يقوم على اتجاهين، فالأول ينظر إلى المعاق بصريا نظرة إدارية أو قانونية في إطار تقديم الخدمة المطلوبة له ولكن ضمن حدة الإبصار Visual acuity ومجال الإبصار Field of Vision. في حين ينظر الاتجاه الآخر إلى المعاق بصريا من منظور تربوي حيث يتخذ من الوظيفة البصرية Functional Vision محوراً لتوجهاته التعليمية والتربوية نحو الطالب المعاق بصريا (Lowenfeld, 1973).

بعبارة أكثر تفصيلاً، يعرف الاتجاه القانوني الكفيف على أن لديه حدة إبصار تعادل ٢٠/٢٠ قدم أو أقل من ذلك في العين الفضل بعد التصحيح (كاستخدام المعينات البصرية مثل النظارات أو العدسات اللاصقة)، أو يكون مجال إبصاره ضيق جداً بحيث لا يتجاوز

قصر الاتساع ٢- درجة. أما ضعيف البصر Low Vision Child. فيعرف قانونيا بأنه ذلك الفرد الذي تقع حدة الإبصار لديه ما بين ٧٠/٢٠ قدم إلى ٢٠٠/٢٠ قدم في أفضل العينين إبصارا بعد التصحيح (Hallahan & Kaufman, 1991).

أما بالنسبة للتعريف التربوي فيعرف الشخص الكفيف تربويا على أنه ذلك الشخص الذي يتوجب عليه تعلم القراءة عن طريق استخدام طريقة برايل أو استخدام الوسائل السمعية أو اللمسية. أما الشخص ضعيف البصر فيعرف تربويا على أنه ذلك الشخص الذي يستطيع استخدام ما لديه من بقايا بصرية مفيدة في قراءة الكتب المطبوعة بخط كبير (Caton, 1985) و (Hallahan & Kaufman, 1991).

وعلى الرغم من عدم وجود اتفاق على تعريف معين للإعاقة البصرية، إلا أنه لا يوجد ذلك الاختلاف الكبير فيما يتصل بمستوياتها. حيث يمكن تصنيف الإعاقة البصرية إلى نوعين من العجز، عجز بصري تام Total Blindness أو عجز بصري جزئي Partially Sighted أو ضعف بصر Low Vision. وهذا التصنيف لا يختلف بشكل كبير مع ما طرحته Barraga من تقسيمات. فقد أوردت ثلاثة مصطلحات والتي تعتبر بمثابة تقسيمات يتحدد من خلالها طبيعة الأسلوب التعليمي الذي يجب استخدامه مع كل نوع. لذلك اعتبرت Barraga، وكما جاء في Kirk & Gallagher، الأطفال المكفوفين هم الأشخاص الذين يمكنهم إدراك الضوء فقط الأشخاص الذين لا يوجد لديهم إبصار مما يتوجب في كلا الحالتين التعلم من خلال طريقة برايل أو وسيلة أخرى ذات علاقة على أن لا يعتمد في ذلك على البصر. كما تعتبر Barraga الأطفال ضعاف البصر Low Vision Children هم الأفراد الذين يعانون من محدودية في المسافة البصرية Distance Vision لكن يمكنهم رؤية الأشياء عندما تكون ضمن مدى بوضوح قليلة أو عكسي مدى مسافة قدمين كحد أعلى. في حين ترى Barraga أن القسم الثالث من الأطفال لديهم بصر محدود Limited مما يمكن اعتبارهم مبصرين Sighted على أن يتم تصحيح إبصارهم.

انتشار الإعاقة Prevalence of Disability

تكمن أهمية معرفة التقديرات الأولية لعدد المعوقين في أي مجتمع في أنها مطلب رئيسي لعملية التخطيط والتنمية لبرامج الإعاقة، ليس هذا فحسب بل إن الاطلاع على الأرقام الحقيقية لجميع فئات الإعاقة بمستوياتها المختلفة يعد من الأمور الهامة التي ينبغي أن تحظى باهتمام أكثر لدى الباحثين في سبيل التعرف على الظروف والعوامل المحيطة بالإعاقة بما في ذلك الأسباب المؤدية إليها وكذلك إجراءات الوقاية منها.

إن تحديد مدى انتشار الإعاقة في أي مجتمع يعتمد في المقام الأول على الطرق والأساليب المستخدمة لتعريف الإعاقة وقياسها. فهناك مثلاً بعض التعاريف المبينة على مفاهيم نظرية (World Health Organization, 1980). وهناك تعاريف أخرى صممت لخدمة أهداف تطبيقية كالاستبانات المعدة لأغراض إحصائية تعدادية أو تصنيفية أو بهدف تحديد الإعانات والخدمات المقدمة لأفراد ذوي الإعاقات المختلفة. إن الاختلاف في التعاريف أو غموضها أو تغييرها بشكل متكرر (Hallahan & Kaufman, 1994) يجعل الوصول إلى نسبة دقيقة تعكس المدى الحقيقي لحدوث الإعاقة فيه شيء من الصعوبة لهذا نقرأ نتائج هذا الاختلاف في تقارير الدول التي تعطي أرقاماً متفاوتة حول حجم المشكلة.

لذلك لو نظرنا إلى بعض تقديرات نسبة الإعاقة في بعض البلدان، لاتضح لنا أن هناك تفاوتاً واضحاً في تحديد هذه النسبة. حيث نجد أن نسبة حدوث الإعاقة في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر بـ (١٤ر٦%) وفي كندا بـ (٩ر٢%). أما في بعض الدول الأوروبية كألمانيا وفرنسا وإيطاليا وهولندا والسويد بالإضافة إلى بريطانيا فتقدر نسبة حدوث الإعاقة بـ (٧ر٣%)، (٣ر٤%)، (٩ر٣%)، (٨ر٢%)، (١٧ر٧%) و (٣ر٦%) على التوالي

(Report of the Canadian Health and Survey 1983 - 84).

بشكل عام تشير التقديرات الدولية إلى أن أكثر من ٥٠٠ مليون شخص لديهم ضرورٌ عجز مختلفة تتفاوت في درجاتها ومستوياتها، حيث يمثل ٥٠% منهم أو أكثر في قارة آسيا وحدها والتي يبلغ عدد المعوقين فيها حوالي ٣٠٠ مليون شخص (المؤتمر الإقليمي الآسيوي العاشر، جاكرتا ١٩٨٥م) غير أن هذه الأرقام تمثل ١٠% من تعداد سكان العالم وهي النسبة التي سبق وأن أعلنت عنها منظمة الصحة العالمية والتي أكدت من خلالها على أنه يوجد شخص معوق على الأقل بين كل عشرة أشخاص (World Program & action Concerning Disabled Persons).

على أية حال، طالما أن هدف هذه الدراسة هو تقصي أسباب الإعاقة وإجراءات الوقاية منها في أربعة فئات تقليدية - عقلية، بدنية، سمعية، وبصرية، فسيكون التركيز هنا فقط على معرفة نسبة انتشار تلك الإعاقات دون سواها. فقد أظهرت التقديرات المسحية لـ (٦٠) دراسة مستقلة سعت لتحديد معدل حدوث التخلف العقلي والتي أجريت ما بين عام ١٨٩٤ إلى ١٩٥٨، أن نسبة معدل انتشار التخلف تتراوح ما بين ٠.٥% إلى ١٣% (MacMillan, 1982). وفي دراسات مسحية حديثة أشارت إلى أن معدل انتشار التخلف العقلي في المجتمع الأمريكي يتراوح ما بين ١% إلى ٣% (Patton, Payne, Patton, Payne & Kaufman, 1987) و (Heward & Orlansky, 1988). وقد لا يختلف الحال كثيراً فيما بين النسب السابقة وما تم تحديده في بعض الدول الصناعية الأخرى. حيث أورد (Kirk, 1972) خلاصة عمل فاربر Farber حول استعراضه لبعض النسب في عدد من الدول الأوروبية. فقد وجد أن نسبة حدوث التخلف العقلي في السويد وفقاً لدرجة الذكاء (٧٠) تساوي (١٧ر٩) حالة في (١٠٠٠) حالة أي ما يعادل ١٨ر٨%. أما النسبة في النرويج حسب درجة الذكاء (٧٥) تعادل (٣٨) حالة في كل (١٠٠٠) حالة وهو ما يساوي تقريباً ٣٨ر٨%.

ولربما تعكس الأرقام الرسمية الصادرة عن الحكومة الأمريكية صحة المعدلات السابقة، حيث أورد (Heward & Orlansky, 1988) بعض المعلومات الرسمية، وذكرنا "أن نسبة جميع أطفال المدارس الذين يتلقون خدمات تعليمية في مؤسسات خاصة بالمتخلفين عقلياً تمثل حوالي ١٨% عن عام ١٩٨٤ - ١٩٨٥م (ص ١٠٢)". هذه النسبة تتماشى إلى حد كبير مع ما نقله Patton وآخرون (١٩٨٧) عن اللجنة الوطنية الاستشارية عن المعوقين والتي قدرت أن ٩٠% من هؤلاء الطلاب ممن تم التعرف عليهم كمتخلفين عقلياً يتلقون خدمات تعليمية خاصة، في حين أن ١٠% غير مخدومين.

من جهة أخرى، تفتقر دول العالم النامي إلى معلومات وثيقة حول معدلات انتشار التخلف العقلي في بلدانها، فلقد أشارت إحدى منشورات منظمة الصحة العالمية (١٩٨٩) إلى أن معدل انتشار التخلف العقلي الشديد والبسيط في البلدان النامية ليس معروفاً بدقة وذلك لأسباب عدة من أهمها، قلة عمليات المسح المتصلة بهذا الموضوع، عدم توفر المقليس المكننة والمكيفة وفقاً لاحتياجات البلد، بالإضافة إلى انعدام التدريب لدى العاملين المهنيين للتعرف على التخلف العقلي. والحال كذلك قد لا يختلف بالنسبة للدول العربية، حيث لا يوجد نسبة دقيقة يمكن من خلالها تقدير أعداد الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع العربي. إلا أن هناك اتجاه عام لاستخدام النسبة الافتراضية ٣% كمعدل لانتشار التخلف العقلي في العالم العربي. والأخذ بهذه النسبة يعني أن هناك حوالي مليوني طفل متخلف عقلياً ضمن ما يقارب (٩٠) مليون طفل في سن المدرسة في البلاد العربية (Yousef, 1993).

تستمد النسبة الافتراضية وجودها من مبدأ الافتراض القائم على أن السمات العقلية وغيرها من السمات الأخرى للمجتمع البشري تتوزع بشكل طبيعي وفقاً لمنحنى غوس الذي يسمى بالمنحنى الطبيعي Normal Distribution Curve. ويمكن قياس السمات العقلية من خلال تطبيق مقياس الذكاء، فقد أود Evans (١٩٨٣) نسب مختلفة حصيلة عدد من

المقاييس. فطبقاً لمقياس ستانفورد - بينيه، وجد أن (٢٦٪) تمثل الطبقة السكانية التي لديها درجة ذكاء أقل من (٦٩). في حين يظهر مقياس وكسلر أن (٢٢٪) تمثل الطبقة السكانية التي تعتبر في مدى التخلف العقلي، وتعتبر هذه النسب أقرب للنسبة الافتراضية المساوية لـ (٢٧٪) والتي تقل عن المتوسط العام بانحرافين معياريين فأكثر. وطالما أن غالبية التخلف العقلي تنحصر في الدرجة البسيطة والتي تمثل درجتها ما بين ٧٠ إلى ٥٥ فإن النسبة الافتراضية المساوية لـ (١٤٪) تمثلهم في حين تمثل (١٣٪) بقية فئات التخلف العقلي.

فيما يتعلق بالإعاقة البدنية والصحية، فإن نسبة حدوثها وانتشارها ستكون متباينة ومتغايرة من باحث إلى آخر، والسبب في ذلك يعود إلى وجود قاعدة عريضة لهذه الفئة تحتوي على أنواع عديدة من ضروب العجز البدني والصحي والتي تظهر خصائص غير متجانسة، بالإضافة إلى تعدد أسبابها، مما يتطلب استخدام أساليب وتعريف مختلفة بهدف تحديد هوية هذه الفئة وهذا بدوره أيضاً يؤثر على معطيات نسبة الانتشار لهذا النوع من العجز.

على أية حال، تعتبر الإعاقة البدنية والصحية معاً من فئات الإعاقة ذات نسب الانتشار المنخفضة جداً. فقد ذكر Kneedler وآخرون (١٩٨٤) أن نسبة الانتشار لذوي الإعاقة البدنية والصحية معاً تتراوح ما بين ٢٪ إلى ١٥٪. في حين قدرت إدارة التربية بالولايات المتحدة الأمريكية ولأغراض تربوية نسبة انتشار ممن لديهم اضطرابات بدنية بحوالي ٥٪ نصفهم يمثلون الشلل الدماغي بينما تدخل بقية الاضطرابات البدنية والصحية في النصف الآخر من النسبة (Hallahan & Kaufman, 1994).

وتعتبر وجهة نظر Phelps القديمة بخصوص مدى انتشار الشلل الدماغي من أهم وجهات النظر المقبولة والسائدة في الوقت الراهن، حيث أن هناك سبعة (٧) مواليد في كل

١٠٠٠ر١٠٠٠ شخص يعانون من شلل دماغي. واحد من السبعة (١ - ٧) يعيش لمدة عام، في حين يبقى ستة (٦) اثنين من الستة (٢ - ٦) يعتبرون شديد الإعاقة. لهذا يبقى أربعة. واحد من الأربعة (١ - ٤) تسند عملية رعايته إلى المنزل أو يتلقى رعاية في أحد المراكز النهارية، واثنين من الأربعة (٢ - ٤) تعتبر إعاقتهم متوسطة يمكنهم الاستفادة من العلاج، والطفل الأخير من الأربعة تعتبر حالته بسيطة وقد لا يحتاج وضعه إلى رعاية خاصة (Bleck, 1975).

أما بالنسبة للاضطرابات التشنجية، فهناك حوالي ٥٠ر٠% يعانون من نوبات صرعية مختلفة، وأعلى نسبة حدوث لتلك الاضطرابات تقع بين الأطفال ممن أعمارهم ٥ سنوات فما دون، حيث تصل إلى ١٥٢ حالة في كل ١٠٠٠ر١٠٠٠ حالة (Berg, 1975). كما يشكل الأطفال الذين يعانون من مشاكل قلبية حوالي ٦ في ١٠٠٠ مولود جديد (Baum, 1975)، أما التليف المثاني فيعاني منه طفل واحد في كل ١٥٠٠ مولود (Harvery, 1975). في حين تؤثر إصابة عدم التمام الصلب أو الشق في النسناس على الأطفال ما بين (٠١) إلى (٤١٣) في كل ١٠٠٠ مولود (Bleck, 1975).

وتبقى نسبة انتشار بعض فئات الإعاقة البدنية والصحية أقل من تلك الحالات السابقة مثل الضمور العضلي أو مرض المفاصل لدى الأطفال، بينما لا توجد تقارير إحصائية حول بعض الحالات كالتشوهات في الأطراف أو سيولة الدم وغيرها من الحالات الأخرى وربما يعود السبب في ذلك لندرتها.

أما بالنسبة للإعاقة السمعية، فتختلف تقديرات مدى انتشارها باختلاف عدة عوامل كالتعاريف، والعينات التي تمت دراستها ومدى انتشارها ومدى دقة الاختبارات بالإضافة إلى الغموض المصاحب للقدرات السمعية. وقد أشارت تقديرات مكتب قسم التربية بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي ١٢ر٠% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما

بين ٦ - ١٧ سنة لديهم إعاقة سمعية (Halahan & Kaufman, 1994) في حين جاءت تقديرات مكتب التربية الخاصة بأمريكا إلى أن حوالي واحد من كل ألف طفل لديه صمم، وأن ثلاثة إلى أربعة أطفال من كل ألف طفل لديهم ضعف سمع (Kirk & Gallagher, 1983).

من جهة أخرى، تظل الإعاقة البصرية من أقل الإعاقات انتشارا، على الرغم من أن العجز البصري يزداد بشكل مفاجئ مع تقدم السن. حيث تشير معظم التقديرات، على سبيل المثال، أن انتشار وحدوث الإعاقة البصرية لدى الكبار يعادل عشرة أضعاف عما هو عليه لدى الصغار، كما أن هناك حوالي واحد من كل ألف طفل لديه إعاقة بصرية (Kneedler et al, 1984)، وقد لا تختلف التقديرات السابقة بشكل كبير عما جاء في تقديرات مكتب إدارة التربية بأمريكا الذي أوضح إلى أن حوالي ٠.٠٥% من طلاب المدارس العامة التي تتراوح أعمارهم ما بين ٦ إلى ١٧ سنة لديهم عجز في القدرة البصرية (Halahan & Kaufman, 1994).

وأخيرا، تظل مسألة حجم الإعاقة بالمملكة العربية السعودية في صورها ومستوياتها المختلفة غير محددة وغير معروفة وربما يرجع ذلك إلى عدم وجود الدراسات المختصة بهذا الجانب، غير أن هناك محاولة واحدة قام بها محمد السكيت وآخرون في عام ١٤١٣هـ، والتي تعد الأولى من نوعها، لدراسة الإعاقة بمنطقة القصيم بالمملكة ومن عدة جوانب مختلفة بما فيها حجم الإعاقة. لقد أظهرت نتائج هذه الدراسة، بالنسبة لمعدل انتشار الإعاقة لدى أطفال القصيم ووفقا لعينة مختارة، أن الإعاقة البدنية تمثل المرتبة الأولى حيث أن معدل انتشارها يساوي (١٦%)، وتأتي الإعاقة العقلية في المرتبة الثانية بـ (١٤%)، تليها الإعاقة البصرية بـ (١٢%) وأخيرا الإعاقة السمعية بـ (٨%). في حين عزل الباحث وزملاؤه عملية تقدير الأمراض المزمنة (٧%) والصرع (٤%) عن الإعاقة البدنية، وهذا يتعارض مع تعريف الدراسة الحالية لمفهوم الإعاقة البدنية حيث يدخل في إطارها

الاضطرابات الصحية من أمراض مزمنة واضطرابات تشنجية، ففي هذا الإطار لمفهوم الإعاقة البدنية والتي حددته الدراسة الحالية يصبح معدل انتشار الإعاقة البدنية بمنطقة القصيم (٢٧٪).

أسباب الإعاقة Disability Causes

لقد أرست العديد من المجالات العلمية قاعدة من المعلومات عن طريق اكتشافها للكثير من العوامل المؤدية إلى الإعاقة. ويأتي مجال الطب بفروعه المختلفة في مقدمة تلك المجالات التي ساهمت بدور فعال وبارز في الكشف عن بعض الأسباب وبشكل خاص تلك العوامل البيولوجية والعضوية والتي تعتبر جزء أساسي من تلك العوامل التي تسبب الإصابات أو الأمراض المؤدية إلى العجز Disability. كما أن للعلوم النفسية والاجتماعية وكذلك التربوية دور آخر لا يقل أهمية عن غيره. لهذا لسنا بصدد الكشف عن المزيد من أسباب الإعاقة بقدر ما هو التعرف فقط على واقع وطبيعة الأسباب السائدة بين الأفراد ذوي الإعاقات التقليدية في مجتمع الدراسة الحالية.

على أية حال، سيتم في هذا الجزء تحديد وتعريف أسباب الإعاقات التي هي موضع هدف هذه الدراسة (كإعاقة العقلية، والبدنية والسمعية والبصرية). ولقد جزئت الأسباب إلى جزأين، أسباب عامة تشترك فيها جميع الإعاقات الأربعة، وأسباب خاصة تنفرد بها كل إعاقه. ومهما اختلف تصنيف العوامل، إلا أن نشأتها كعوامل مسببة للعجز ربما تقترن بمراحل النمو المختلفة، ولعل أهم هذه المراحل وأكثرها حساسية هي مراحل ما قبل الولادة (الحمل) Prenatal، تليها مرحلة الولادة Perinatal، وأخيرا مرحلة ما بعد الولادة Postnatal.

ومع أن لكل إعاقه عواملها السببية الخاصة بها، إلا أن هناك عوامل مشتركة قد تكون سببا مباشرا وغير مباشر في أكثر من إعاقه. لهذا سيتم استعراض هذه الأسباب ضمن

مجموعات مستقلة مع تعريف موجز لكل منهما، بالإضافة إلى تحديد الإعاقات التي يمكن أن تشترك في سبب واحد. ومن أهم هذه الأسباب العامة ما يلي:

أولاً: العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دوراً مهماً ورئيساً في نقل الصفات الموروثة من جيل إلى آخر وفق آلية منظمة، غير أن اضطراب أو غياب الجين المنظم لهذه العملية - كوسيط نقل - قد يخلق وضعاً غير طبيعي لدى أفراد الجيل اللاحق. بعبارة أخرى قد يؤدي هذا الاضطراب إلى خلل في تكوين الأجزاء العضوية أو في وظائفها المختلفة. وقد يكون هذا الاضطراب في العوامل الوراثية بفضل تفاعلها مع عوامل بيئية، أو بمعزل عن هذه العوامل.

عموماً هناك ثلاثة مستويات رئيسة من الجينات المضطربة، حيث يشتمل المستوى الأول على الاضطرابات الجينية المفردة Single-gen disorder وهذا الاضطراب يمكن أن ينتقل من خلال الجين المسيطر Dominant gen أو الجين المتنحي Linked-Recessive أو الجين المرتبط ستمه بالجنس X chromosome-linked. أما المستوى الثاني من الجينات المضطربة فيطلق عليه الجين المتعدد العوامل Multifactorial gen وهذا النوع يحتوي على عدد من الجينات المشتركة أو المركبة والتي تتفاعل مع عوامل بيئية. ويمثل المستوى الأخير من الجينات المضطربة ما يسمى بالاضطرابات الصبغية أو اضطراب الكروموزوم (Abuelo, 1991).

وهكذا ينظر إلى العامل الجيني المتنحي على أن له علاقة بتفسخ الشبكية الصبغية Retinitis Pigmentosa مما يؤدي إلى قصور أو اضطراب الحاسة البصرية (Caton, 1986 and Heward & Orlandy, 1988)، ليس هذا فقط، فهناك جوانب أخرى من البصر تتأثر باضطراب العوامل الجينية، حيث إن حدوثها وتكرارها يظل أكثر من العوامل الأخرى كالعوامل المرضية أو عوامل الحوادث. فقد أوضح Kirk and Gallagher (1983) أن السبب وراء ضمور العصب

البصري أو وجود المياه البيضاء أو ظهور المهق Albinism يعود إلى عوامل وراثية كاضطراب عدد من الجينات.

كذلك تعتبر العوامل الجينية من الأسباب الأولية في وجود العجز السمعي، حيث تشكل هذه العوامل من ٥٠% إلى ٦٠% كسبب في حالات الصمم الخلقي. فقد وجد أن ٩٠% من حالات الصمم الخلقي تعود إلى اضطراب الجين المتنحي (Mindel and Veronon, 1971).

كما تلعب العوامل الوراثية أو الجينية دورا رئيسا في وجود الإصابات البدنية، فالأطراف المتبورة خلقيا أو ولاديا تعود في الأصل إلى اضطراب الجينات المسئولة عن تكوين هذه الأجزاء العضوية وقد تتفاعل بعض العوامل البيئية مع تلك العوامل مما ينتج عن ذلك إصابات خلقية (كالمعرضة لأشعة X أو التسمم في مراحل الحمل المبكرة). لقد اعتبر أن السبب في حالة شق النسناس Spina Bifida يعود إلى اضطراب عوامل جينية متعددة Multifactorial ولكن نتيجة لتفاعلها مع عوامل بيئية مختلفة (Abuelo, 1990) كذلك الحال بالنسبة لنوع الشلل الدماغي المسمى بالشلل الدماغي التشنجي السفلي Spastic Paraplegia والذي يكون السبب فيه يعود إلى عوامل وراثية (Bleck, 1975).

ثانيا: العوامل البيئية:

كما أن للعوامل الوراثية تأثير واضح في تحديد أو تشكيل الإطار النمائي للجنين سواء تم ذلك بمعزل عن العوامل البيئية أو بالاشتراك معها، فإنه ينظر إلى العوامل البيئية على أن لها أيضا دور آخر مهم في التأثير على تطور ونمو الجنين، ليس عند الحد فحسب، بل قد يستمر هذا التأثير إلى ما بعد الولادة أو في مراحل متأخرة من حياة الفرد.

عموما نجد أن عوامل التغذية السيئة والرعاية الطبية المعدومة أو الضعيفة من ضمنين العوامل البيئية التي قد تكون سببا مباشرا أو غير مباشر في وجود عدد من الإصابات النمائية المختلفة لدى عدد من الأطفال كالضعف البدني أو الصحي بالإضافة إلى الاضطرابات الحسية كالسمع أو البصر. كما لوحظ أن مادة الرصاص السامة الموجودة في مواد الدهان المستخدمة لطلي المنازل، وكذلك بعض العقاقير الطبية والمضادات الحيوية التي قد يسالغ في استخدامها ربما جميعها تؤدي إلى الإعاقة البصرية (Rosenthal, 1975) أو التخلف العقلي (MacMillan, 1982) أو الإعاقة السمعية (Patton et al, 1988). كذلك تعتبر ضربات الرأس وحوادث السيارات من العوامل التي يمكن أن تكون سببا في وجود أكثر من إعاقة. فتأتي حوادث السيارات على قائمة الأسباب المؤدية إلى الإصابة في العمود الفقري Spinal Cord Injuries (Jubala & Brenes, 1988)، كما تؤدي الصدمات أو نقص الأكسجين أو ضربات الرأس أثناء الولادة إلى الإصابة بالتخلف العقلي الشديد (MacMillan, 1982) أو الشلل الدماغي (Bleck, 1975)، كما أن وجود أشياء مادية وحادة بداخل الأذن ووجود كذلك الشمع الزائد فيها قد يؤديان إلى اضطرابات سمعية مختلفة (Patton et al, 1988).

كما ينظر إلى الإشعاع بمصادره المختلفة أو المتنوعة على أنه من أخطر العوامل البيئية على الإنسان سواء أثناء الحمل أو الولادة أو بعد ذلك، وقد يكون لتأثير الإشعاع على الأم الحامل أن يحدث تحولات جينية لدى الجنين أو ربما يتداخل مع عملية انقسام الخلية في بداية الحمل مما يؤدي إلى عيوب نمائية مختلفة بما في ذلك العجز البدني الخلقي، كصغر الجمجمة أو حدوث التخلف العقلي الشديد وما يصاحبه من اضطرابات نمائية مختلفة كالمشاكل السمعية البصرية والبدنية بالإضافة إلى الاضطرابات الصحية (MacMillan, 1982).

ثالثاً: عوامل مرضية

(١) الحصبة الألمانية Rubella

الحصبة الألمانية عبارة عن مرض فيروسي معدي ينتقل إلى الجنين عن طريق الأم المصابة به، وقد تكون النتيجة قاسية إذا أصيبت به الأم خلال الشهور الأولى من الحمل، حيث ينتج عن ذلك تلك الأنسجة والخلايا الحسية للجنين والتي تعتبر في مراحلها النمائية الأولى. وقد أجمع عدد من الباحثين على أن نتائج هذا المرض الفيروسي تؤدي إلى إصابة الجنين بعجز سمعي أو بصري أو تخلف عقلي بالإضافة إلى عجز بدني تمثل في الشلل الدماغي أو المشكلات القلبية أو الاضطرابات التشنجية، وإذا كانت الإصابة بهذا المرض شديدة، فرما ينتج عن ذلك عجز متعدد أو إعاقه شديدة (Lowenfeld, 1973, Minded & Vernon, 1971, Patton et al, 1990, and MacMillan, 1982).

(٢) الزهري Syphilis

يعتبر الزهري مرض تناسلي معدي قد ينتقل عن طريق دم الأم إلى الجنين أثناء الحمل وربما يهتك بجهازه العصبي المركزي الذي لا يزال في طور النمو. ولقد اعتبره كل من Patton وآخرون (١٩٩٠) و MacMillan (١٩٨١) من الأمراض المعدية الخطيرة التي قد تقود في النهاية إلى الإصابة بالعجز العقلي أو الإعاقة السمعية والبصرية وكذلك الاضطرابات البدنية والصحية المختلفة، في حين يذكر Evans (١٩٨٣) أن آثار هذا المرض لا تظهر لدى الطفل إلا عندما يصل إلى سن المراهقة، حيث يبدأ الضعف العام يصيب عدد من قدراته العامة سواء العقلية أو البدنية بالإضافة إلى معاناته من الصرع.

(٣) مرض نقص المناعة المكتسب (AIDS) Acquired Immunodeficiency Syndrome

يعتبر مرض نقص المناعة المكتسب AIDS فيروس معدي خطير يهتك بحياة الفرد،

حيث يسبب المرض عطل في جهاز المناعة لدى الإنسان مما يجعله عرضة لعدد من الالتهابات الميكروبية المزمنة أو المميتة، كما قد يترتب على ذلك ضعف عام يصيب معظم القدرات البدنية أو العقلية (Hallahan & Kauffman, 1994, Patton et al, 1990). كذلك نشرة صادرة عن كلية الطب بجامعة الملك سعود في عام ١٤١٣هـ "أن العدوى الفيروسية قد تنتقل من الأم المصابة إلى الجنين أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة بقليل وذلك عن طريق الرضاعة" (ص ٨).

(٤) القوباء Herps

نوع من الأمراض التناسلية المعدية التي تسبب نزلات برد شديدة أو بشور صحية تظهر على شكل حبوب تنتشر على سطح الجلد. وعندما تصاب الأعضاء التناسلية وإصابة الأم الحامل به، فإن احتمالية تأثر الجنين به كبيرة (Hallahan & Kauffman, 1994)، حيث تؤدي الإصابة به إلى اضطرابات سمعية وبصرية وعقلية (Alford, 1988, Kneeder et al, 1984, and MacMillan, 1982). وقد أشلر Alford (١٩٨٨) إلى نوعين من هذا المرض المعدية، القوباء البسيطة Herps Simplex و Cytomegalovirus كلاهما معدية ولهما أعراض اكلينيكية، حيث تظهر الأعراض الإكلينيكية للنوع الأول لدى الأم ومن ثم على الجنين، في حين لا تظهر الأعراض الإكلينيكية للنوع الثاني لدى الأم، ولكن تظهر بعد ذلك على المولود. كما أن لمرض القوباء Herps المعدية نتائج سلبية قد تسبب في حالات مرضية أخرى كصغر الجمجمة أو استسقاء الدماغ (الفياض، ١٩٨٣، Kneeder et al, 1984) أو التهاب السحايا الدماغية (MacMillan, 1982) Meningitis وقد تؤدي الإصابة بالتهاب السحايا الدماغية إلى وجود عجز عقلي، بدني، وسمعي كذلك بصري (Kneeder, et al, 1971, and Mindel & Verson, 1982, MacMillan, 1984).

رابعاً : عوامل أخرى:

(١) حالة تنافر Rh-Incompatibility RH

عرف Grossman (١٩٨٣) تنافر RH على أنها حالة من المناعة غير المتوازنة أو المفرطة Hyperimmune في الدم. حيث يكون فيها عامل RH في دم الأم سالب، بينما يكون عامل RH في دم الجنين موجب. هذه الحالة تتسبب في تكوين مضادات جسمية لدى الأم مما ينتج عنها تدمير خلايا الدم الحمراء الموجبة في عامل RH ، وبالتالي تخلق لدى الجنين حالة مرضية ربما تكون سبباً في إجهاضه، وموته أو تخلفه العقلي (P.94) . وقد يكون لتنافر RH بين دم الأم والجنين سبب في وجود عجز بدني وكذلك عجز سمعي (Mindel & Verson, 1971)، كما يرى Patton وزملاؤه (١٩٩٠) أنها سبب مباشر في إيذاء الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين مما ينتج عن ذلك إعاقة عقلية أو بدنية.

(٢) الولادة غير المكتملة Prematurity

يشتمل مفهوم الولادة غير المكتملة Prematurity على عدة مصطلحات تعبر عن أوضاع مختلفة تمثل في مجملها وجود ولادة غير مكتملة سواء في مضمونها الزمني والتي تحدث قبل الفترة القانونية لها أو في المضمون الكمي لوزن الوليد والذي يقل عند الولادة عن الأوزان العادية للمواليد الجدد، وهذا ما أكدته MacMillan (١٩٨٢) عندما أوضح إلى أن عبارة الولادة غير مكتملة تشير إلى عدد من الحالات الولادية المختلفة، فربما تعني فترة الحمل التي تقل عن ١٣٧ أسبوع، أو وزن المولود الذي يقل عن ٢٥٠٠ غرام أو وزن المولود المنخفض بالنسبة لفترة الحمل. وهناك من ينظر إلى مفهوم الولادة غير المكتملة من منظور انخفاض الوزن فقط، لذلك عرف Stahlman وآخرون (١٩٨٨) الولادة غير المكتملة تعريفاً إجرائياً على النحو التالي:

- (١) الرضع المبتسرين هم هؤلاء الذين يكون وزنهم عند الولادة ٢٥٠٠ غرام فأقل.
- (٢) الرضع ذوي الأوزان المنخفضة هم هؤلاء ممن تتراوح أوزانهم عند الولادة ما بين ١٥٠١ إلى ٢٥٠٠ غرام.
- (٣) الرضع ذوي الأوزان المنخفضة جدا وهم هؤلاء الذين تكون أوزانهم عند الولادة ١٥٠٠ غرام فأقل.
- (٤) الرضع الخدم بشكل شديد هم هؤلاء ممن تكون أوزانهم ١٠٠٠ غرام فأقل.

عموما الولادة غير المكتملة ربما تؤدي إلى مضاعفات تنطوي على ضرر عجز مختلفة، فقد أكد كل من Mindel & Vernon (١٩٧٠) على أن الولادة غير المكتملة من ضمن الأسباب الأخرى التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية، كما أنها ربما تؤدي إلى مشكلات أخرى كالإعاقة البصرية والاضطرابات البدنية والصحية، من جهة ثانية، يشير Patton وزملاؤه (١٩٩٠) إلى أن هناك علاقة وثيقة بين وجود الولادة غير المكتملة وانخفاض درجة الذكاء بالإضافة إلى الاحتمالية الكبيرة في حدوث الشلل الدماغي وضعف القدرة على التركيز.

الأسباب الخاصة

علاوة إلى ما سبق وأن تم استعراضه من أسباب عامة يمكن أن تلعب دورا مشتركا في وجود معظم الإعاقات المختلفة، فهناك أيضا عوامل أخرى تنفرد بها كل إعاقاة على حدة. لهذا سيتم استعراض هذه الأسباب بإيجاز مختصر مع الإعاقات التالية وحسب ترتيبها الآتي: التخلف العقلي، الإعاقة البدنية، الإعاقة السمعية بالإضافة إلى الإعاقة البصرية.

أولاً: أسباب التخلف العقلي Mental Retardation Causes

(١) أسباب بيئية اجتماعية

تمثل العوامل البيئية والاجتماعية السبب الرئيسي المحتمل لوجود التخلف العقلي البسيط، لدرجة أن مسمى التخلف العقلي البسيط تحول في السنوات الأخيرة إلى مسمى آخر أطلق عليه التخلف العقلي الثقافي العائلي (Cultural Familial Retardation)، وهذا مؤشر على أن هناك تفاعل بين العوامل الثقافية والعوامل العائلية سواء الوراثي منها أو النفسي أو الاجتماعي والتي بدورها تؤدي إلى وجود هذا المستوى من التخلف العقلي لدى الأطفال، على أية حال، خلص كل من Evans (١٩٨٣) و MacMillan (١٩٨٢) وكذلك Patton وزملاؤه (١٩٩٠) إلى مجموعة من العوامل البيئية والاجتماعية التي قد ترتبط بعضها منها بعلاقة غير مباشرة في وجود التخلف العقلي، والبعض الآخر ربما يرتبط بعلاقة مباشرة في وجوده. من هذه العوامل:

- أ. عرض الجنين الكحولي Fetal Alcohol Syndrome الذي يعتبر من الأسباب البيئية المعروفة بالنسبة للتخلف العقلي حيث يحتل المرتبة الثالثة من بين الأسباب المؤدية إليه. وقد يكون إسراف الأم الحامل في شرب الكحول هو السبب الرئيسي وراء وجود هذا العرض، ومع أن مستويات الاستهلاك الدقيقة التي ربما تسبب هذا العرض غير معروفة، إلا أن الأمهات الكحوليات اللاتي يستهلكن كمية كبيرة من الشراب يوميا يتكون أجهتهن عرضة كبيرة للتلف الذي قد يصيب الجهاز العصبي للأجنة بأكمله مما يؤدي إلى تخلف عقلي شديد مع إعاقات أخرى.
- ب. ضعف المستوى الكمي والنوعي للمنبهات الاجتماعية في البيئة المتزلية للطفل والأم معا من الأسباب التي تقود إلى وجود التخلف العقلي البسيط.
- ج. الحرمان البيئي الذي يشتمل على الحرمان الثقافي لبيئة الطفل المتزلية، كما يشتمل على

الحرمان الأمومي والذي من خلاله قد لا يتلقى الرضيع أو الطفل من أمه ما يكفيه من رعاية أو منبهات مناسبة ومستمرة.

د. الضعف الاقتصادي للأسرة يؤدي إلى الفقر الذي بدوره يقلل من فرص العناية الطبية اللازمة للأم الحامل، وكذلك التغذية الجيدة مما يخلق ظروفًا بيئية ليست في صالح الأم الحامل ولا لجنينها.

هـ. الزواج المبكر للمرأة وفي ظل ظروف اقتصادية غير جيدة تعتبر من العوامل الاجتماعية التي تخلق شروطًا بيئية متدنية ربما تؤثر على الأم الحامل وجنينها.

(٢) الاضطرابات الجينية Genetic Disorders

كما رأينا سلفًا، فالجينات مسؤولة عن نقل السمات الوراثية حيث رتبنا في مواضع محددة بداخل الصبغات (كروموزومات) وضمن كل خلية (Grossman, 1983)، غير أن اختلالها أو اضطرابها ينجم عنها عيوب واضطرابات نمائية مختلفة، وقد يكون التخلف العقلي المتوسط والشديد إحدى إفرازاتها. وتظهر هذه العيوب على شكل حالات إكلينيكية مختلفة الخصائص والأعراض. وقد أشار كل من Patton وزملاؤه (١٩٩٠) و Hallahan & Kauffman (١٩٩٤) وكذلك Berdine (١٩٨٦) إلى مجموعة من حالات الاضطراب الجيني والصبغي، أهمها:

أ. متلازمة داون Down's Syndrome. يعود السبب في وجود هذه الحالة إلى الانحراف الصبغي (كروموزوم) والمتمثل في ظهور كروموزوم لا جنسي زائد على مستوى الزوج ٢١. وقد تأخذ هذه الحالة ثلاثة أشكال من الاضطراب تمثل في مجملها متلازمة داون، أو ما يسمى قديماً بالحالات المنغولية، ومن هذه الأشكال ثلاث الصبغ ٢١- Trisomy-21، وتبدل مكان الصبغ Translocation، بالإضافة إلى تعدد أشكال الصبغ ليصبح كورقة الفسيفساء Mosaicism.

ب. متلازمة مارتن بل Bell-Martin أو متلازمة ضعف الصبغ x Fragile x Syndrome وتعتبر بمثابة انحراف صبغي يصاحبه تخلف عقلي في الذكور مع تضخم في عدد من الخصائص البدنية، كاليدين والرأس، والأذنين بالإضافة إلى تضخم الخصيتين.

ج. انحرافات الصبغات الجنسية Sex-Chromosomes Abnor Malities ويدخل تحت هذه الحالة ثلاثة حالات وهي متلازمة كلاين فيلتر Klinefelter ، ومتلازمة تورنر Turner Syndrome ومتلازمة جاكوب Jacob Syndrome وتعتبر متلازمة كلاين فيلتر أهم من المتلازمتين السابقتين حيث أنهما ذات علاقة مباشرة بوجود التخلف العقلي، حيث يتلقى من خلالها الذكور صبغ جنسي زائد ينتج عنه تخلف عقلي اجتماعي وعقم بالإضافة إلى نقص نمو الأعضاء التناسلية، كما أن مثل هذه الحالات تكتسب بخصائص الجنسية الثانوية لدى الإناث.

د. اضطراب الجين المتنحي: قد تؤدي الاضطرابات الجينية المتنحية إلى وجود مشاكل في عملية التمثيل الغذائي، واضطراب الغدد الصماء بالإضافة إلى شذوذ الجمجمة في شكلها وتكوينها، وجميع هذه المشاكل ينتج عنها تخلف عقلي متوسط وشديد وفقا للحالات الآتية:

- حالة Phenylketonuri PKU

في هذه الحالة يعود السبب في وجود هذه الحالة إلى غياب الأنزيم اللازم لتنظيم عملية هضم البروتين مما يؤدي إلى تراكم المواد السامة في الدم والبول لدى الأفراد المصابين به، وقد يؤثر على وظائف المخ طالما أن يكون هناك تدخل طبي لمعالجة الحالة.

- حالة اضطراب الحامض الأميني Galactosemia حيث يؤدي اضطرابها إلى التأثير على عملية التمثيل الغذائي للمواد النشوية والسكرية وبالتالي تؤدي إلى تلف المخ الذي

يؤدي إلى التخلف العقلي الشديد.

- حالة مرض تاي ساكس Tay-Sachs Disease تعتبر إحدى حالات اضطراب التمثيل الغذائي المتمثلة في اضطراب عملية الدهون مما تسبب مشاكل عديدة قد تؤدي إلى الموت أو التخلف العقلي الحاد.
- حالة القمأة Cretinism والتي تعتبر نتيجة لاضطراب نظام الغدد الصماء المتمثل في نقص هرمون ثروكسين Thyroxin الذي يقود إلى التخلف العقلي.
- حالة صغر الجمجمة Microcephaly تعتبر من حالات التخلف العقلي الشديد والتي تعود إلى أسباب عديدة منها اضطراب الجين المنتحي أو تعرض الأمل الحامل إلى الإشعاع.

ثانياً: أسباب الإعاقة البدنية Physical Handicap Causes

تتعدد أسباب الإعاقة البدنية والصحية بتعدد حالات العجز والمرض التي تدخل تحت هذا المسمى. فبالإضافة إلى الأسباب العامة المشار إليها سلفاً، هناك أسباب محددة وراء كل حالة عجز أو مرض. كما أن هناك حالات مرضية وحالات عجز مجهولة الأسباب. من الأسباب المحددة ما يلي:

١) أسباب الشلل الدماغي

يعتقد Bleck (١٩٧٥) أن أهم أسباب الشلل الدماغي واضحة المعالم تتركز في

الأمر التالية:

- أ) الأسباب الوراثية غير المعروفة في حالات الشلل الدماغي ما عدا حالة واحدة وهي الشلل الدماغي العائلي في الأطراف السفلى.
- ب) نقص الأكسجين من الوصول إلى مخ الجنين بسبب نزيف مشيمي.
- ج) إصابات دماغ الجنين برضوض أثناء الولادة.

(د) نزيف أو تجلط الدم في الدماغ.

(هـ) أورام تصيب الدماغ.

(٢) أسباب الشق السناسي Spin Bifida

أوضح Bleck (١٩٧٥) أن أسباب الشق السناسي في الجنين غير معروفة، وهناك اعتقاد حول احتمالية وجود فيروسات، بالإضافة إلى عوامل أخرى غير محددة كسبب في عدم انغلاق صلب الجنين.

(٣) أسباب تليف المثانة

على الرغم من عدم معرفة السبب الحقيقي وراء وجود هذه الحالة، إلا أن Starvey (١٩٧٥) يشير إلى أن هناك اعتقاد حول احتمالين قد يكونا السبب وراء وجود هذه الحالة، وهما أن التمرکز الكثيف وغير العادي لمادة الكالسيوم في تلك الإفرازات الواردة من مختلف الغدد، بالإضافة إلى تواجد بروتيني غير عادي في دم الأطفال ربما هي أسباب هذا التليف.

(٤) أسباب الضمور العضلي

معظم الإصابات بهذا المرض العضلي قد تكون أسبابها غير معروفة، إلا أن Bleck (١٩٧٥) أوضح أن أكثر الإصابات بهذا النوع تقع بين الأولاد بشكل أكثر من البنات، وربما يعود السبب في هذا إلى ذلك النمط الوراثي واضح المعالم والذي يوجد في تاريخ أسرة المصابين به، حيث تقع الإصابة عن طريق اضطراب الجين الجنسي المتنحي الذي تحمله الأم وتنقله إلى أبنائها. أما بالنسبة للبنات المصابات به فهن قلة، وإذا كان هناك من إصابة فهذا يعود الجين غير الجنسي المسمى بالجين المتنحي التلقائي Autosomal Recessivegen وهناك حالات مصابة بهذا المرض غير أنه لا

يتم صلة إلى التاريخ الوراثي ولكن السبب في ذلك ربما يعود إلى تحولات جينية.

٥) أسباب الاضطرابات التشجنية

أورد Berg (١٩٧٥) عدد من الأسباب المحتملة وراء وجود تلك الاضطرابات

ومن أهمها:

- اضطراب كهرباء المخ.
- تشوه في تكوين الأوعية الدموية.
- إصابة المخ بتزيف.
- أورام المخ وكذلك التهابات الدماغ والتي تأتي عادة من التهاب السحايا المخية.
- اضطراب التمثيل الغذائي مثل انخفاض الكالسيوم والسكر في الدم.

٦) أسباب التهاب المفاصل الروماتيزمي الطفولي

تعتبر أسباب هذا المرض غير معروفة ولكن البعض يعتقد أن التهاب المفاصل وبعض أجزاء الجسم ربما يعود السبب فيه إلى مشاكل في جهاز المناعة لدى الإنسان، أو بعبارة أخرى أن مصدر هذه الالتهابات هو المناعة الذاتية Autoimmune التي تهاجم مواد الجسم العادي (Miller, 1975).

ثالثاً: أسباب الإعاقة السمعية Hearing Impairment Causes

قد لا يكون هناك أسباب محددة تنفرد بها الإعاقة السمعية، إلا أنه يمكن القول أن هناك مشاكل سمعية موضعية نتيجة لتفاعل العديد من الأسباب الوراثية وغير الوراثية كالأضرار والحوادث .. الخ والتي على ضوءها يمكن أن يكون هناك مستويات من فقدان السمع، وهي:

(١) فقدان السمع التوصيلي Conductive Hearing Loss

- يقترن فقدان السمع التوصيلي بالأذن الخارجية والأذن الوسطى والذي يمثل مستوى فقدانه صعوبة في السمع. وقد ذكر كل من Hallahan & Kauffman (١٩٩٤) و Green (١٩٨٦) عدد من العوامل وراء وجود هذا المستوى من فقدان السمع:
- أ) وجود مشكلات في بنية الأذن الوسطى والخارجية مما يمنع آلية توصيل الصوت من القيام بوظيفتها على الوجه المطلوب.
 - ب) تراكم الشمع أو الصماخ في القناة السمعية أو وجود أشياء غريبة فيها قد يكون سببا في منع وصول الاهتزازات الصوتية إلى الأذن الوسطى.
 - ج) يمثل التهاب الأذن الوسطى Otitis Media السبب الرئيسي لفقدان السمع التوصيلي والذي يعزى إلى سوء في الأداء الوظيفي لقناة ستاكيوس حيث يكون هناك احتقان في القناة مما يؤدي الأذن الوسطى.
 - د) يؤدي تصل الأذن Otosclerosis إلى وجود فقدان سمعي توصيلي ويعود السبب في هذا إلى سوء في تكوين العظم الإسفنجي المحيط بعظم الركاب Stapes.

(٢) فقدان السمع الحسي العصبي Sensorineural Hearing Loss

على الرغم من أن العوامل الوراثية والمرضية بالإضافة إلى عوامل البيئة من تسمم وحوادث، وصددمات وتعرض إلى إشعاعات تشكل جزءا من أسباب فقدان السمع الحسي العصبي، إلا أن حوالي ٥٠% من الأطفال ذوي الصمم الحسي العصبي تعتبر أسباب إعاقته غير معروفة (Nolan & Tucker, 1988). وقد يؤدي تأثير العوامل السابقة مجتمعة أو منفردة إلى إلحاق الأذى بقوقعة الأذن Cochlea أو العصب

السمعي الموصل للمخ، وقد تتراوح نتيجة الإصابة ما بين فقدان سمعي بسيط إلى فقدان سمعي تام، لهذا يحتاج هذا النوع إلى رعاية مكثفة أكثر من فقدان السمع التوصيلي (Green, 1986).

٣) فقدان السمع المركب Mixed Hearing Losses

هذا النوع من فقدان السمع هو عبارة عن خليط من فقدان السمع التوصيلي أو فقدان السمع الحسي العصبي، وقد يكون السبب وراء وجود هذا المستوى هو تفاعل أكثر من عامل العوامل السابقة ليحدث هذا الضرر.

رابعاً: أسباب الإعاقة البصرية Visual Impairment Causes

على الرغم من أن معظم المشاكل البصرية تعزى في الغالب إلى وجود خلل في تركيبية العين أو وظيفتها، إلا أنه ينبغي أن لا نغفل تأثير تلك الأسباب العامة التي سبق الإشارة إليها، في وجود حالات العجز البصري والتي تعتبر بمثابة مصدراً لتلك المشاكل.

لقد استعرض عدد من الكتاب والباحثين، وهم Rosenthal (١٩٧٥)، Barrage (١٩٧٣) و Caton (١٩٨٦) بالإضافة إلى كل من Hallahan & Kauffman (١٩٩٤)، هذه العوامل أو الحالات التي تسبب العجز البصري وفقاً لما يلي:

(١) مرض السكري Diabetes: والذي قد يسبب ارتفاع نسبة السكر في الدم والتأثير على الشبكية مما قد يؤدي إلى وجود حالة تسمى شبكية العين المصابة بداء السكري Diabetic Retinopathy والتي تؤدي إلى الفقدان التدريجي للقدرة على الإبصار لدرجة الكف الكلي.

(٢) الجلوكوما Glaucoma أو المياه الزرقاء التي تسبب ضغطاً على كرة العين مما يؤدي إلى عدم وصول الدم إلى العصب البصري، وبالتالي يحدث الكف البصري.

- (٣) المياه البيضاء Cataracts: وهي حالة عتم يصيب العين مما ينتج عنه إبطار غير واضح وضبابي Blurred Vision وتسمى هذه الحالة لدى الأطفال بالمياه البيضاء الولادية Congenital Cataracts والتي تؤثر تأثيراً بالغاً على الإبصار من حيث المسافة وكذلك الألوان.
- (٤) مرض الشبكية بسبب الولادة غير المكتملة Retinopathy of Prematurity وقد تحدث هذه الحالة عندما يعطي الجنين المولد قبل وقته كمية مركزة من الأوكسجين وبشكل زائد مما قد يؤدي إلى فقدان القدرة على الإبصار.
- (٥) التهاب الشبكية الصبغى Retinitis Pigmentosa وقد يؤدي هذا الالتهاب إلى إفساد وعطب شبكية العين مما يجعل مجال الإبصار لدى الفرد ضيقاً.
- (٦) القصور الخلقي في تكوين أجزاء الشبكية Coloboma وينتج عن هذه الحالة عجز في مجال الإبصار وكذلك حدة الإبصار المركزية.
- (٧) الحول Strabismus وهي حالة تنتج عن عجز عضلات العين مما يجعلها غير قادرة على التحكم بكرة العين كما يؤدي ذلك إلى جعل كلتا العينين موجهتان نحو الداخل أو الخارج. وهذا الخلل يعيق القدرة البصرية على أداء وظيفتها بالشكل المطلوب.
- (٨) الرأفة Nystagmus وهي عبارة عن حالة تذبذب سريع لا إرادي يصيب العينين ويؤدي إلى غثيان ودوار أو دوخة، وقد تعود هذه الحالة إلى وجود خلل في المخ أو اضطراب في الأذن الداخلية.

الدراسات السابقة

ينبغي أن تتم دراسة مسببات الإعاقة في إطار نظري يتم من خلاله تحديد ومعرفة طبيعة الأسباب وتلك العوامل التي تقف ورائها. ومع أن هذا التوجه قائم، حيث يدور جدل بين عدد من التوجهات النظرية التي ترى أن للوراثة وزن أكبر في عملية التأثير على الأبعاد الشخصية للإنسان أو تلك التي ترى أن للبيئة دور أكبر في التأثير على هذه الجوانب، إلا أن التوجه الأكثر قبولاً يرفض مثل تلك التوجهات النظرية مع أنه لا ينكر دور كل منهما في التأثير على الإنسان، بل التأثير ينبغي أن يكون مشتركاً.

وهذا التوجه الأخير، الوضع التفاعلي Interaction Position، سوف تتبناه الدراسة الحالية في توجهاتها نحو تحليل ودراسة أسباب الإعاقة في ضوء ما توفر لها من دراسات هتم بهذا الجانب.

فلو تطرقنا إلى أسباب الإعاقة بمفهومها العام، لوجدنا أن الدراسة التي قام بها Lansdale في عام ١٩٩٠م لدراسة أسباب الإعاقة قد كشفت عن نسب مساهمة العوامل المسببة للإعاقة في المملكة المتحدة. لقد تقصت هذه الدراسة وضع ٦٢٠٢٠٠٠ حالة تعاني من ضروب عجز مختلفة. حيث يقيم جزء منها (٤٢٢٠٠٠) في مؤسسات عامة مشتركة communal Establishment، في حين تعيش البقية التي تمثل الجزء الأكبر من عينة الدراسة في منازل خاصة Private Households. فقد أظهرت نتائج الدراسة أن ٤٦% من المعاقين الذين يقطنون في منازل خاصة (الفئة الأولى) كان عجزهم البدني يعود إلى أسباب ذات علاقة بالجهاز العضلي والعظمي Musculo-Skeletal مقابل ٣٧% بالنسبة لهؤلاء الذين يعيشون في مؤسسات عامة مشتركة (الفئة الثانية). أما بالنسبة لحالات العجز الحسي، فهناك ٣٨% من حالات العجز في الفئة الأولى تعود أسبابها إلى شكاوى وأمراض الأذن مقابل ١٣% لدى الفئة الثانية، و

٢٢% من أفراد الفئة الأولى كان سبب الإعاقة لديهم له علاقة بشكاوى وأمراض العيّن مقابل ١٧% بالنسبة لحالات الفئة الثانية. أما بالنسبة للاضطرابات العقلية ودورها في العجز فإنها تمثل ١٣% لدى حالات الفئة الأولى و ٥٠% بالنسبة لحالات الفئة الثانية.

أما فيما يتعلق بالاضطرابات البدنية الصحية، فأسبابها تتفاوت وفقا للعوامل الآتية، حيث جاءت اضطرابات جهاز الدورة الدموية Circulatory System كسبب من أسباب الاضطرابات الصحية ليكون ٢٠% لدى الفئة الأولى مقابل ١٦% لأفراد الفئة الثانية، في حين مثلت أمراض الجهاز التنفسي عند الفئة الأولى ١٣% مقابل ٦% لدى المجموعة الثانية، كما شكلت اضطرابات الجهاز العصبي ١٣% لدى المجموعة الأولى مقابل ٣٠% لدى أفراد المجموعة الثانية. أما شكاوى الجهاز الهضمي فقد شكلت ما نسبته ٦% بالنسبة للفئة الأولى مقابل ١٠% للفئة الثانية. أما الشكاوى والاضطرابات التناسلية والبولية Genito-Urinary فكانت مساهمتها بنسبة ٣% لحالات الفئة الأولى مقابل ١٠% للفئة الثانية. وجاءت نسبة اضطرابات الغدد الصماء والاضطرابات الأيضية Endocrine - Metabolic لتمثل ٢% لدى الفئة الأولى مقابل ٨% لدى الفئة الثانية. وأما بالنسبة للأورام النماية الخبيثة Neoplasm ، وأمراض الجلد Skin Diseases بالإضافة إلى أمراض الدم Blood Disorder فكانت مسؤولة عما نسبته ٢%، ١%، ١% لدى الفئة الأولى مقابل ٤%، ٢%، ٢% لدى الفئة الثانية على التوالي.

فيما يخص الأمراض المعدية كأحد الأسباب العامة والرئيسة في حدوث الإصابة بأنواع مختلفة من العجز، فقد أشار كل من (Walliman & Demmler) في (Hallahan & Kauffman) (١٩٩٤) إلى أنه يولد على الأقل ٤٠.٠٠٠ طفلا سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بأمراض ولادية معدية، وهذا يشمل مرض الحصبة الألمانية، وتسمم الدم (توكسوبلازما) ومرض الزهري بالإضافة إلى أنواع مختلفة من أمراض القوباء (الهربس).

وفي سبيل الكشف عن مسببات بعض الأمراض المعدية، قام Alford (١٩٨٨) بدراسة

مرض القوباء المعدي (الهربس) حيث ركز في دراسته على النوع الثاني المسمى بـ CMV، حيث ذكر أن هذا النوع يعتبر من الأمراض الخطيرة والمعدية والتي دائما تترعرع بداخل رحم الأم. وفي دراسة لتلك الحالات، أشار الباحث إلى أن حوالي ٣٦٠٠٠ رضيع يولدون سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية بهذا المرض المعدي والمزمن والذي يتناثر في الخنجر أو البول وذلك بعد سنوات من الولادة، غير أن مستوى العدوة ونتائجها تتفاوت في حدتها بين هذه المجموعة وفقا للتالي:

- (١) تظهر الحالات التي تحمل هذا المرض ما نسبته ٥% إلى ١٠% (١٨٠٠٠ - ٣٦٠٠٠) عدوى طيبة واضحة تمتد لتشمل الجهاز الكبدي والطحال وكذلك الدورة الدموية بالإضافة إلى الجهاز العصبي المركزي.
- (٢) ما بين ١٠% إلى ٢٠% من المجموعة السابقة (٣٥٠ - ٧٢٠) يكونون عرضة للموت (بعد مشيئة الله) وذلك في الشهور الأولى كنتيجة للعدوى المفاجئة ومعدل زيلدة وزن الجنين، كما أن هناك علاقة بين الرعاية الجيدة للأم الحامل ومعدل فترة الحمل..
- (٣) ما بين ٨٠% إلى ٩٠% من المجموعة الأولى (١٣٠٦ إلى ٢٦٠٠) يبقون على قيد الحياة ولكن مع تلف شديد يصيب الجهاز العصبي المركزي وكذلك الجهاز العضوي الإدراكي.
- (٤) يبقى ٩٠% (٣٢٠٠٠) من الرضع المولدين خلقيا بهذه العدوى، غير أن وضعهم أقل ضررا لأنهم يحملون عدوى بدون أعراض مرضية *Sulbelinical Infection*. من جهة أخرى، أشارت إحدى النشرات العلمية التي تصدرها كلية الطب بجامعة الملك سعود في عام ١٤١٣هـ إلى تلك المصادر أو العوامل التي تساعد في حدوث مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، فقد أوردت أن عامل الاتصال الجنسي الشاذ يتصدر تلك العوامل حيث يعتبر السبب الرئيسي لوجود حالات الإيدز بنسبة ٧٣.٣%، يلي ذلك حالات

مدمني المخدرات (المحاقن الملوثة) بنسبة ١٧ر١%، ومن ثم حالات نقل الدم المصاب بـ
١٧ر٧%، بعد ذلك يأتي مرض سيولة الدم (الهيموفيليا) بنسبة ٠ر٨% وتعدد قرناء الجنس
٧٩ر٠%، وأخيرا حالات أخرى لـ ٦ر٣%.

وتعتبر الولادة المبكرة أو غير المكتملة أو حالات الرضع ذات الأوزان المنخفضة من
العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بأنواع مختلفة من العجز. ففي مراجعة لعدد من
الدراسات حول هذا الموضوع، تعرفت Cootes (١٩٨٨) على عدد من المتغيرات ذات
العلاقة بتلك الحالات حيث وجدت:

(١) أن هناك علاقة وثيقة بين سلوك الأم الغذائي ونتائج الحمل، بعبارة أخرى، أن زيادة
وزن الأم أثناء الحمل مرتبط بشكل ثابت بزيادة وزن الجنين. وقد أشارت الباحثة إلى
أن إحدى نتائج الدراسات التي راجعتها والتي درست ١٠٥٠٠ طفلا رضيعا في سن
الشهر الثامن أظهرت أن معدل حدوث الاضطراب في الأداء الحركي كان ١١ر٣%
بين الأطفال المولودين لأمهات كانت الزيادة في أوزانهم أقل من ١٥ رطلا (حوالي ٧
كيلوغرام) خلال فترة الحمل، في حين شكلت مثل هذه الاضطرابات ٥ر٢% بين
الرضع لأمهات كانت أوزانهم قد وصلت إلى حوالي ٣٦ رطل أو أكثر خلال فترة
الحمل.

(٢) أن هناك علاقة بين تدخين الأمهات الحوامل وانخفاض أوزان المواليد. وقد يصل هذا
الانخفاض ما بين ١٥٠ غرام إلى ٢٥٠ غرام وقد يمثل هذا ما بين ٢٠% إلى ٤٠%
بين جميع الرضع ذوي الأوزان المنخفضة.

(٣) أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية والجهد البدني من جهة والولادة غير المكتملة
وانخفاض أوزان المواليد.

وفي دراسة أخرى، أشار Scot (١٩٨٨) إلى أن حدوث الولادة المبكرة وغير المكتملة

أو عدم حدوثهما يتوقف هذا على عدد من المتغيرات مثل عمر الأم، مستوى تعليم الأم، الجذور العرقية للأم، طبيعة الرعاية أثناء الحمل بالإضافة إلى شرعية الحمل.

وبالإشارة إلى الدراسات التي تمت في مجال التعرف على أسباب إعاقات محددة كالإعاقة العقلية، والبدنية، والسمعية، وكذلك البصرية، نجد أن عددا من حالات التخلف العقلي قد أخضعت للدراسة بهدف الوقوف على طبيعة الأسباب التي تقف ورائها. ومع ذلك وعلى الرغم من تطور الأبحاث الطبية في اكتشاف المزيد من أسباب التخلف ذات الطبيعة البيولوجية والعضوية، حيث اكتشف أكثر من ٢٥٠ عامل، إلى أن حالات التخلف العقلي التي عرفت أسبابها لا تتجاوز أكثر من ٢٠% (Heward & Orlansky, 1988). حيث أن معظم تلك الحالات محصورة في التخلف العقلي الشديد والمتوسط، في حين تبقى معظم أسباب حالات التخلف العقلي البسيط، والتي تشكل الغالبية العظمى في التخلف بنسبة ٨٠% إلى ٨٥%، غير معروفة.

لقد تصدرت عوامل الوراثة أسباب التخلف العقلي في بداية القرن العشرين، حيث حددت بالفعل عددا من الدراسات النسب التي يعزى فيها التخلف العقلي إلى عوامل وراثية. فقد أورد الشيخ وعبد الغفار (١٩٨٥) مستوى هذه النسب طبقا لدراسة عدد من الباحثين، حيث بدأت تلك الدراسات بدراسة جودار في عام ١٩١٤ الذي حدد أن ٧٧% من حالات التخلف العقلي تعود إلى عوامل وراثية كذلك دراسة هولنجزورث في عام ١٩٢٠ والذي حددها لـ ٩٠%، أخرجها الدراسة التي أجراها يانت في عام ١٩٦١ والذي ذكر أن العوامل الوراثية تمثل ٤٠% من أسباب التخلف العقلي. غير أن هذه النسب أخذت في النقصان ولم تعد محور اهتمام الباحثين في الوقت الراهن، لأن التقدم الطبي التقني ساعد في الكشف عن عوامل كان يعتقد في السابق أنها من ضمن العوامل الوراثية كالأضطرابات الجينية والأخطاء الولادية في الكروموزومات أو في التمثيل الغذائي بالإضافة إلى التحولات

حالة عدم وجود الرعاية الطبية والتشخيصية المناسبين.

وفي استعراض آخر، عرض MacMillan (١٩٨٢) العلاقة بين عمر الأم والاحتمالية المتوقعة لحدوث عرض داون Donw's Syndrom حيث أورد أن العمر من ٣٠ - ٤٠ تكون احتمالية حدوث عرض داون ١ : ٣٠ ومن ٤٠ إلى ٤٥ تكون ١ : ٧٠ في حين ٤٥ وأكثر تكون ١ : ٤٠.

بالنسبة لحالات التخلف العقلي الأخرى، أشار Levy (١٩٨٨) إلى أنه خلال العقدين الماضيين كان هناك أكثر من ١٠٠ مليون مولود في الولايات المتحدة الأمريكية قد أخضعوا لعملية الفرز من خلال أخذ عينات لدمائهم وأرسلت إلى مختبرات خاصة، حيث أوضحت النتائج أن أكثر من ١٠٠.٠٠٠ رضيع يعانون من مشكلة PKU ولكن نتيجة للوقاية والعلاج المناسبين التي أخضع لها هؤلاء الرضع، كانت النتائج تشير إلى أن هناك تحول كبير لصالح وضعهم الصحي والعقلي، حيث أصبحوا أفرادا عاديين.

أما بالنسبة لحالات عرض الجنين الكحولي التي يعتقد أنها السبب الرئيس الثالث في وجود حالات التخلف العقلي، فقد استعرض كل من Streissguth & Ladue عددا من الدراسات الطبية التي تابعت مدى انتشار هذا العرض ضمن الطبقة السكانية، فأظهرت النتائج أن هناك حوالي ١ في ٧٥٠ حالة ولادة، في حين أورد Scott (١٩٨٨) نسبة مختلفة إلى حد ما، حيث أشار إلى أن نسبة انتشار تلك الحالات تراوح ما بين ٠.٤ إلى ٣.١ في كل ١٠٠٠ ولادة بالنسبة للطبقة السكانية العامة بينما تزيد هذه النسبة ما بين ٢٤ إلى ٢٩ في كل ١٠٠٠ ولادة بين الأمهات الكحوليات. كذلك تطرق Scott إلى العوامل المسببة لهذا العرض، وأكد على أنها صورة ممزوجة من العوامل البيولوجية والاجتماعية وأهمها مستوى الاستهلاك الكحولي، التغذية المتدنية، انعدام الرعاية أثناء الحمل، تقدم سن الأم، حساسية الجينات بالإضافة إلى كثرة الإنجاب وتعدد مرات الحمل.

تعتبر البيئة الاجتماعية النفسية من العوامل التي يمكن أن تلعب دورا مؤثرا سواء كان ذلك سلبا أو إيجابا في البعد النمائي للفرد، وعلى وجه الخصوص البعد العقلي مع عدم إغفال الاستعداد الوراثي لدى الفرد. لهذا درست العديد من حالات التخلف العقلي في إطار النمط البيئي التي تعيشه تلك الحالات سواء أثناء الحمل أو بعد تلك الفترة، لذلك تابع كل من MacMillan (١٩٨٢) و Evans (١٩٨٣) وكذلك Patton وزملاؤه التخلف العقلي، وخلصوا

إلى مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والنفسية ذات العلاقة بالتخلف العقلي ومن أهمها:

- (١) أن هناك علاقة بين الوضع الاقتصادي والاجتماعي المتدني للأم والتخلف العقلي.
- (٢) أن هناك علاقة بين الزواج المبكر جدا (أقل من عشرين سنة) والولادة المبكرة من جهة والتخلف العقلي من جهة أخرى.
- (٣) أن هناك علاقة بين فترات الحمل المتقاربة وكذلك التخلف العقلي.
- (٤) أن هناك علاقة بين عدد مرات الحمل وكذلك التخلف العقلي.
- (٥) أن هناك علاقة بين بيئة الأم ذات الضغوط النفسية العالية واضطراب الحمل الذي ربما يؤدي إلى ولادة غير مكتملة وبالتالي تكون النتيجة تخلف عقلي أو غيره من الإعاقات الأخرى.
- (٦) هناك علاقة بين ضعف الرعاية الغذائية والطبية للأم الحامل من جهة والتخلف العقلي من جهة أخرى.

أما بالنسبة للإعاقة البدنية ومسبباتها فقد درسها Janda (١٩٦٥) حيث شملت دراسته على عينة من عامة المجتمع التشيكوسلوفاكي تقدر ٢٨٠٠٨٣٢ من ضمنهم ٨٥٥ طفلا لديهم إعاقة حركية. فقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن شلل الأطفال Poliomyelitis كان سببا فيما نسبته ١٦,٢١% من حالات الإعاقة الحركية، أما بالنسبة للخلع الولادي Congenital Dislocation of the hip فكانت نسبته تمثل ١٨,٢٤% عند الأول، وعند البنات

بشكل ٨١٦٪، كما وجدت الدراسة أن الشلل الدماغى Cerebral Palsy موجود لدى ٢٢٢٧٦٪ من تلك الحالات.

كما أورد كل من Jubala & Brenes (١٩٨٨) مجموعة من الأرقام التي أعلن عنها مركز البحث الوطنى لإصابة العمود الفقري في أمريكا والتي تعكس انتشار هذه الإعاقة البدنية وطبيعة الأسباب وراء الإصابة، فقد ذكرا أن هناك حوالي ١٥٠.٠٠٠ فرداً يعيشون في الولايات المتحدة الأمريكية لديهم إصابات العمود الفقري، من هذه الإصابات التي تمثل ٧٠٪ إلى رضوض مختلفة بينما ٣٠٪ من تلك الإصابات تعود إلى أمراض مثل مرض السرطان، الأمراض العصبية، وحالات خلقية، في حين أن أسباب التهور الرئيسة وراء إصابات الرياضة بأنواعها المختلفة وتمثل ١٦٪، بينما السقوط من أماكن عالية يشكل ١٥٪، كما أوردنا أن الرياضة بأنواعها المختلفة مسؤولة عن الشلل الدماغى الرباعى بنسبة ٩٤٪ أكثر من الشلل السفلى الذي يمثل ٦٪ فقط.

وفي دراسة لمعرفة أسباب الإعاقة السمعية، قام Vernon (١٩٦٩) بدراسة مجموعة من الأطفال تقدر ١٤٦٨ حالة مسجلة أو مقبولة في مدارس كاليفورنيا للصيم، حيث كان فقدان السمع لديهم يدخل ضمن إطار ٦٥ ديسبل أو أكثر، فقد كشفت نتائج الدراسة عن أن ٣٠.٥٪ من الحالات كانت أسبابها غير معروفة، وأن ٥٤٪ من الحالات راجع إلى عوامل وراثية حيث كان لدى الوالدين صمم، بينما ما نسبته ١١.٩٪ من الحالات كان السبب فيها راجع إلى الولادة المبكرة، في حين مثلت الحصبة الألمانية ما نسبته ٨.٨٪، بينما شكل التهاب السحايا Meningitis ٨.١٪ من الحالات و ٣.١٪ من الحالات راجع إلى العامل التنافري في فصيلة دم الجنين RH بالإضافة إلى ٣.٢٪ من الحالات كان السبب فيها راجع إلى عوامل مختلفة.

وفي دراسة لكلية جلاديت Gallaudet College الخاصة بذوي الإعاقة السمعية بمدينة

واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية، أوضح Ries (١٩٧٥) أن معلومات جمعت من سجلات ٥٥٥ برنامجاً تعليمياً للصم الذي اشتمل على عينة بلغت ٤١٠٩ ر١٠٩ تلميذاً منهم ٨٥% ملتحقين ببرامج تربوية خاصة، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة مايلي:

(١) بالنسبة لأسباب مرحلة ما قبل الولادة اتضح أن الحصبة الألمانية كانت من الأسباب الرئيسية للإعاقة السمعية حيث ساهمت بنسبة ١٤٧ر٨ في الألف، تليها العوامل الوراثية حيث مثلت بما نسبته ٧٤ر٨ في الألف، بينما كانت الولادة المبكرة أو غير المكتملة Prematurity مسؤولة عما نسبته ٥٣ر٧ في الألف، وأخيراً شكل العامل التنافري PH بما نسبته ٣٤ر١ في الألف.

(٢) أما بالنسبة لأسباب مرحلة ما بعد الولادة، وجد أن التهاب السحايا هو المسبب الأول للصم حيث ساهم بنسبة ٤٩ر١ في الألف من حالات عينة الدراسة.

(٣) أما بالنسبة للأسباب غير المعروفة في مرحلة ما قبل الولادة فكانت تمثل ١٨ر٨% في حين شكلت الأسباب غير المعروفة في مرحلة ما بعد الولادة ما نسبته ٤ر٨% من حالات الإعاقة السمعية في عينة الدراسة.

وفي دراسة تقويمية لمقارنة نموذجين لإعادة تأهيل الأشخاص المعوقين في مصر، درس Mahrous (١٩٨٢) عدداً من المتغيرات ذات العلاقة بموضوع دراسته ومن ضمنها محاولة التعرف على أسباب الإعاقة السمعية في جمهورية مصر العربية، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأسباب الولادية تتصدر أسباب الإعاقة السمعية في مصر بنسبة ٤٨ر٨٣% تليها الأمراض بنسبة ٤٤ر٤٤%، في حين مثلت الحوادث ما نسبته ٥ر٣٩% واستخدام العقاقير الطبية بـ ٠ر٣٤%. كما كشفت الدراسة عن طبيعة الأمراض التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة السمعية. وتأتي الحصبة على قائمة الأمراض بنسبة ٤٣ر٩٤% والتهاب السحايا بنسبة ٢٤ر٢٤% في حين يمثل مرض التيفوئيد ما نسبته ١٣ر٦٣% ومرض النكاف Mumps

ما نسبته ١٥٢ر٠٪، وأمراض أخرى شكلت ما نسبته ١٦٦٧ر٠٪.

وفي دراسة للجمعية الوطنية للوقاية من العمى The National Society to Prevent Blindness (NSPB, 1980) تم تحليل معلومات جمعت من ١٦ ولاية أمريكية والتي تمثل حوالي ٣١٪ من العدد الكلي لسكان الولايات المتحدة الأمريكية. ولقد توصلت هذه الدراسة إلى أن الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية هي: الجلوكوما Glaucoma ، و Macular Degeneration ، و Senile Cataract ، و Optic Nerve Atrophy ، و Diabetic Retinopathy . وهذه الأسباب لجميع الفئات العمرية التي شملتها الدراسة (من صفر إلى ما فوق ٨٥ سنة) ذكورا وإناثا. وبالنسبة لمتغير السن والجنس فقد توصلت هذه الدراسة إلى الآتي: الجلوكوما كانت سببا في الإعاقة البصرية بنسبة ٦٢ر٠٪ من افراد الفئة العمرية الأولى (من صفر - ٥ سنوات). وبنسبة ٤٢ر٠٪ للفئة العمرية الثانية (من ٥ - ١٩ سنة)، وبنسبة ٤٦ر٠٪ للفئة العمرية الثالثة (من ٢٠ - ٤٤ سنة)، وبنسبة ١١٩ر٠٪ للفئة العمرية الرابعة (من ٤٥ - ٦٤ سنة)، وبنسبة ١٨٣ر٠٪ للفئة العمرية الخامسة (من ٦٥ - ٧٤ سنة)، وبنسبة ١٩٤ر٠٪ للفئة العمرية السادسة (من ٧٥ - ٨٤ سنة)، وبنسبة ١٦٥ر٠٪ للفئة العمرية السابعة (من ٨٥ فما فوق)، وبنسبة ١٢٨ر٠٪ للذكور مقابل ١٤٢ر٠٪ للإناث.

كما توصلت هذه الدراسة إلى أن حالة الانحلال البقعي Macular Degeneration ساهمت في حدوث الإعاقة البصرية بنسبة ٠٨ر٠٪ للفئة العمرية الأولى، و ٣٣ر٠٪ للفئة العمرية الثانية، و ٤٤ر٠٪ للفئة العمرية الثالثة، و ٥٥ر٠٪ للفئة العمرية الرابعة، و ٨٧ر٠٪ للفئة العمرية الخامسة، و ٢٠٨ر٠٪ للفئة العمرية السادسة، و ٢٧٨ر٠٪ للفئة العمرية السابعة، وبنسبة ٩١ر٠٪ للذكور مقابل ١٤٢ر٠٪ للإناث وبمساهمة إجمالية بلغت ١١٧ر٠٪ لجميع الفئات العمرية التي اشتملت عليها هذه الدراسة.

أما فيما يخص حالة العقم الشيخوخي Senile Cataract فقد أوضحت هذه الدراسة أنها ساهمت بوجود الإعاقة البصرية بنسبة ٥٠ر٠٪ للفئة العمرية الثالثة، و ٥٤ر٠٪ للفئة العمرية

الرابعة، و ٩% للفئة العمرية الخامسة، و ١٢.٤% للفئة العمرية السادسة، و ٢٠.٦% للفئة العمرية السابعة (ولم يكن هناك تأثير يذكر لهذا المسبب بالنسبة للفئتين العمريتين الأولى والثانية في هذه الدراسة). وساهمت هذه الحالة بما نسبته ٦% للذكور و ١٠.٥% بالنسبة للإناث.

ولقد ساهمت حالة ضمور العصب البصري Optic Nerve Atrophy كمسبب للإعاقة البصرية بنسبة ١٢.٤% للفئة العمرية الأولى، و ١٢.٢% للفئة العمرية الثانية، و ١٣.١% للفئة العمرية الثالثة، و ٨.٦% للفئة العمرية الرابعة، و ٦.٥% للفئة العمرية الخامسة، و ٢.٨% للفئة العمرية السادسة، و ٢.٢% للفئة العمرية السابعة، وبمساهمة إجمالية بلغت ٨.٣% لجميع الفئات العمرية التي اشتملت عليها هذه الدراسة، كما كان تأثير هذا السبب على الذكور بنسبة ٨.٩% مقابل ٥.١% للإناث. أما فيما يخص Diabetic Retinopathy فقد ساهمت كمسبب للإعاقة البصرية في عينة هذه الدراسة بنسبة ٠.١% للفئة العمرية الثانية، و ٤.٢% للفئة العمرية الثالثة، و ٩.٨% للفئة العمرية الرابعة، و ١.٧% للفئة العمرية الخامسة، و ٦% للفئة العمرية السادسة، و ١.٨% للفئة العمرية السابعة (ولم يكن هناك تأثير مسبب لهذه الحالة بالنسبة للفئة العمرية الأولى)، وبمساهمة إجمالية كأحد أسباب الإعاقة البصرية بلغت ٦.٦% لجميع الفئات العمرية، وكانت مساهمة هذه الحالة بالنسبة للذكور بنسبة ٥.٣% مقابل ٧.٧% للإناث.

وتوضح هذه الدراسة بشكل عام أن تأثيرات مرحلة ما قبل الولادة Prenatal Influences مثل Congenital Anomalies والحالة المسماة بـ Coloboma والمياه البيضاء Cataracts والجلاكوما Glaucoma و Albinism كانت مسؤولة عن ما نسبته ١٩.٥% من حالات عينة هذه الدراسة، ومثلت الوراثة ١٤.٧% من هذه النسبة. كما أشارت هذه الدراسة إلى الجروح والرضوض والحروق والتسمم التي تسببت في العديد من حالات الإعاقة البصرية، حيث كانت هذه العوامل مسؤولة عن ما نسبته ٦.٤% من مجموع حالات عينة هذه الدراسة. وكذلك

أوضحت هذه الدراسة إلى أن الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية والزهري والتراخوما وحالات التسمم Toxoplasmosis والسل (الدرن) Tuberculosis وغيرها قد ساهمت بما نسبته ٤٦% من حالات الإعاقة. حيث نجد أن الحصبة الألمانية ساهمت بما نسبته ٥.٠%، والزهري ١٧% و Toxoplasmosis ٣.٠% والسل ١.٠% والتراخوما ٢.٠%، وأمراض أخرى ١٨%.

وكذلك أوضحت هذه الدراسة أن مرض السكر قد ساهم بما نسبته ٧٩% من مجموع حالات عينة هذه الدراسة، ويزداد تأثير السكر كلما تقدم الفرد بالعمر، حيث نجد أن تأثير للفئة العمرية الأقل من ١٩ سنة معدومة، بينما نجد أنه قد ساهم بنا نسبته ٤٨% للفئة العمرية الثالثة، و ١٣% للفئة العمرية الرابعة، و ٤٥% للفئة العمرية الخامسة. أما بالنسبة لحالة زيادة الأكسجين (ROP) فلقد أوضحت هذه الدراسة أنها قد ساهمت بما نسبته ٢٥% من مجموع حالات الدراسة.

ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة أيضا أن ١٣% من حالات عينة الدراسة أسبابها غير معروفة علميا Unknown to Science و ٢٠% من أسباب هذه الحالات غير محددة.

ولقد أوضحت بعض الدراسات أن الحصبة الألمانية والتي عادة تحدث بشكل دوري كل ست إلى سبع سنوات كالتالي حدثت بين عامي ١٩٦٤ - ١٩٦٦ م كانت مسؤولة عن حوالي ٣٠.٠٠٠ حالة إعاقة بصرية لدى الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية (Lowenfeld, 1973)، وبين عامي ١٩٥٨ - ١٩٥٩ م كان المسبب الأول للإعاقة البصرية قد صنف تحت مسمى "تأثير مرحلة ما قبل الولادة" Prenatal Influence حيث كان مسؤولا عن حوالي ٥٠% من حالات الإعاقة في الولايات المتحدة الأمريكية (Lowenfeld, 1973).

إجراءات البحث

إجراءات البحث

مجتمع البحث

يغطي مجتمع البحث فئات الإعاقة العقلية، والبدنية، والسمعية، والبصرية، حيث بلغ مجموع أفراد ذكورا وإناثا ١٤٨١٧ فردا جميعهم يتلقون خدمات تعليمية أو تأهيلية موزعين على عدد من المعاهد والبرامج والمراكز التابعة لثلاث جهات حكومية وأساسية في رعاية المعوقين وهي : وزارة المعارف ، والرئاسة العامة لتعليم البنات ، ووزارة العمل والشئون الاجتماعية . والتي تنتشر مؤسساتها في مختلف مناطق المملكة العربية السعودية .

عينة البحث

تمثل عينة البحث ٤٠% من المجتمع الكلي المخدم والذي بلغ عدد أفرادها ٥٩٩٢ من الذكور والإناث موزعين على المناطق الخمسة الرئيسية والجهات الثلاث التي ترعى فئات الإعاقة السمعية والبصرية ، والعقلية ، والبدنية (انظر جدول رقم (١)) ، ولقد جاء اختيار هذه النسبة بالتحديد حتى يمكن الحصول على أكبر عدد ممكن من استجابات أفراد العينة والتي وصلت في صورتها النهائية إلى ٣١٥١ شخصا ثم جمع المعلومات المطلوبة عنهم (انظر جدول رقم (٢)) . وهذا الرقم يمثل نسبة (٥٢,٦%) من المجتمع الكلي فراد العينة ، بينما يمثل (٣,٢١%) من مجتمع البحث الكلي ، وتعتبر تلك النسبتين مناسبة لتحقيق أهداف البحث .

لقد راعى الباحثان في توزيع إستبانات البحث عددا من الضوابط التي تعمل على تحقيق مستوى مقبول من المصداقية والتمثيل لأفراد مجتمع البحث، وتشتمل ضوابط الدراسة على ما يلي :

- ١- أن تغطي جميع مناطق المملكة العربية السعودية والتي عرفها الباحثان إجرائيا في خمسة مناطق حسب ورودها في مصطلحات البحث .
- ٢- أن تشمل الذكور والإناث بالتساوي قدر الإمكان .
- ٣- أن تغطي المراكز والمعاهد والبرامج التابعة لجهات تقدم الخدمات للمعوقين في المؤسسات الحكومية الأساسية والمتمثلة في وزارة المعارف، والرئاسة العامة لتعليم البنات ، ووزارة العمل والشئون الاجتماعية .
- ٤- أن تغطي الدراسة فئات الإعاقة السمعية، البصرية ، والعقلية ، والبدنية، والمتعددة بدرجاتها ومستوياتها المختلفة (بسيط ، متوسط ، شديد).
- ٥- أن يراعى في توزيع الاستبانات حجم الكثافة السكانية لمناطق المملكة العربية السعودية وفقا للنسب التالية : (انظر الجدول رقم (١)) .

أ-	المنطقة الوسطى	(٣٨%)
ب-	المنطقة الغربية	(٢٣%)
ج-	المنطقة الشرقية	(١٦%)
د-	المنطقة الشمالية	(١١,٥%)
هـ-	المنطقة الجنوبية	(١١,٥%)

جدول رقم (١) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المناطق والجهات وفئات الإعاقة

الجهات والفئات	وزارة المعارف				الوزارة العامة لتعليم البنات				وزارة العمل والشؤون الاجتماعية				الناطق	
	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث		
الوسطى	٢٨٥	١٧٢	١١٣	٢٨٥	١٧٢	١١٣	٣١١	١١٤	٢٢٨	٣١١	١١٤	٢٢٨	٢٢٨٠	٣٢٨%
الغربية	١٧٢	١١٣	٥٩	١٧٢	١١٣	٥٩	٦٩	٦٩	١٣٧	٦٩	٦٩	١٣٧	١٣٧٦	٢٢٣%
الشرقية	١٢٠	٧٦	٤٤	١٢٠	٧٦	٤٤	٤٣	٤٣	٩٦	٤٣	٤٣	٩٦	٩٦٠	١٦%
الشمالية	٨٦	٥٣	٣٣	٨٦	٥٣	٣٣	٣٥	٣٥	٦٨	٣٤	٣٤	٦٨	٦٨٨	١١,٥%
الجنوبية	٨٦	٥٣	٣٣	٨٦	٥٣	٣٣	٣٥	٣٥	٦٨	٣٤	٣٤	٦٨	٦٨٨	١١,٥%
المجموع والنسبة الكلية	٧٤٨	٤٦٦	٢٨٢	٧٤٨	٤٦٦	٢٨٢	١٠٠١	١٠٠١	٢٠٩٩	١٠٠١	١٠٩٩	٢٠٩٩	٥٩٩٢	١٠٠

جدول (٢) استجابات أفراد العينة المسترجعة حسب المناطق والجهات

النسبة المئوية	المجموع	وزارة العمل والشؤون الاجتماعية				الرئاسة العامة لتعليم البنات				وزارة المعارف				الجهات المناطق
		إعاقة بصرية	إعاقة سمعية	إعاقة بدنية	تخلف عقلي	إعاقة بصرية	إعاقة سمعية	إعاقة بدنية	تخلف عقلي	إعاقة بصرية	إعاقة سمعية	إعاقة بدنية	تخلف عقلي	
%٣١,٦	٩٩٦	٥	٦٠	١٤٦	٢٠٥	٨٥	٢٨٢	١١	٧٦	٢٣	٨٧	١٢	٤	الوسطى
%٢٥	٧٩١	٤	٦	٣٩	١٠٥	٤٣	٦٢	-	١٧٣	١١٠	٩٦	-	١٥٣	الغربية
%١٥	٤٦٩	-	-	٥	-	٥٠	١٥٣	-	٤٠	٤٢	٦٧	-	١١٢	الشرقية
%١٥,٧	٤٩٥	١	٤	٤٧	٩٥	-	١٢٤	-	٢٩	٦	٩٠	-	٩٩	الشمالية
%١٢,٧	٤٠٠	٤	٢	٤٧	٦٦	١١	١١٥	-	٥٧	٣٩	٥٩	-	-	الجنوبية
%١٠٠		١٤	٧٢	٢٨٤	٤٧١	١٨٩	٧٣٦	١١	٣٧٥	٢٢٠	٣٩٩	١٢	٣٦٨	المجموع الكلي
%١٠٠	٣١٥١	١,٦٦	٨,٥٦	٣٣,٧٧	٥٦,٠٠	١٤,٤٢	٥٦,١٤	٠,٨٤	٢٨,٦	٢٢,٠٢	٣٩,٩٤	١,٢	٣٦,٨٤	النسبة المئوية
%١٠٠		% ٢٦,٦٩ - ٨٤١				% ٤١,٦١ - ١٣١١				% ٣١,٧ - ٩٩٩				المجموع والنسبة

خصائص عينة البحث

هناك عدد من المتغيرات تشكل خصائص عينة البحث كالجنس ، والعمر، والمناطق ، وجهات تقديم الخدمة بالإضافة إلى نوع الإعاقة ودرجة حدتها والتي بدورها وظفت كضوابط لعملية توزيع الاستبانات حتى يتسنى الحصول على مستوى مقبول من صدق المعلومة ودرجة مناسبة من التمثيل لمجتمع البحث . وهكذا يبين الجدول رقم (٣) أن النسبة في توزيع الاستبانات على الذكور والإناث متساوية إلى حد كبير ، حيث بلغت نسبة الذكور في جميع المناطق (٤٩,٧%) والإناث (٥٠,٣%) . هذه النتيجة تتماشى مع ضابط متغير الجنس في توزيع الاستبانات على أفراد العينة ، كذلك يوضح الجدول رقم (٤) أن حوالي (٨٤,٤%) من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين ٦ سنوات إلى ٢٠ سنة . وتعد هذه النسبة طبيعية ، لأن معظم أفراد العينة أتوا من جهتين تقدمان الخدمات المطلوبة لهذه الفئة العمرية وهما الرئاسة العامة لتعليم البنات ووزارة المعارف والتي تشكلان معا معظم أفراد العينة بنسبة (٧٣,٣%) (انظر الجدول رقم (٥)) .

أما فيما يتعلق بالمناطق ، فإنه يتضح من الجدول رقم (٦) أن العينة توزعت على المناطق بنسبة تتناسب مع حجم الكثافة السكانية لتلك المناطق، حيث تراوحت تلك النسب ما بين ٤٤,٧٣% إلى ٧١,٣١% من بين النسب المحددة لكل منطقة حسب نسب حجم الكثافة السكانية ، كما يتضح من الجدول رقم (٧) أن الإعاقة العقلية والسمعية حظيتا بأعلى نسبة من حيث عدد الاستبانات المسترجعة والتي بلغت على التوالي (٣٨,٥%) و (٣٨,٣%) ، بينما جاءت الإعاقة البصرية (١٣,٤%) والإعاقة البدنية (٩,٨%) بنسب متفاوتة ، ولكن أقل من الفئتين السابقتين ، أما من حيث درجة الإعاقة ، فنجد أن الإعاقات الشديدة احتلت المرتبة الأولى من بين العدد الكلي لأفراد العينة بنسبة (٣٧,٤%) يليها في ذلك الإعاقات

البنسطة بنسبة (٢٨,٧%) ، بينما جاءت الإعاقات المتوسطة في المرتبة الأخيرة بنسبة (٢٦,٨%) انظر الجدول رقم (٨) .

جدول (٣) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الإناث		الذكور		الجنس	المناطق
%	مجموع	%	مجموع		
٥١,٩	٥٢٦	٤٨,١	٤٨٧		الوسطى
٤٣,٥	٣٤١	٥٦,٥	٤٤٣		الغربية
٥٧	٢٢٨	٤٣,٠	١٧٢		الجنوبية
٥٠,٤	٢٤٧	٤٩,٦	٢٤٣		الشمالية
٥٢,٤	٢٤٣	٤٧,٦	٢٢١		الشرقية
٥٠,٣	١٥٨٥	٤٩,٧	١٥٦٦		المجموع

جدول (٤) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
٢٧,٦	٨٧١	١١ - ٦
٤٠,١	١٢٦٥	١٥ - ١١
١٦,٨	٥٣٠	٢٠ - ١٦
٤,٨	١٥٠	٢٥ - ٢١
٢,٠	٦٣	٣٠ - ٢٦
٠,٩	٢٩	٣٥ - ٣١
٠,٥	١٥	٤٠ - ٣٦
٠,٥	١٥	٤١ فما فوق
٦,٨	٢١٣	لم يحدد
١٠٠	٣١٥١	المجموع

جدول (٥) يوضح توزيع أفراد العينة حسب جهات تقديم الخدمات

النسبة المئوية	ت	الجهات
٤١,٦	١٣١١	الرئاسة العامة لتعليم البنات
٣١,٧	٩٩٩	وزارة المعارف
٢٦,٧	٨٤١	وزارة العمل والشؤون الاجتماعية

جدول (٦) يوضح مقدار استجابات أفراد العينة وفقا لنسبة حجم الكثافة السكانية للمناطق

الناطق	الاستبانات المرسله وفقا لحجم الكثافة السكانية للمناطق		الاستبانات المترجعة بالنسبة للعدد الكلي المرسل		تناسب الاستبانات المترجعة مع نسبة الكثافة السكانية للمناطق
	ت	النسبة المئوية %	ت	النسبة المئوية %	
الوسطى	٢٢٨٠	٣٨	٩٩٦	١٦,٦٢	%٤٣,٧٣
الغربية	١٣٧٦	٢٣	٧٩١	١٣,٢٠	%٦٠,٨٣
الشرقية	٩٦٠	١٦	٤٦٩	٧,٨٣	%٤٨,٣٧
الشمالية	٦٨٨	١١,٥	٤٩٥	٨,٢٦	%٧١,٣٠
الجنوبية	٦٨٨	١١,٥	٤٠٠	٦,٧	%٥٨,٣٠
المجموع	٥٩٩٢	١٠٠	٣١٥١	٥٢,٦٣	

$$\text{مقدار تناسب} = \frac{\text{نسبة الاستبانات المترجعة}}{\text{نسبة الاستبانات المرسله}} \times 100$$

نسبة الكثافة السكانية لكل منطقة

أداة البحث

لقد صمم الباحثان استبانتين يهدف الإجابة عن تساؤلات الدراسة ، حيث تحتوي الاستبانة الأولى على عدد من الفقرات التي تمثل مجموعة من الأسباب المحتملة لحدوث الإعاقة والموجهة لأسر الأشخاص المعوقين ، بينما صممت الاستبانة الثانية لتغطي مجموعة من الأسباب العامة المحتملة وراء حدوث الإعاقات المختلفة ، بالإضافة إلى الأسباب الخاصة لكل فئة من فئات الإعاقة المستهدفة في الدراسة الحالية والتي قد تحدث من خلال المراحل الزمنية التالية قبل الولادة ، أثناء الولادة ، وبعد الولادة ، وتهدف هذه الاستبانة إلى جمع المعلومات المطلوبة من ملف الحالة مباشرة من قبل المختصين العاملين في المراكز والمعاهد والبرامج التابعة للجهات الحكومية المعنية برعاية تلك الفئات.

بناء أدوات البحث

استند الباحثان في بناء وإعداد أدوات البحث الحالية على مصدرين :

(١) الدراسات العلمية :

صاغ الباحثان بنود أداتي الدراسة في ضوء المعلومات النظرية والدراسات السابقة حول موضوع أسباب الإعاقة واستراتيجيات الوقاية منها . وقد عرف الباحثان مجموعة من العوامل والمتغيرات كعوامل مسببة لحدوث الإعاقة والتي وزعت على ثلاثة مجموعات رئيسية:

أ- العوامل الوراثية .

ب- العوامل البيئية .

ج- الأسباب والعوامل المرضية والتي قد تكون وراثية أو بيئية .

٢) خبرة وتخصص الباحثين في مجال الاعاقة

لقد كان لخبرة وتخصص الباحثين درواً مسانداً في بناء بنود أدوات البحث ، حيث أن الباحثين يقومون بتدريس لفترة طويلة عدد من المقررات التخصصية لعدد من فئات الاعاقة ، بما فيها الإعاقات الأربع ، والتي تحتوي على مجموعة من الموضوعات من بينها أسباب الإعاقات المختلفة .

كذلك اعتمد الباحثان في جمع المعلومات الخاصة بالدراسة الحالية على وجود أدواتين

بهدف :

- ١- الحصول على معلومات كثيرة ومتنوعة ضمن إطار العناصر والمحاور المختلفة لكل أداة .
- ٢- تنوع مصدر المعلومة ، واعتبار الأسرة وملف الحالة في المؤسسة الراحية هما المصدران الأساسيان في تقديم المعلومة .
- ٣- مواجهة النقص المحتمل وجوده في معلومات المصدرين عن طريق تكميل كل منهما للآخر .

وهكذا فإن أدوات البحث الحالي تتمثل فيما يلي :

أولاً : الأداة الموجهة للأسرة

اعتبر الباحثان الأسرة المصدر الحقيقي والأساسي الذي يمكن من خلاله معرفة وجمع العديد من العوامل والأسباب التي يحتمل أن تكون سبباً في حدوث الإعاقة لدى أحد أفراد الأسرة ، لذا جاء الإطار العام للأداة الأولى موزعاً على النحو التالي :

الجزء الأول : يتكون هذا الجزء من :

١- معلومات عامة عن الطفل المعاق.

تغطي المعلومات العامة مجموعة من الخيارات المقترحة امام الوالدين وبالذات الام لتحديد الخيار المناسب لوضع طفلهم ، حيث يتألف من :

أ) عمر الطفل :

ب) جنس الطفل : ذكر أنثى

ج) نوع الإعاقة : تخلف عقلي إعاقة سمعية

إعاقة بدنية إعاقة بصرية

د) درجة الإعاقة : بسيطة متوسطة شديدة

٢- معلومات معينة بالأبوين

تغطي هذه المعلومة مجموعة من الخيارات المختلفة والمتعلقة بالأم والأب أو بالأسرة بشكل عام ، وهذه المعلومة تشتمل على عدد من المؤشرات التي يمكن أن تفيد الباحثين في استنتاج بعض العوامل والاسباب المحتملة قد تكون سبباً في حدوث الاعاقة ، وكذلك الاستراتيجيات الوقائية ، لأن تلك المعلومات تتألف مما يلي :

١) مستوى تعليم الأب.

٢) مستوى تعليم الأم.

٣) صلة القرابة بين الأم والأب حسب مستويات القرابة المحددة.

٤) عمر الأم أثناء حملها بالطفل المعاق.

٥) ترتيب الحمل بالطفل المعاق.

- (٦) وقت معرفة الأسرة بوجود الإعاقة، أثناء الحمل، أو عند الولادة، أو بعد الولادة.
- (٧) تاريخ معرفة حالة الإعاقة بعد الولادة، في النصف الأول أو الثاني من العلم الأول أو العام الثاني ... الخ.
- (٨) كيفية معرفة حالة الإعاقة، ثم تحدد عدة طرق يمكن معرفة الأسرة من خلالها بوجود الإعاقة.
- (٩) معلومة عن تعدد الإعاقة في الأسرة.

الجزء الثاني :

يتألف هذا الجزء من ثلاثة محاور أساسية تشتمل على مجموعة من العوامل والأسباب العامة المحتملة في حدوث الإعاقة ، وهذه المحاور تمثل ثلاثة مراحل زمنية مختلفة ، وهي مرحلة الحمل ، وأثناء الولادة ، وبعد الولادة ، كما يتوقع أن تحدث الإعاقة خلال أحد تلك المراحل التي تعتبر هامة وفي نفس الوقت حرجة في نمو الجنين أو الطفل .

لقد صيغت بنود تلك المحاور بصيغة استفهامية تتطلب اجابة واحدة فقط بنعم ، أو لا (انظر إلى الملحق رقم ١) ، كما أنها تتكون من ست وثلاثين عبارة موزعة على المحاور التالية :

- ١- عوامل مرتبطة بمرحلة الحمل .
- يمثل هذا المحور مجموعة من العوامل البيئية ، أو العوامل المرضية التي قد يكون مصدرها وراثي أو بيئي ، ويصل عدد بنوده إلى اثني عشر عاملاً أو سبباً (١٢) فقرة).
- ٢- عوامل مرتبطة بمرحلة الولادة .
- يتألف هذا المحور من أحد عشر سبباً أو عاملاً (١١ فقرة) تحده أيضاً مجموعة من العوامل البيئية وغير البيئية .

٣- عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة .
يتشكل هذا المحور من ثلاثة عشر عاملاً أو سبباً (١٣ فقرة) تحدده مجموعة من
العوامل البيئية وغير البيئية أو كلاهما معاً .

ثانياً : أداة موجهة لجمع المعلومات عن طريق ملف الحالة

يتوقع الباحثان ان لكل حالة من حالات الاعاقة المخدومة في المراكز ، والمعاهد أو
البرامج ملف يحتوي على مجموعة من المعلومات المختلفة التي تصف وضع الحالة تاريخياً من
جوانبها الثمانية المختلفة ، كما تصف وضعها الحالي ، لذلك جاءت تفاصيل الاداة الثانية
لتخدم البحث في معرفة المعلومات الطبية (بيولوجية ، وراثية وغيرها) ، والاجتماعية ،
وكذلك النفسية كأهم المصادر التي يمكن للباحثين من خلالها الكشف عن العوامل المسببة
في حدوث الاعاقة لدى الشخص المعاق .

تتألف الاداة من جزئين هما :

الجزء الاول :

ينقسم هذا الجزء إلى قسمين هما :

١- المعلومات العامة عن الشخص المعاق .

تغطي المعلومات العامة هنا نفس تلك المعلومات العامة السابقة في الاداة الموجهة
للأسرة بهدف تطابق المعلومات الشخصية في كلا الاداتين .

٢- معلومات عن العوامل والاسباب العامة .

يمثل هذا القسم مجموعات رئيسة من العوامل (وراثية وبيئية وعوامل مشتركة) يتفرع
عنها أيضا عدداً من العوامل والاسباب الفرعية تعكس طبيعة كل مجموعة على حده،
وقد صيغت بنود الاسباب بصيغة تفرؤية ، وأمام كل عبارة أو بند جداول افقيسة
تعبّر عن المراحل الزمنية الثلاث (مرحلة الحمل ، أثناء الولادة ، وبعد الولادة) ،
بحيث يحدد المختص المرحلة الزمنية والعوامل التي حدثت من خلالها ، وحسبما يتوفر

لديه من معلومات في ملف الحالة . يتكون هذا القسم من ستة عشر بنداً (١٦ فقرة)
يمثل مجموعات العوامل الثلاث الرئيسة ، الوراثية ، والبيئية والمشاركة (انظر ملحق
رقم ٢) .

الجزء الثاني :

ينقسم هذا الجزء إلى أربعة اقسام تمثل الاسباب الخاصة للإعاقات العقلية ، والبدنية ،
والسمعية ، والبصرية . ويختلف هذا الجزء عن الجزء السابق من حيث جمع المعلومات التي
يحكمها بعدان هما توفر المعلومة وعدم توفر المعلومة والمتمثلة فيمايلي :

١- الاسباب والعوامل الخاصة بحدوث التخلف العقلي .

لقد صيغت بنود هذا القسم بنفس الصيغة التقريرية التي صيغت بها بنود الاسباب
العامة ، كما أنها وزعت على مجموعات مختلفة وراثية واجتماعية يمثلها خمسة عشر
عاملاً أو سبباً (١٥ فقرة) (انظر الملحق رقم ٣) .

٢- الاسباب والعوامل الخاصة بحدوث الاعاقة البدنية .

تمثل في الحقيقة الاعاقة البدنية مجموعة من الإعاقات المختلفة التي تؤثر على العديد من
الجوانب البدنية المختلفة سواء كان حركي ، أو بدني ، أو سمعي ، لذلك جاءت
مجموعة الاسباب الخاصة موزعة على النحو التالي :

أ) أسباب الشلل الدماغي .

ب) أسباب الشق النسناس .

ج) أسباب الضمور العضلي .

د) أسباب الاضطرابات التشنجية .

هـ) أسباب الالتهابات المفصليّة الطفولية .

وتتوزع تلك المجموعات على ما مجموعه سبعة عشر بنداً (١٧ فقرة) (انظر الملحق
رقم ٤) .

٣- الاسباب والعوامل الخاصة بمحدوث الاعاقة السمعية .
لقد ركز الباحثان في هذا القسم على مصدر فقدان السمع والمتمثل في وظائف الأذن،
لذلك جاءت بنود الاسباب الخاصة موزعة على :

(أ) فقدان المسح التوصيلي.

(ب) فقدان المسح الحسي العصبي.

(ت) فقدان المسح المركب.

وقد بلغ مجموع البنود لتلك الاقسام الثلاثة اثني عشر عاملا وسببا (١٢ فقرة) (انظر ملحق رقم ٥) .

٤- الاسباب والعوامل الخاصة بمحدوث الاعاقة البصرية .

جاءت العوامل أو الاسباب المعنية بالاقاعة البصرية لتمثل مجموعة من المشكلات المتصلة مباشرة بوظيفة البصر ، أو ما يصاحبها من أمراض وراثية ، أو غير وراثية، حيث توزعت العوامل على تسعة بنود (٩ فقرات) (انظر ملحق رقم ٦).

الصدق الظاهري لأدوات البحث :

في ضوء الاستشارة المقدمة للباحثين من قبل مختصين في مجال الاحصاء النفسي ، فإن طبيعة أدوات البحث الحالي تتطلب نوعا من التحكم الذي يعتمد في المقام الاول على الحكم الظاهري لبنود الاداتين وما يمكن ان تؤديه تلك البنود من مهمة تستند في الاساس على الوضوح ، وملاءمتها لأهداف وأسئلة البحث بالإضافة إلى تجانس عباراتها مع محاورها . لذا اتجه الباحثان لعرض الاداتين على مجموعة من المختصين ، بلغ عددهم عشرة اساتذة من جامعة الملك سعود ، في المجالات العلمية ذات العلاقة بمجال الاعاقة وذلك وفقا للتالي :

(١) مجال الطب. أعطيت الأداتان لثلاثة من أعضاء هيئة التدريس في كلية الطب وذلك في مجال طب الأطفال، والأعصاب، وطب الأسرة.

٢) مجال التربية الخاصة. أرسلت الأدوات لأربعة من أعضاء هيئة التدريس في كلية التربية / قسم التربية الخاصة يمثلون مجالات التخلف العقلي، والإعاقة البدنية، والسمعية، والبصرية.

٣) مجال علم النفس. أعطيت الأدوات لثلاثة أعضاء من هيئة التدريس في قسم علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك سعود، وهم يمثلون مجال الإحصاء والغياب النفسي، وعلم النفس النموي وكذلك علم النفس غير العادي.

لقد قدم الاساتذة المحكمون جميع الملاحظات التي تمثلت في الحذف، والاضافة، والتعديل أو الدمج، وكذلك ملاحظاتهم فيما يتعلق بالصياغة والوضوح والملاءمة، وعلى ذلك استفاد الباحثان من مرئيات وملاحظات المحكمين واخذها بعين الاعتبار عند اعادة بناء ادوات البحث في صيغتها وشكلها النهائي. وفي ضوء ذلك يرى الباحثان ان الاداتين في صيغتهما النهائية يمكن الوثوق بهما في تحقيق اهداف البحث.

المعالجة الإحصائية :

لقد تمت معالجة البيانات احصائيا في كلية التربية بجامعة الملك سعود، ونظرا لطبيعة فقرات الاداتين التي تركزان على الصيغة الاستفهامية والتقريبية وكذلك الخيارات المتعددة لبعض بنود الاداة الاولى، فقد اعتمد الباحثان في معالجة البيانات على اسلوب التكرار والنسب المئوية بالإضافة إلى الرتب التي تقوم اصلا على نسبة وزن الاستجابة.

نتائج البحث

نتائج البحث :

أولا : عرض وتحليل النتائج

التساؤل الأول

ما أهم مجموعات الاسباب المؤدية إلى حدوث الإعاقات الأربعة معا؟

جدول رقم (٩)

مجموعة العوامل الرئيسة التي تشترك كأسباب محتملة في حدوث الإعاقات الأربعة

استجابات الأسرة		مصدر المعلومة	عوامل داخلية	
النسبة	تكرار	مجموعات العوامل		
%٥٧,٧	١٨١٨	صلة القرابة كمصدر للعوامل الوراثية	عوامل داخلية	
%٤٠,٧	١٢٨٣	عوامل أخرى (لا توجد صلة قرابة)		
%١,٦	٥٠	لم يحدد		
%١٠٠	٣١٥١	المجموع		
%٣٥,٧	١١٢٦	تعدد الاعاقة في الأسرة كمؤشر على وجود عوامل وراثية		
%٦٣,٧	٢٠١٢	عوامل أخرى (لا توجد اعاقة اخرى)		
%٠,٤	١٣	لم يحدد		
	٣١٥١	المجموع		
%١٠,٨	٣٤١	مجموعة العوامل البيئية من امراض وحوادث ومشاكل اسرية واجتماعية وغذائية وطبية التي أثرت في الجنين قبل الولادة وبعد الولادة		عوامل خارجية
%٨٧,٥٠	٢٧٥٧	عوامل أخرى محتملة غير العوامل السابقة		
%١,٧٠	٥٣	لم يحدد		
%١٠٠	٣١٥١	المجموع		

استجابات الأسرة		مصدر المعلومة	عوامل مشتركة (داخلية وخارجية)
النسبة	تكرار	مجموعات العوامل	
١٠,٥٧%	٣٣٣	مجموعة من العوامل المتفاعلة لعوامل داخلية وخارجية قد يصعب معها تحديد مصدرها الرئيسي كالعوامل التي تحدث أثناء فترة الحمل أو الامراض المزمنة	
٨٦,٩٠%	٢٧٣٨	عوامل اخرى محتملة غير العوامل السابقة	
٢,٥٣%	٨٠	لم يحدد	
١٠٠%	٣١٥١	المجموع	

يتبين من نتائج الجدول رقم (٩) أن مجموعة العوامل الداخلية المرتبطة بالعوامل الوراثية المتمثلة في الجينات والكروموزومات ، وما يحدث من تفاعلات فيما بينها ، قد ظهر تأثيرها واضحا من خلال نوع ومستوى القرابة التي تربط الزوجين ، حيث أوضحت النتائج أن صلة القرابة بمستوياتها المختلفة تبرز كمؤشر على وجود عوامل وراثية مختلفة قد تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في حدوث الإعاقات الأربع معا ، وقد أظهرت النتائج أن مستويات القرابة مجتمعة تمثل ٥٧,٧% من بين استجابات أسر الأطفال المعاقين ، والتي تفوقت بدورها على نسبة عامل انعدام صلة القرابة بين الزوجين (٤٠,٧%) بحوالي ١٧ نقطة ، وهذه الأرقام ترجح أن لعامل القرابة بمستوياتها المختلفة دور تأثيري في حدوث الإعاقات الأربع معا ، كذلك نجد أن عامل تعدد الإعاقة في الأسرة الواحدة الذي بلغ (٣٥,٧%) حسب استجابات أسر الأطفال المعاقين عمل دلالة قوية على مدى تأثير العوامل الوراثية في حدوث الإعاقات الأربع معا سواء كان ذلك بصورة مباشرة أو بفضل تفاعلها مع عوامل أخرى ، إلا أن الباحثين لا يستطيعون في الوقت نفسه تأكيد ونفي وجود علاقة تأثيرية متبادلة بين عوامل المجموعة الداخلية ككل ، فلربما يعود عامل تعدد الإعاقة في الأسرة

الواحدة لعوامل أخرى كعامل صلة القرابة بين الزوجين وبالتحديد من مستوى الدرجة الأولى ، أو ربما تعزى لعوامل وراثية أخرى ليست لها علاقة بعامل صلة القرابة بين الزوجين مما يصعب تحديد مصدر التأثير في كلا الحالتين .

من جهة ثانية ، تأتي العوامل الخارجية ، المتعلقة بالعوامل البيئية من أمراض وحوادث ومشاكل اجتماعية وأسرية وعناية وطبية وغيرها في المرتبة الثانية من حيث مدى التأثير في وجود الإعاقات الأربع معاً ، وكما يتضح من الجدول رقم (١٠) فإن مجموعة العوامل الخارجية بلغت نسبة احتمالية تأثيرها في وجود الإعاقات الأربعة معا وحسب استجابات أسر الأطفال المعاقين (١٠,٨) بينما احتلت العوامل المشتركة (داخلية وخارجية) في المرتبة الثالثة من حيث مستوى احتمالية التأثير في وجود الإعاقات الأربع معاً هو بنسبة (١٠,٥٧%) وهي قريبة جدا من النسبة السابقة .

جدول رقم (١٠)

مجموعات العوامل الرئيسة كأسباب محتملة في حدوث الإعاقات الأربع حسب ووردها في ملف الحالة

الرتبة	النسبة %	طبيعة العوامل	مجموعات العوامل
٢	٣,٧٧%	العوامل الجينية المفردة والمتعددة والكروموزومات	العوامل الوراثية
١	٤,٩٩%	الامراض المعدية ، والحوادث والمشكلات الصحية والغذائية	العوامل البيئية
٣	١,١٧%	مجموعة من العوامل المتدخلة وراثية وبيئية قبل الولادة غير المكتملة وغيرها	العوامل المشتركة

من جهة أخرى، نجد أن المعلومات المتوفرة للباحثين عن الأسباب المحتملة لحدوث الإعاقات الأربعة معا ومن خلال مصدر ملف الحالة تعتبر قليلة جدا ، لأن عدد حالات

الإعاقة التي تتوفر عنها معلومات في ملف كل حالة يتراوح ما بين ٢٦ حالة ترتبط بسبب معين ونسبة (٠,٨%) إلى ٣٧٥ حالة تقترن أيضا بسبب معين ونسبة ١١,٩%. بعبارة أخرى ، هناك أعداد كبيرة من حالات الإعاقات الأربعة معاً لا تتوفر عنهم أي معلومات في ملفاتهم عن العوامل والأسباب التي كانت سبباً في حدوث الإعاقة لديهم ، وهذه الأعداد تتراوح ما بين ٢٧٧٦ حالة تمثل (٨٨,١%) من عينة الدراسة وكحد أدنى إلى ٣١٢٥ حالة بنسبة (٩٩,٢%) كحد أعلى (انظر الملحق رقم ٢) وعلى الرغم من تدني العينة الممثلة للملفات الحالة ، إلا أن الباحثين فضلاً عن عرض ما لديهم من معلومات متوفرة عن الأسباب لكل حالة ن إلا أنهم سوف ينظران إليها على أنها مؤشرات أولية قد يستفيد الباحثان منها في دعم تفسير النتائج الصادرة عن الأسرة ، ولكن لن يعتمدوا عليها في إصدار أحكام عامة . فعليه ، نجد أن الجدول رقم (١٠) يبين أن العوامل البيئية تنصدر بمجموعات العوامل الرئيسية في احتمال حدوث الإعاقات الأربع معاً بنسبة (٤,٩٩%) ، بينما تأتي مجموعة العوامل الوراثية في المرتبة الثانية بنسبة (٣,٧٧%) ، في حين تفاعل المجموعتين معاً يضعهما في المرتبة الثالثة بنسبة (١,١٧%) كأسباب وعوامل محتمل أن تلعب دوراً تأثيراً في وجود الإعاقات الأربعة معاً وحسب ورودها في ملفات عينة البحث .

التساؤل الثاني : ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الحمل المؤدية إلى حدوث الإعاقات الأربعة معا في المجتمع السعودي ؟

جدول (١١) يوضح الأسباب والعوامل العامة المؤدية إلى الإعاقة المستقاة من الأسرة في مرحلة فترة الحمل

العوامل	مصدر المعلومة	ملف الحالة	
		تكرار	النسبة
الترتيب			
العوامل البيئية	الحوادث البدنية	٢٨٥	٩
	سوء التغذية	٦٣٠	٢٠
	تناول العقاقير المحظورة	٤٦٣	١٤,٧١
	تناول الكحول	١٩	٠,٦
	التسمم	٣٥	١,١٠
	الأشعة السينية	١١٩	٣,٨
الأمراض المعدية	أمراض معدية كالحصبة والزهري ، والإيدز	٩٠	٢,٩٠
الأمراض المزمنة	كالسكر، والقلب، وضغط الدم، والربو	٣١٢	٩,٩٠
الحوادث الحادة	ارتفاع درجة الحرارة	٤٢٣	١٣,٤٠
	أمراض طارئة غير مزمنة	٣٤٧	١١
أسباب غير محددة	لم يحدد الأسباب	٢٧٢	٨,٦٤
أسباب غير معروفة	مجموعة من الأسباب المؤدية للإعاقة غير معروفة لدى الأسرة	٢٨٧٩	٩١,٣٦

يتضح من بيانات جدول رقم (١١) أن عامل سوء التغذية وتناول العقاقير كعوامل بيئية قد احتلتا المرتبة الأولى والثانية كمسببات قد تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في حدوث

الإعاقة لدى الفئات الأربعة وبنسبة (٢٠%) و (١٤,٧١%) على التوالي ، في حين جاء عامل ارتفاع درجة الحرارة في المرتبة الثالثة وبنسبة (١٣,٤٠%) ، وعامل الأمراض الطارئة غير المزمدة في المرتبة الرابعة وبنسبة (١١%) وهما من مجموعة الأمراض والعوامل الأخرى التي قد تسهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة في حدوث الإعاقات الأربعة معا .

أما فيما يتعلق بالأمراض المزمنة كالسكر ، وأمراض القلب ، وضغط الدم وغيرها فقد احتلت المرتبة الخامسة بنسبة ٩.٩% كعوامل ربما أسهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في حدوث الإعاقات الأربعة معا ، كما جاء بعدها مباشرة في المرتبة عامل الحوادث البدنية بنسبة (٩%) وهكذا بالنسبة لبقية العوامل التي من المحتمل أن تسهم بأي شكل من الأشكال في حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا كالأشعة السينية ، والأمراض المعدية ، والتسمم وتناول الكحول والتي جاءت نسبة تأثيرها أقل بكثير من العوامل السابقة .

من جهة أخرى ، أشارت البيانات في الجزء الخاص بمرحلة ما قبل الولادة (فترة الحمل) الواردة في الملحق رقم (٢) والمستخلصة من ملف الحالات ، وبالتحديد في الفترة رقم (١٦) أن حوالي ٢٩٧ استجابة من مجموع استجابات عينة الدراسة وبنسبة (٩,٤%) ربما تعود أسباب الإعاقة لديها إلى عوامل وأسباب مجهولة أو غير معروفة ، بينما أظهرت البيانات وعلى وجه الخصوص في الفقرة رقم (٤) أن العوامل ذات الصلة بالمسببات الوراثية ربما يكون لها علاقة بحدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا وبنسبة (٧,٩%) ، في حين جاءت المسببات الأخرى ذات الصلة بالعوامل البيئية في الفقرة (١١) لكي تعبر عن مدى تأثير تلك العوامل في الجنين أثناء فترة الحمل بنسبة (٦%) ، بينما تبرز العوامل البيئية التالية : سوء الرعاية الطبية ، ونقص الأكسجين ، وكذلك سوء التغذية كمسببات محتملة يمكن أن تؤثر في تكوين الجنين قبل الولادة ، وبنسب متفاوتة وعلى التوالي (٣.٣%) ، و (٢,٧%) ، و (٢,٤%) ، بينما لم تظهر البيانات الأخرى الواردة في الملحق رقم (٢) كعوامل أخرى متفرقة أي دلالة قوية في التأثير على وضع الحمل إلا بنسب متدنية ، حيث بلغت في أقصاهل ثلاثة أرباع الواحد (٠,٧٦%) وهي نسبة متدنية جدا .

التساؤل الثالث

ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الحمل والمؤدية إلى حدوث كل إعاقة على حده (التخلف العقلي ، الإعاقة البدنية ، والسمعية والبصرية) في المجتمع السعودي .

جدول (١٢) يوضح الأسباب العامة التي تؤدي إلى حدوث كل إعاقة على حده خلال مرحلة فترة الحمل حسب بيانات الأسرة

الإعاقة البدنية			التخلف العقلي			الإعاقة السمعية			الإعاقة البصرية			الإعاقات	
تسبب	%	تسبب	تسبب	%	تسبب	تسبب	%	تسبب	تسبب	%	تسبب	تسبب	تسبب
٦	٦,٥	٢٣	٦	٩,٨	١١٩	٦	٧,٤	٨٩	٣	١٢,٨	٥٤	الحوادث البدنية	العوامل البيئية
١	٢٧	٨٣	١	٢٠,٢	٢٤٥	١	٢٠,٣	٢٤٥	١	١٥,٨	٦٧	سوء التغذية	
٢	١٤,٦٥	٤٥	٢	١٦,٦	٢٠٢	٣	١٣,٢	١٦٠	٢	١٣,٧	٥٨	تناول العقاقير المحضرة	
٩	١,٥	٤	١٠	١٠,٥	٦	١٠	١٠,٤	٥	١٠	١٠,٩	٤	تناول الكحول	
١٠	١,٠٤	١	٨	١,٢	١٥	٩	١,٢	١٤	٩	١,٢	٥	التسمم	
٧	٣,٢٦	١٠	٧	٤,٧	٥٧	٨	٣	٣٦	٧	٣,٨	١٦	الإشعاع السينية	
٨	١,٩٥	٦	٨	١,٢	١٤	٧	٥,١	٦١	٨	٢,١	٩	أمراض معدية كالخسبة ، و الزهري ، والإيدز ، الهربس	
٤	١٢	٣٧	٥	١١,٧	١٣٠	٥	٩	١٠,٩	٦	٨,٥	٣٦	كالكسور ، و القلب ، ضغط الدم ، الربو	الأمراض المزمنة
٣	١٣,٧	٤٢	٤	١٣	١٥٨	٢	١٤,٥	١٧٥	٤	١١,٤	٤٨	ارتفاع درجة الحرارة	أمراض وعوامل
٥	٩,٤٤	٢٩	٣	١٣,١	١٥٩	٤	٩,٨	١١٨	٥	٩,٧	٤١	أمراض طارئة غير مزمنة	
-	١,٨٦	٦	-	١,٦	١٩	-	١	١٢	-	١,٩	٨	لم يحدد السبب	المدل العام
٣٠٧			١٢١٤			١٢٠٧			٤٢٣			مجموع أفراد العينة	

يتضح من البيانات الواردة في الجدول رقم (١٢) أنه لو نظرنا إلى كل إعاقة ومسبباتها المحتملة بشكل منفصل ، لتبين لنا أن هناك اشتراك واختلاف في طبيعة العوامل المحددة لكل إعاقة على حده ، ويتضح من الجدول السابق أن عامل سوء التغذية يتصدر جميع العوامل المختلفة من حيث تأثيره والذي تشترك فيه جميع الإعاقات الأربعة معا ، في حين نجد أن عامل تناول العقاقير المخصصة يعتبر العامل الثاني المؤثر بالنسبة لجميع الإعاقات ما عدا الإعاقة السمعية التي جاء هذا العام بالنسبة لها في المرتبة الثالثة ، بينما حل عامل ارتفاع درجة الحرارة في المرتبة الثانية للإعاقة السمعية ، كذلك يتضح أن جميع الإعاقات الأربعة لا تلتقي في العامل الثالث الذي اختلفت طبيعته من إعاقة إلى أخرى ، بينما جاء العامل الرابع مشتركا بين الإعاقة البصرية والتخلف العقلي والذي تمثل طبيعته في ارتفاع درجة الحرارة كما أن عامل الامراض المزمنة في مرحلة الحمل يحتل المرتبة الخامسة بالنسبة للإعاقة السمعية والتخلف العقلي ، في حين جاء عامل الامراض الطارئة غير المزمنة في المرتبة الخامسة ، ولكن مع الاعاقة البصرية والاعاقة البدنية ، كذلك يبدو من البيانات السابقة أن عامل الحوادث البدنية يعتبر عاملا مشتركا بين ثلاثة اعاقات ما عدا الاعاقة البصرية والذي جاء في المرتبة السادسة كمسبب محتمل أن يؤثر على الجنين اثناء فترة الحمل ، كما تشترك ثلاثة اعاقات ما عدا الاعاقة السمعية في عامل الاشعة السينية الذي احتل المرتبة السابعة كمصدر ربما يؤثر على الحمل وعلى الجنين ، علاوة على ذلك تشترك أيضا ثلاثة اعاقات ما عدا الاعاقة السمعية في عامل الامراض المعدية كمسبب محتمل أن يؤدي لتلك الإعاقات والذي احتل المرتبة الثامنة ، بينما يعتبر عامل التسمم مصدر اخر من المسببات المحتملة والمشاركة لاعقتين هما السمعية والبصرية والذي احتل المرتبة التاسعة ، في حين اشترك التخلف العقلي والاعاقة السمعية والبصرية في عامل اخر هو تناول الكحول والذي بدوره احتل المرتبة العاشرة .

وهكذا ومن خلال العرض السابق لجميع العوامل والاسباب يرى اختلاف تأثيرها أو اشتراكها في التأثير سواء مع اعاقتين أو ثلاث أو جميعها ، فأما في الحقيقة تعتبر مصدرا مشترك في الاسباب المحتملة لجميع الاعاقات الأربعة معا ، حتى وان كان هناك اختلاف في

العامل الثالث الذي تختلف طبيعته ومصدره من فئة إلى أخرى ، إلا أن هذا العرض يعزّز ويؤكد اجابة السؤال الثاني .

التساؤل الرابع:

ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الولادة المؤدية إلى حدوث الاعاقات الأربعة معا في المجتمع السعودي ؟

جدول رقم (١٣)

الاسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الولادة المؤدية للاعاقة وفقا لبيانات الاسرة

الترتيب	الاسرة		مصدر المعلومة	العوامل	
	النسبة %	ت			
٧	٩,٢	٢٨٩		الولادة القيصرية	ولادة غير طبيعية
١٠	٦,٣	١٩٨		استخدام الآت السحب	
١١	٥,٦	١٧٧		استخدام جهاز الشفط	
١	١٥,٦	٤٩٢		ولادة متعسرة	
٨	٨	٢٥٣		خروج الجنين في وضع غير طبيعي	
٥	١٢	٣٧٨		عوامل أخرى	
٤	١٢,٩	٤٠٦		ولادة في غير وقتها الطبيعي	
٢	١٤,٥	٤٥٧		ورزن الطفل عند الولادة غير طبيعي	
٦	١١,٦	٣٦٦		لون الطفل عند الولادة غير طبيعي	
٩	٧,٤	٢٣٣		احتناق الجنين اثناء الولادة	عوامل أخرى
٣	١٣,٨	٤٣٣		نقص الاكسجين لى الجنين اثناء الولادة	
	٢,٦٨	٨٥		لم يحدد	اسباب غير محددة
	٨٩,٤	٢٨١٦		مجموعة من الاسباب المؤدية للاعاقة غير معروفة لدى الاسرة	اسباب غير معروفة

يتضح من الجدول رقم (١٣) أن عامل الولادة المتعسرة، أحد عوامل السولادة غير الطبيعية، يتصدر مجموعة العوامل المحتمل تسببها في حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا، وبنسبة (١٥٦%)، بينما احتل عامل وزن الطفل غير الطبيعي كأحد عوامل الاضطرابات الحملية المرتبة الثانية بنسبة (١٤٥%)، وجاء عامل نقص الأكسجين لدى الجنين أثناء الولادة في المرتبة الثالثة بنسبة (١٣٧%).

كذلك برز للمرة الثانية أحد عوامل الاضطرابات الحملية المتمثل في ولادة الجنين في غير وقته الطبيعي ليحتل المرتبة الرابعة وبنسبة (١٢٩%)، بينما جاءت العوامل الأخرى ذات الصلة بالولادة غير الطبيعية ولكنها لم تحدد طبيعتها (ربما عوامل نفسية / بدنية) في المرتبة الخامسة وبنسبة (١٢%). وهكذا بالنسبة لبقية العوامل والمسببات الأخرى التي تراوحت نسب تأثيرها المحتمل على حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا ما بين (٥٦%) كحد أدنى لعامل استخدام جهاز الشفط أثناء الولادة و (٩٢%) كحد أعلى لعامل الولادة القيصرية.

أما فيما يتعلق بالبيانات الواردة في الملحق رقم (٢) المتعلقة بالجزء الخاص بفترة الولادة والتي تم جمعها من خلال ملفات الحالة، نجد أن عامل التعرض للإصابة البدنية وعوامل أخرى ذات صلة بالعوامل البيئية لم تحدد، بالإضافة إلى الأمراض المعدية تبرز كمؤشرات تأثيرية في حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا أثناء فترة الولادة والتي جاءت نسب تأثيرها على التوالي (٣٦%)، (٣٢%)، وأخيرا (٢٨%). في حين لم تظهر بقية العوامل كمؤشرات ذات دلالة قوية في التأثير على عملية الولادة أو بالتحديد على الجنين.

التساؤل الخامس

ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة الولادة والمؤدية إلى حدوث كل إعاقاة على حدة (التخلف العقلي، الإعاقة البدنية، السمعية، البصرية) في المجتمع السعودي؟

جدول (١٤) يوضح الأسباب والعوامل العامة التي تؤدي إلى حدوث كل إعاقة على حده خلال مرحلة الولادة حسب بيانات الأسرة

الإعاقة البدنية			التخلف العقلي			الإعاقة السمعية			الإعاقة البصرية			الإعاقات المجموعات وعواملها
تكرار	%	تكرار	تكرار	%	تكرار	تكرار	%	تكرار	تكرار	%	تكرار	
٧	١١,٧	٣٦	٨	١٠,٢	١٢٥	٥	٨,٥	١٠,٢	٧	٦,١	٢٦	الولادة القيصرية
١١	٧,١	٢٢	١٠	٧,٢	٨٩	٨	٥,١	٦,١	٧	٦,١	٢٦	استخدام آلات السحب
١٠	٨,٧	٢٤	١١	٦,٤	٧٨	١١	٤,٦	٥,٦	١١	٤,٥	١٩	استخدام جهاز الشفط
١	٢٤,٧	٧٦	١	١٨,١	٢٢٠	١	١٦,٢	١٤,٨	٤	١١,٢	٤٨	ولادة متعرة
٩	١٠,١	٣١	٧	١١	١٣٤	١٠	٥,٢	٦,٤	٩	٥,٧	٢٤	خروج الجنين في وضع غير طبيعي
٢	١٩,٩	٦١	٥	١٣,٨	١٦٧	٤	١٠,١	١٢,٢	٥	١١,١	٤٧	عوامل أخرى غير محددة
١٥	١٤,٦	٤٥	٦	١٣,٤	١٦٣	٣	١٠,٢	١٢,٣	١	١٧,٧	٧٥	ولادة في غير وقتها الطبيعي
٤	١٤,٩	٤٦	٢	١٧	٢٠٦	٢	١١,٨	١٤,٢	٣	١٤,٩	٦٣	وزن الطفل عند الولادة غير طبيعي
٦	١٤,٢	٤٤	٤	١٥,٢	١٨٤	٥	٨,٥	١٠,٣	٦	٨,٣	٣٥	لون الطفل عند الولادة غير طبيعي
٨	١١,١	٣٣	٩	٩,٦	١١٧	٨	٥,١	٦,٢	١٠	٥,٠	٢١	احتكاك الجنين أثناء الولادة
٢	١٩,٩	٦١	٣	١٦,٦	٢٠١	٧	٨,٢	٩,٩	٢	١٧	٧٢	نقص الأكسجين في الجنين أثناء الولادة
												لم تحدد الأسباب
٣٠٧			١٢١٤			١٢٠٧			٤٢٣			مجموع أفراد العينة

من خلال البيانات الواردة في الجدول رقم (١٤) يتضح أن عامل الولادة المتعرة يعتبر العامل الأول من بين الأسباب المحتملة خلال فترة الولادة بالنسبة للتخلف العقلي والإعاقة البدنية والسمعية فقط، فيما يأتي هذا العامل في المرتبة الرابعة بالنسبة للإعاقة البصرية. كما

يمثل عامل وزن الطفل غير الطبيعي عند الولادة العامل الثاني المحتمل أ، بسبب الإعاقة لذى فئة التخلف العقلي والإعاقة السمعية، فيما يأتي عامل نقص الأكسجين لدى الجنين أثناء الولادة المسبب الثاني المحتمل بالنسبة للإعاقة البصرية والبدنية معا. فيما يتعلق بالعاملين الثالث والرابع فإن طبيعتهما تختلف من فئة إلى أخرى، لذلك لما يكونا من العوامل المشتركة بين أي من الإعاقات الأربعة، بينما تأتي عوامل غير محددة التابعة لعوامل الولادة غير الطبيعية لتكون عاملا مشتركا بين التخلف العقلي والإعاقة البصرية. كذلك تشترك الإعاقات البصرية والسمعية معا في العامل السادس المتمثل في لون الطفل غير الطبيعي عند الولادة، وأيضا العامل السابع المتمثل في الولادة القيصرية، في حين يبرز عامل اختناق الجنين أثناء الولادة كأحد الأسباب المحتملة والذي جاء ثامنا بالنسبة للإعاقة البدنية والسمعية. أما عامل خروج الجنين في وضع غير طبيعي فقد احتل المرتبة التاسعة للإعاقة البدنية والبصرية، في حين لم يكن العامل العاشر من العوامل المشتركة بين أي من الإعاقات الأربعة، غير أن عامل استخدام جهاز الشفط عند الولادة احتل المرتبة الحادية عشرة للإعاقات الثلاثة معا عدا الإعاقة البدنية التي جاء عاملها الحادي عشر مختلفا في طبيعته عن العامل الحادي لدى الفئات الثلاثة ألا وهو استخدام آلات السحب، إلا أنه يظل أحد عوامل الولادة غير الطبيعية التي من المحتمل أن تسبب بأي صورة من الصورة في حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة.

في ضوء الاستعراض السابق للعوامل المحتملة أن تلعب دورا مباشرا أو غير مباشر في حدوث كل إعاقاة على حدة وخلال فترة الولادة، إلا أنه يتبين لنا أن وتيرة معظم العوامل إلى حج كبير لم تتأثر نتيجة الفصل بين الإعاقات الأربعة وبالتحديد عند النظر إلى استجابات العينة لكل فئة على حدة، إلا أن معظم العوامل والأسباب العامة يمكن أن تكون من الأسباب التي تشترك فيها جميع الفئات الأربعة، ويمكن أيضا أن تكون من الأسباب المنفردة لكل إعاقاة على حدة، بصرف النظر عن تأثر العوامل نتيجة للتحويل من العينة الكلية إلى العينة الجزئية التي تمثل كل إعاقاة على حدة.

التساؤل السادس

ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة والمؤدية إلى حدوث الإعاقات الأربعة معا في المجتمع السعودي؟

جدول (١٥) يوضح الأسباب العامة المرتبطة لفترة ما بعد الولادة حسب بيانات الأسرة

العوامل	مصدر المعلومة	ملف الحالة	
		تكرار	النسبة
العوامل البيئية	تعرض الطفل لحالات تسمم	٥٨	١,٨
	تعرض الطفل لإصابات وكدمات في الرأس	٣٥٥	١١,٣
	تعرض الطفل لسقوط من أماكن عالية	٢٥٠	٧,٩٠
	تعرض الطفل لحادث سياره	٩٥	٣
	حوادث أخرى	١٦٧	٥,٣
عوامل أسرية	عدم توفر الجو الأسري المناسب لنمو الطفل بشكل طبيعي	١٩١	٦,١
	عدم الاستقرار الأسري كالتفاقات والمشاجرات الأسرية	٣٦٦	١١,٦٠
سوء التغذية	الرضاعة غير الطبيعية	٨٠٧	٢٥,٦
	تغذية الطفل في السنوات الأولى من عمر الطفل غير طبيعية	٤٢٨	١٣,٦
سوء الرعاية الصحية	عدم تطعيم الطفل ضد الأمراض في الوقت المناسب	٢٩٤	٩,٣٠
	عدم عرض الطفل على الطبيب في حالة مرضه	٣٩٩	١٢,٧
عوامل أخرى	ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل بشكل متكرر في السنوات الأولى	١١٢٧	٣٥,٨
	لم يحدد	٥١	١,٦
	أسباب غير معروفة	٢٧٥٩	٨٧,٦

يتبين من الجدول رقم (١٥) أن عامل ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل بشكل متكرر في السنوات الأولى من حياته يتصدر المسببات المحتمل أن يكون لها تأثير بشكل مباشر أو غير مباشرة في وجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة، حيث بلغت نسبة هذا العامل بين استجابات أسر الأطفال المعاقين حوالي (٣٥٨%) أي أكثر بقليل من ثلث العوامل المرتبطة بفترة ما بعد الولادة، ويليهما في ذلك مباشرة عاملان من عوامل سوء التغذية، حيث جاءت في صورتها الأولى على أن رضاعة الطفل كانت غير طبيعية بنسبة (٢٥٦٠%) وفي المرتبة الثانية، بينما ظهرت في الصورة الأخرى على أن تغذية الطفل في السنوات الأولى غير طبيعية بنسبة (١٣٦%) وفي المرتبة الثالثة. أما عامل سوء الرعاية الصحية المتمثل في عدم عرض الطفل على الطبيب في حالة مرضه على الفور، فإنه احتل المرتبة الرابعة بنسبة (١٢٧%) كأحد المؤشرات التي يمكن أن تكون من العوامل التي لها تأثير بأي شكل من الأشكال في وجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا. كذلك من المؤشرات الأخرى عامل الخلافات والمشاجرات الأسرية الذي قد يترتب عليه مضاعفات أو ينجم عنه عوامل أخرى قد تقود إلى وجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا، وقد جاء هذا العامل في المرتبة الخامسة بنسبة (١١٦٠%)، في حين نجد أن العوامل البيئية لم تبرز إلا من خلال عاملين هما عامل الإصابات التي يتعرض لها الطفل في الرأس مباشرة والتي احتلت المرتبة السادسة بنسبة (١١٣%)، كما جاء العامل الآخر وهو سقوط الطفل من أماكن عالية في المرتبة ما بعد السابعة بنسبة (٧٩%)، في حين احتل عامل عدم تطعيم الطفل ضد الأمراض في الوقت المناسب في المرتبة السابعة بنسبة (٩٣٠%) كأحد المؤشرات التي من المحتمل أن تلعب دورا خطيرا في وجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة معا. أما فيما يتعلق ببقية العوامل الموزعة على عدة مجموعات مختلفة، فإن نسبة تأثيرها تراوحت ما بين (١٨%) لعوامل تسمم مختلفة، و (٦١%) لعوامل أسرية مثل عدم توفر الجو الأسري المناسب لنمو الطفل بشكل طبيعي، وقد يكون لتلك العوامل مؤشرات ربما تقود إلى عوامل أخرى ربما يكون لها تأثير

مباشرة أو غير مباشر في وجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة وبالتحديد خلال فترة ما بعد الولادة.

أما فيما يتعلق بالبيانات الواردة في الملحق رقم (٢) والمعنية بالجزء الخاص بمرحلة ما بعد الولادة المستخلصة معلوماته من ملفات الإعاقات الأربعة، نجد أن عامل سوء الرعاية الطبيقة وكذلك عوامل بيئية أخرى هما المتغيران الأكثر بروزا في هذه المرحلة والتي جاءت نسب تأثيرها على التوالي (٣١%) و (٢٧%)، بالإضافة إلى عاملي الاضطراب الكروموزومي بنسبة (٢٥%) وسوء التغذية بنسبة (٢%)، ما عدا ذلك فإن البقية من العوامل تراوحت نسب تأثيرها ما بين (٠.٣%) إلى (١٩٤%).

التساؤل السابع

ما الأسباب والعوامل العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة والمؤدية إلى حدوث كل إعاقه على حدة (التخلف العقلي، الإعاقة البدنية والسمعية والبصرية) في المجتمع السعودي؟

جدول (١٦) يوضح الأسباب والعوامل العامة التي تؤدي إلى حدوث كل إعاقة على حده خلال مرحلة ما بعد الولادة حسب بيانات الأسرة .

الإعاقة البدنية			التخلف العقلي			الإعاقة السمعية			الإعاقة البصرية			الإعاقات	
تكرار	%	تكرار	تكرار	%	تكرار	تكرار	%	تكرار	تكرار	%	تكرار	تكرار	المجموعات وعواملها
١٣	٢.٥	٧	١٣	٢.١١	٢٤	١٣	١.٨	٢٢	١٣	١.٢	٥	٥	تعرض الطفل لحالات تسمم
٨	٩.٤٥	٢٩	٥	١٣.٨	١٦٧	٥	٩.٥	١١٥	٤	١٠.٤	٤٤	٤٤	تعرض الطفل لاصابات وكدمات في الرأس
١١	٥.٨	١٦	٩	٨.٩	١٠.٨	٩	٧.٨	٩٤	٨	٧.٦	٣٢	٣٢	تعرض الطفل لسقوط من أماكن عالية
١٠	٥.٩	١٨	١٢	٣.٥	٤٢	١٢	٢.٢	٢٧	١٢	١.٩	٨	٨	تعرض الطفل لحادث سيارة
١٢	٤.٢٣	١٣	١١	٦.١	٧٤	١٠	٥.٦	٦٧	١١	٣.١	١٣	١٣	حوادث مختلفة
٩	٨.٨	٢٧	١٠	٨.٢	١٠٠	١١	٣.٨	٤٦	١٠	٤.٣	١٨	١٨	عدم توفر الجو الأسري المناسب لنمو الطفل بشكل طبيعي
٤	١٨.٢	٥٦	٥	١٣.٨	١٦٨	٧	٨.٢	٩٩	٥	١٠.٢	٤٣	٤٣	عدم الاستقرار الأسري كالحلاقات والمشاجرات الأسرية
٢	٣٧.١	١١٤	٢	٢٨.٣	٣٤٤	٢	٢٠.٩	٢٥٢	١	٢٢.٩	٩٧	٩٧	الرضاعة غير طبيعية
٣	٢١.٥	٦٦	٣	١٩.١	٢٣٢	٦	٨.٣	١٠٠	٩	٧.١	٣٠	٣٠	عدم توفر التغذية اللازمة في السنوات الأولى من عمر الطفل
٦	١٦.٦١	٥١	٨	٩.١	١١٠	٨	٨.٠٠	٩٦	٧	٨.٧	٣٧	٣٧	عدم تطعيم الطفل ضد الأمراض في الوقت المناسب
٧	١٦.٠	٤٩	٧	١٢.٧	١٥٤	٤	١١.٨	١٤٣	٣	١٢.٥	٥٣	٥٣	عدم عرض الطفل على الطبيب في حالة مرضه على الفور

الإعاقة البدنية			التخلف العقلي			الإعاقة السمعية			الإعاقة البصرية			عوامل وأمراض مختلفة
١	٤٢	١٢٩	١	٤٠,٥	٤٩٢	١	٣٦,٦	٤٤٢	٢	١٧,٥	٧٤	
٥	١٧,٩	٥٥	٤	١٨,٠	٢١٨	٣	١٩,٥	٢٣٥	٦	٩,٩	٤٢	عوامل وأمراض أخرى
٣,٧			١٢١٤			١٢,٧			٤٢٣			المجموع الكلي لأفراد العينة

من جهة ثانية، لو نظرنا إلى الأسباب العامة ومدى تأثيرها في كل إعاقاة على حدة خلال مرحلة ما بعد الولادة لوجدنا، كما هو مبين في الجدول رقم (١٦)، أن عامل ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل بشكل متكرر في السنوات الأولى من عمره احتل المرتبة الأولى بالنسبة لثلاث إعاقات معا ما عدا الإعاقة البصرية، ولكنه يأتي في المرتبة الثانية بالنسبة للإعاقة البصرية، في حين يحتل عامل الرضاعة غير الطبيعية المرتبة الأولى للإعاقة البصرية، ويأتي هذا العامل في المرتبة الثانية بالنسبة لبقية الإعاقات الأخرى، كذلك احتل عامل عدم توفر التغذية الملائمة في السنوات الأولى من عمر الطفل في المرتبة الثالثة كعامل مشترك من التخلف العقلي والإعاقة البدنية، فيما لم يظهر العامل الرابع كأحد العوامل التي يمكن أن ترتبط بإعاقتين وأكثر كمسبب محتمل وذلك بسبب اختلاف طبيعته التي تختلف من إعاقاة إلى أخرى. ومع أن العامل الخامس اختلفت طبيعته مرتين إلا أنه ظل عاملا مشتركا بين إعاقتين، ففي المرة الأولى جاء عامل تعرض الطفل لإصابات وكدمات في الرأس كمسبب مشترك بين التخلف العقلي والإعاقة السمعية، فيما جاء العامل في المرة الثانية مختلفا في طبيعته، إلا أنه ارتبط بإعاقتين هما التخلف العقلي والإعاقة البصرية، علما أن التخلف العقلي ارتبط مرتين بالعامل الخامس في المرة الأولى والثانية ولكن طبيعة العاملين مختلفتين تماما. أما العامل السادس فقد اختلفت طبيعته باختلاف طبيعة الإعاقة، لذلك نجد أنه لا يرتبط كعامل مشترك بين إعاقتين أو أكثر، فيما جاءت طبيعة العامل السابع واحدة ومشاركة بين

التخلف العقلي والإعاقة البدنية، لكن طبيعة العامل السابع للإعاقة السمعية والبصرية مختلفتان تماما حتى في طبيعة المجموعة. أما عامل عدم تطعيم الطفل ضد الأمراض في الوقت المناسب الذي احتل المرتبة الثامنة كمسبب محتمل للتخلف العقلي والإعاقة السمعية كان من بين العوامل المتقدمة في الترتيب بالنسبة للإعاقة البدنية والبصرية، فيما يأتي عامل تعرض الطفل لسقوط من أماكن عالية في المرتبة التاسعة كعامل مشترك بين التخلف العقلي والإعاقة السمعية. أما فيما يتعلق بالعامل العاشر، فقد اختلفت طبيعته مع جميع الإعاقات الأربعة، لذلك لم يعد عاملا مشتركا بين أي من الإعاقات الأربعة. كذلك جاءت الإعاقة البصرية والتخلف العقلي مرتبطتين بالعامل الحادي عشر المتمثل في عامل الحوادث المختلفة، في حين احتل عامل تعرض الطفل لحادث سيارة المرتبة الثانية عشرة لجميع الإعاقات ما عدا الإعاقة البدنية، غير أن عامل تعرض الطفل لحالات تسمم الذي احتل المرتبة الأخيرة ارتبط بجميع الإعاقات الأربعة معا كأحد الأسباب المحتملة في وجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة.

على العموم، يظل مدى تأثير العوامل والأسباب العامة في فترة ما بعد الولادة بالنسبة لكل إعاقة على حدة في نفس المستوى التي هي عليه مجتمعة، وإن اختلفت وتيرتها في بعض الأحيان من إعاقة إلى أخرى، إلا أن العوامل الرئيسة التي كشفت عنها إجابة السؤال السادس ما زالت هي العوامل نفسها إلى حد كبير مع كل إعاقة بشكل منفرد مما يؤكد على عموميتها كأسباب محتملة لمعظم الإعاقات المستهدفة في هذه الدراسة.

الجزء الثاني: أسئلة عن العوامل والأسباب الخاصة

يتعلق الجزء الثاني من الأسئلة بالأسباب والعوامل الخاصة المؤدية إلى وجود كل إعاقة على حدة، وانطلاقاً من مبدأ أن عملية القياس والتشخيص في مجال الإعاقة ينجح عنها معلومات وبيانات مختلفة ومتنوعة وذات صلة بأبعاد المشكلة من جوانبها النمائية المختلفة، فإن الباحثين يتوقعان أن ملف الحالة لكل طفل معاق تتوفر به معلومات طبية (بيولوجية، عصبية، وراثية .. الخ) ونفسية واجتماعية وتربوية، لذلك اعتمده الباحثان كمصدر آخر لجمع المعلومات، غير أن ما واجهه الباحثان يختلف تماماً عما توقعاه، لأن المعلومات التي توقعها لا تتوفر بأي شكل من الأشكال في ملف الحالة إلا ما ندر وما أوردته بيانات الدراسة الحالية والتي ربما توفرت عن طريق جهود فردية وشخصية من قبل أولياء الأمور ولكن لا تستند في الحقيقة إلى أمور رسمية وتنظيمية، ومع ذلك فإن الباحثين سيعملان في ضوء ما توفر لديهم من معلومات يسيرة عن العوامل أو الأسباب، كما سينظران إليها على أنها مؤشرات يمكن الاستدلال من خلالها على طبيعة العوامل والأسباب الخاصة المحتمل أن تكون سبباً مباشراً أو غير مباشر في وجود الإعاقة لدى كل فئة من الفئات الأربعة.

التساؤل الثامن

ما الأسباب والعوامل الخاصة التي يمكن أن تسهم في حدوث التخلف العقلي في

المجتمع السعودي؟

جدول (١٧) يوضح العوامل والأسباب الخاصة المؤدية إلى حدوث التخلف العقلي

الرتبة	ملف الحالة				التردد	مصدر المعلومة العوامل	المجموعة
	المجموع	%	لا يوجد معلومات	%			
١	١٢١٤	٨٤,٢	١٠٢٢	١٥,٨	١٩٢	ضعف القيادة الطبية للأم الحامل	عوامل بيئة اجتماعية
٦	١٢١٤	٩٣,٠	١١٢٩	٧,٠٠	٨٥	ضعف التغذية الأساسية للأم الحامل	
٥	١٢١٤	٩٢,٧	٦١٢٥	٧,٣	٨٩	زواج الأم مبكرا قبل سن العشرين	
٩	١٢١٤	٩٧,٤	١١٨٣	٢,٦	٣١	عدم توفر المثيرات الاجتماعية المناسبة في البيئة المنزلية للطفل و الأم معا مثل التلفزيون ، الفيديو ، الكتاب ، الألعاب	
٧	١٢١٤	٩٤,١	١١٤٢	٥,٩	٧٢	ضعف التفاعل الاجتماعي و النفسي بين الأم و الطفل	
٤	١٢١٤	٩٢,٢	١١١٩	٧,٨	٩٥	عوامل بيئة اجتماعية أخرى	
٢	١٢١٤	٩١,٧	١١١٣	٨,٣	١٠١	وجود طفل لديه مرض داون	اضطرابات جينية أو كلينكية
١١	١٢١٤	٩٩,٠	١٢٠٢	٠,٩٩	١٢	وجود طفل لديه مرض جارتن بل	
١٢	١٢١٤	٩٩,٢	١٢٠٤	٠,٨	١٠	وجود طفل يعاني من حالة الفينيل كيتونوريا	
١٤	١٢١٤	٩٩,٥	١٢٠٨	٠,٥	٦	طفل لديه اضطرابات الحامض الأميني	
١٥	١٢١٤	٩٩,٩	١٢١٣	٠,١	١	طفل لديه مرض تاي ساكس	
١٣	١٢١٤	٩٩,٣	١٢٠٦	٠,٧	٨	طفل لديه القماء	
٨	١٢١٤	٩٦,٥	١١٧٢	٣,٥	٤٢	طفل لديه صغر في الجمجمة	
١٠	١٢١٤	٩٨,٤	١١٩٤	١,٦	٢٠	طفل لديه اسقاء في الدماغ	
٣	١٢١٤	٩١,٧	١١١٣	٨,٣	١٠١	أسباب وعوامل أخرى	

معدل النسبة العامة
%٧,٧

معدل النسبة العامة
%٢,٧٥

لو نظرنا إلى العوامل المتفرعة عن المجموعتين البيئة الاجتماعية والإكلينيكية الوراثية في الجدول رقم (١٧) والملحق رقم (٣) لتبين لنا أن عامل ضعف العناية الطبية للأم الحامل كأحد العوامل البيئية الاجتماعية يتصدر الأسباب المحتملة لوجود التخلف العقلي وبنسبة

(١٥٨%) كما يلي ذلك عاملان من مجموعة الاضطرابات الجينية والإكلينيكية وهما عسلعل وجود عرض داون وكذلك عامل الأسباب الإكلينيكية والجينية غير المعروفة واللذين احتسلا المرتبة الثانية معا ونسبة (٨٣%) ، في حين احتمل عامل العوامل البيئية الاجتماعية الأخرى (غير محددة) المرتبة الرابعة ونسبة (٧٨%) كأحد المؤشرات المحتملة والمؤدية إلى وجود التخلف العقلي. كذلك جاء عامل زواج الأم مبكرا قبل سن العشرين في المرتبة الخامسة بنسبة (٧٣%) ، بينما جاء عامل التغذية الأساسية للأم الحامل في المرتبة السادسة بنسبة ٧%، كما جاء عامل ضعف التفاعل الاجتماعي والنفسي من الأم وطفلها ممثلا المرتبة السابعة ونسبة (٥٩%).

أما فيما يتعلق بعامل وجود صغر في الجمجمة لدى الطفل كأحد العوامل الإكلينيكية فقد احتل المرتبة الثامنة ونسبة (٣٥%)، فيما جال عامل عدم توفر المثيرات الاجتماعية المناسبة للطفل والأم معا كأحد العوامل الاجتماعية في المرتبة التاسعة بنسبة (٢٦%). أما بقية العوامل ذات النسب المتدنية والتي تراوحت ما بين (٠.١%) إلى (١٦%) كحد أعلى فحجاءت ممثلة للعوامل الجينية والإكلينيكية.

التساؤل التاسع

ما الأسباب والعوامل الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقة البدنية في المجتمع السعودي؟

جدول (١٨) يوضح العوامل و الأسباب الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقة البدنية

الرتبة	ملف الحالة				التكرار	مصدر المعلومة	العوامل	المجموعة
	الجموع	%	لا يوجد معلومات	%				
١	٣٠٧	٢,٥	٢٨٤	٧,٥	٢٣		نقص الأكسجين من الوصول إلى مخ الجنين بسبب نزيف مشيمي	أسباب الشكل الدماغي
٦	٣٠٧	٩٧,٧	٣٠٠	٢,٣	٧		أصابه دماغ الجنين بمرض أثناء الولادة	
١٢	٣٠٧	٩٩,٣٥	٣٠٥	٠,٦٥	٢		نزيف أو تجلط الدم في الدماغ	
١٥	٣٠٧	٩٩,٦٨	٣٠٦	٠,٣٢	١		أورام في الدماغ	
٨	٣٠٧	٩٩,٠٢	٣٠٤	٠,٨٩	٣		عوامل وراثية	أسباب الشق السنائي
٨	٣٠٧	٩٩,٠٢	٣٠٤	٠,٩٨	٣		وجود فيروسات	
٧	٣٠٧	٩٨,٠٥	٣٠١	١,٩٥	٦		عوامل أخرى	
٧	٣٠٧	٩٩,٠٢	٣٠٤	٠,٩٨	٣		عوامل مشتركة بينية ومرضية او وراثية	أسباب تليف المثانة
٣	٣٠٧	٩٦,٤٠	٢٩٦	٣,٦٠	١١		عوامل وراثية توجد في تاريخ الأسرة	أسباب الضور العضلي
٨	٣٠٧	٩٩,٠٢	٣٠٤	٠,٩٨	٣		الجنين الجنسي المتخفي	
٢	٣٠٧	٩٣,١٦	٢٨٦	٦,٨٤	٢١		اضطراب في كهرباء المخ	أسباب الاضطرابات الشخصية
١٢	٣٠٧	٩٩,٣٥	٣٠٥	٠,٦٥	٢		تشوه تكوين الأوعية الدموية	
١٢	٣٠٧	٩٩,٣٥	٣٠٥	٠,٦٥	٢		إصابة المخ بتليف	
-	٣٠٧	١,٠٠	٣٠٧	-	-		وجود أورام في المخ	
٥	٣٠٧	٩٧,٤٠	٢٩٩	٢,٦٠	٨		عوامل أخرى	
٤	٣٠٧	٩٦,٧	٢٩٧	٣,٣	١٠		عوامل وراثية	أسباب التهاب المفاصل الطفولي
١٥	٣٠٧	٩٩,٦٨	٣٠٦	٠,٣٢	١		عوامل مرضية أخرى	

وعلى الرغم من الإعاقة البدنية تشترك مع عدد من الإعاقات المختلفة في بعض العوامل والأسباب المحتمل أن تكون سببا في حدوث الإعاقة في صورها المختلفة، إلا أنها تتصف بتفرعات تمثل في مجملها إعاقات متعددة ولكن تحت مظلة الإعاقة البدنية، لهذا نجد أن العديد من الأسباب والعوامل الخاصة ترتبط أيضا بطبيعة الإصابة التي يعاني منها الشخص المعاق بدنيا. فلو نظرنا إلى الجدول رقم (١٨) والملحق رقم (٤) لتبين لنا أن عامل نقص الأكسجين من الوصول إلى مخ الجنين بسبب نزيف مشيمي يأتي في المرتبة الأولى بنسبة (٧٥%) كأحد وأهم الأسباب المحتملة في حدوث الشلل الدماغي لدى المعاقين بدنيا، فيما يأتي عامل اضطراب كهرباء المخ كأحد أسباب الاضطرابات التشنجية (كالصرع) لدى الأشخاص المعاقين بدنيا في المرتبة الثانية بنسبة (٦٨٤%). كذلك تبرز العوامل الوراثية كأسباب ربما يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر بفضل تفاعلها مع عوامل أخرى في وجود العديد من ضروب العجز البدني المختلف، وكما هو مبين في الجدول السابق نجد أن العوامل الوراثية ربما يكون لها دورا في الضمور العضلي لدى المعاقين بدنيا والتي احتلت المرتبة الثالثة بنسبة (٣٦%)، كما أنها جاءت أيضا في المرتبة الرابعة كأحد الأسباب المحتملة في حدوث الالتهاب المفصلي الطفلي بنسبة (٣٣%)، بينما أتى عامل أسباب أخرى غير محددة (ربما يكون من ضمنها أورام في المخ، حوادث وإصابات تلحق الأذى بالدماغ مباشرة .. الخ)، في المرتبة الخامسة بنسبة (٢٦%) كأحد الأسباب التي ربما يكون لها مساهمة في وجود الاضطرابات التشنجية لدى المعاقين بدنيا، كما جاء عامل إصابة دماغ الجنين برضوض أثناء الولادة كمسبب محتمل لوجود الشلل الدماغي لدى المعاقين بدنيا في المرتبة السادسة بنسبة (٢٣%).

أما فيما يتعلق ببقية العوامل فإنها تتكرر معا في رتب ونسب واحدة كما هو الحال في المرتبة الثامنة التي ضمت أربعة عوامل من مجموعات مختلفة كالشق النسناسي، والتليف المثاني والضمور العضلي حيث جاءت نسبتها (٩٨.٠%)، بينما جاء عامل نزيف وتجلط الدم في

الدماغ كأحد أسباب الشلل الدماغي، كذلك عاملا الاضطرابات التشنجية المتمثلة في عامل تشوه تكوين الأوعية الدموية بالإضافة إلى عامل إصابة المخ بتزيف في المرتبة الثانية عشرية وبنسبة ٠.٦٥%. وأخيرا احتل عامل أورام في الدماغ من عوامل الشلل الدماغي وكذلك عامل الأسباب المرضية الأخرى من عوامل الالتهاب المفصلي الطفلي المرتبة الخامسة وبنسبة (٠.٣٢%) كأسباب محتمل أن تؤثر بأي صورة من الصور في حدوث الإعاقات البدنية المختلفة.

التساؤل العاشر

ما الأسباب والعوامل الخاصة التي يمكن أن تسهم في حدوث الإعاقة السمعية في المجتمع السعودي؟

جدول (١٩) يوضح العوامل والأسباب الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقة السمعية

الرتبة	ملف الحالة					مصدر المعلومة العوامل	الجموعه
	المجموع	%	لم يحدد	%	التكرار		
٥	١٢٠٧	٩١,١	١١٠٠	٨,٩	١٠٧	وجود تشوهات في الأذن الخارجية	فقدان السمع التوصيلي
١٠	١٢٠٧	٩٧,٥	١١٧٧	٢,٥	٣٠	وجود تشوهات في الأذن الوسطى	
٨	١٢٠٧	٩٥,٥	١١٥٣	٤,٥	٥٤	وجود شمع أو ضماخ في القناة السمعية	
٧	١٢٠٧	٩٥	١١٤٧	٥	٦٠	التهابات الأذن الوسطى	
١	١٢٠٧	٦٠,١	٧٢٦	٣٩,٩	٤٨١	عوامل وراثية	فقدان السمع الحسي العصبي
٢	١٢٠٧	٦٨,٣	٨٢٤	٣١,٧	٣٨٣	عوامل مرضية	
٦	١٢٠٧	٩٢,٦	١١١٨	٧,٤	٨٩	عوامل بيئية	
١١	١٢٠٧	٩٧,٨	١١٨٠	٢,٢	٢٧	إشعاع	
١٢	١٢٠٧	٩٩,١	١١٩٦	٠,٩	١١	تسمم	
٩	١٢٠٧	٩٦,٥	١١٦٥	٣,٥	٤٤	حوادث	
٤	١٢٠٧	٨٨,٣١	١٠٦٦	١١,٧	١٤١	عوامل مختلفة	فقدان السمع المركب
٣	٢٠٧	٨٤,٩	١٠٢٤	١٥,١	١٨٣	أسباب أخرى	أسباب أخرى

من خلال استعراض بيانات الجدول رقم (١٩) والملحق رقم (١٥) يتضح أن العوامل الوراثية تأتي في المرتبة الأولى كأحد العوامل المؤدية لفقدان السمع الحسي العصبي بنسبة

(٣٩٩%)، وتأتي العوامل المرضية في المرتبة الثانية بنسبة (٣١٧%) كأحد الأسباب المساهمة في حدوث فقدان السمع الحسي العصبي.

أما مجموعة الأسباب الأخرى فتحتل المرتبة الثالثة كأحد العوامل المسببة للإعاقة السمعية بنسبة (١٥١%)، يليها (١١٧%). كما يتضح أن وجود تشوهات في الأذن الخارجية لعبت دورا في حدوث فقدان السمع التوصيلي حيث احتلت المرتبة الخامسة بنسبة (٨٩%) تلتها العوامل البيئية في المرتبة السادسة بنسبة (٧٤%) كأحد العوامل المؤدية لفقدان السمع الحسي العصبي. أما التهابات الأذن الوسطى فقد ساهمت بما نسبته (٥%) كأحد العوامل المسببة لفقدان السمع التوصيلي محتملة بذلك المرتبة السابعة من بين العوامل المؤدية لحدوث الإعاقة السمعية. ومن العوامل أيضا التي ساهمت في حدوث الإعاقة وجود شمع أو صماخ في القناة السمعية كمسبب لفقدان السمع التوصيلي محتملا المرتبة الثامنة بنسبة (٤٥%)، بينما أتت الحوادث في المرتبة التاسعة بنسبة (٣٥%) كأحد العوامل المسببة للإعاقة السمعية. أما بقية العوامل والأسباب المؤدية إلى حدوث الإعاقة السمعية فقد تراوحت نسبة مساهمتها في حدوث الإعاقة السمعية ما بين (٢٥% - ٠,٩%).

التساؤل الحادي عشر

ما الأسباب والعوامل الخاصة المؤدية إلى حدوث الإعاقة البصرية في المجتمع السعودي؟

جدول (٢٠) يوضح العوامل والأسباب الخاصة المؤدية الى حدوث الإعاقة البصرية

الرتبة	ملف الحالة				التكرار	مصدر المعلومة العوامل	الجموع
	الجموع	%	لا يوجد معلومات	%			
٩	٤٢٢	٩٧,٢	٤١١	٢,٨	١٢	مرض السكري	عوامل وراثية وأمراض مرتبطة بطبيعة العين
٤	٤٢٢	٩١,٥	٣٨٧	٨,٥	٣٦	الجلاكوما أو المياه الزرقاء	
٥	٤٢٢	٩٣,١	٣٩٤	٦,٩	٢٩	المياه البيضاء	
٧	٤٢٢	٩٤,١	٣٩٨	٥,٩	٢٥	مرض الشبكية بسبب زيادة الأوكسجين في الولادة المبكرة	
٨	٤٢٢	٩٤,٣	٣٩٩	٥,٧	٢٤	التهاب الشبكية الصبغي	
٢	٤٢٢	٨٣,٥	٣٥٣	١٦,٥	٧٠	عيوب خلقية في تكوين اجزاء الشبكية	
٦	٤٢٢	٩٣,٩	٣٩٧	٦,١	٢٦	الحول في العينين	
٣	٤٢٢	٩٠,٧	٣٨٢	٩,٣	٤٠	الرأرأة السريعة لحركة العينين	
١	٤٢٢	٧٧,٥	٣٢٨	٢٢,٥	٩٥	أسباب وعوامل أخرى	

يتبين لنا من الجدول رقم (٢٠) والملحق رقم (٦) أن من أهم العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة البصرية عامل بأسباب والعوامل الأخرى غير المعروفة التي أتت في المرتبة الاولى بنسبة (٢٢,٥%)، يليها في المرتبة الثانية وجود عيوب خلقية في تكوين أجزاء الشبكية بنسبة (١٦,٥%).

أما الرأرأة السريعة لحركة العين فقد أتت في المرتبة الثالثة كأحد العوامل المؤدية إلى حدوث الإعاقة البصرية بنسبة (٩,٣%)، وجاءت بعدها الجلوكوما أو المياه الزرقاء

كمتسبب للإعاقة البصرية حيث احتلت المرتبة الرابعة بنسبة (٨٥٪). ويتضح لنا كذلك أن المياه البيضاء أحد العوامل التي أدت إلى حدوث الإعاقة البصرية حيث احتلت المرتبة الخامسة بنسبة (٦٩٪)، بينما أتى الحول في العينين في المرتبة السادسة كأحد العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة البصرية بنسبة (٦١٪)، وجاء مرض الشبكية بسبب زيادة الأكسجين في الولادة المبكرة في المرتبة السابعة بنسبة (٥٩٪) كأحد العوامل التي قد تسهم بأي شكل من الأشكال في حدوث الإعاقة البصرية. أما التهاب الشبكية الصبغي فقد جاء في المرتبة الثامنة بنسبة (٥٧٪)، يليه مرض السكري في المرتبة التاسعة بنسبة (٢٨٪) كعوامل وأسباب محتملة لحدوث الإعاقة البصرية.

التساؤل الثاني عشر

ما هي أهم استراتيجيات الوقاية المناسبة لمواجهة العوامل والأسباب المحتملة التي قد تؤدي إلى حدوث الإعاقات الأربعة ؟

إن العمل الدؤوب والمستمر حتى هذه اللحظة من قبل العلماء بهدف معرفة وتحديد العوامل والأسباب التي يحتمل أن تؤدي إلى حدوث جميع الإعاقات، لم يخلو كذلك من التفكير في إيجاد السبل الملائمة لمواجهة تلك العوامل والأسباب، ولعل استراتيجية الوقاية تمثل محورا لتلك السبل. لذا جاء الاهتمام بموضوع الوقاية على أنه السبيل الأمثل لمواجهة التحديات التي قد تخلفها الإعاقة وآثارها.

لقد شهد موضوع الوقاية تطورا نوعيا في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي، حيث أقر عدد من العلماء والباحثين ومحددسي السياسات الصحية مستويات معينة من برامج الوقاية الموجهة للإعاقة. وقد أشار كل من (Odam & Kaiser, 1997 & Kasten & Coury, 1991) إلى تلك المستويات من برامج الوقاية من الإعاقة التي بدورها تنقسم إلى ثلاثة مستويات هي:

(١) الوقاية من المستوى الأول Primary Prevention

يعتبر المستوى الأول هو السد المنيع لحدوث الإعاقة في المجتمع بعد مشيئة الله حيث تشتمل برامجه على مجموعة من الخدمات التي تعمل بإذن الله على منع حدوث الإعاقة بأنواعها ومستوياتها المختلفة بين الأفراد، حيث يوجد مجموعة من الاستراتيجيات التي تنطوي أيضا على الكثير من المعلومات والتعليمات التي يجب على أفراد المجتمع الالتزام بها وتطبيقها كما ينبغي. فعليه فإن خدمات تلك البرامج تركز على العديد من القضايا من أبرزها تقديم خدمة الإرشاد الوراثي Genetic Counseling للأزواج قبل وبعد الزواج، كما أنها تتعامل مع مرحلة ما قبل الولادة من حيث الاهتمام بالرعاية الصحية والغذائية المطلوبتين خلال هذه المرحلة، بالإضافة إلى اتباع أساليب الوقاية المطلوبة أثناء الولادة وكذلك بعد الولادة.

(٢) الوقاية من المستوى الثاني Secondary Prevention

يمثل هذا المستوى مجموعة من الإجراءات الوقائية التي تحول دون تطور الإصابة بالإعاقة وذلك باتباع تدابير وقائية تعمل على مواجهة ومعالجة المشكلات التي قد يظهرها الأفراد المعوقون؛ وتغطي تلك التدابير الإجراءات الوقائية خدمات الإرشاد الوراثي والعلاج الطبي، والحماية الغذائية، وتوعية الأمهات صغيرات السن في الأمور المتعلقة برعاية أطفالهن وتنمية مهاراتهم في التعامل مع مشكلات أطفالهن، بالإضافة إلى توفير المسح الشامل للأطفال حديثي الولادة بهدف معرفة وتحديد ممن هم عرضة للإصابة At risk بالإعاقة والتي يمكن معالجتها بحيث لا تتطور إلى إعاقة.

(٣) الوقاية من المستوى الثالث Tertiary Prevention

يشتمل هذا المستوى على مجموعة من الخدمات العلاجية التي تهدف إلى تنمية وتطوير الإمكانيات والقدرات المتوفرة والمحتملة لدى الفرد المعاق إلى أقصى حد ممكن والحد من تدهور الحالة ولا تهدف تلك الخدمات إلى علاج الإعاقة والشفاء منها

- كلية، بل تقدم الدعم المطلوب الذي قد يسهم في تخفيف آثارها. على أية حال تغطي خدمات ذلك المستوى مجموعة من البرامج لعل من أبرزها وأهمها مايلي:
- (أ) برامج التدخل التعليمي المبكر.
- (ب) برامج التربية الخاصة كالبرامج التعليمية الفردية أو الخدمات المساندة.
- (ج) برامج التدريب والتأهيل المهني.

إن قراءة النتائج للدراسة الحالية توحى أن هناك خللاً واضحاً في طبيعة ومستوى الثقافة لدى أسر الأطفال المعوقين من حيث الالتزام وتطبيق الإجراءات والتدابير الوقائية المطلوبة مما أدى إلى حدوث تلك الإعاقات الأربعة وقد يعود السبب في ذلك إلى جهل الأسرة أو عدم مقدرتها في السيطرة أو التمكن من تلك الإجراءات الأولية. وتشير بعض التقارير إلى أن حوالي ٥٠% من حالات الإعاقة يمكن تلافيها عندما تفعل الاستراتيجيات والبرامج الوقائية ويكون التدخل في الوقت المناسب (الخطيب، ١٤٢٢هـ). فعليه فإن الباحثين يقترحان مجموعة من الاستراتيجيات الوقائية التي تمثل في مجملها مجموعة من الآليات التي تعبر عن مستويات برامج الوقاية من الإعاقة المشار إليها سلفاً وفي نفس الوقت ترتبط بالمرحلة الزمنية الثلاثة مرحلة الحمل ومرحلة الولادة وما بعد الولادة.

(١) استراتيجيات وقائية طبية :

إن توفير الخدمات الطبية الملائمة للأم الحامل يأتي في أولويات الإجراءات الوقائية من الإعاقة كالتدخل بالعقاقير والتدخل الجراحي والغذائي المبكر كما يتوجب استخدام التقنيات الطبية الحديثة في حالات الإعاقة المبكرة أو احتمالات حدوثها مبكراً سواء كان قبل فترة الحمل أو أثنائها أو بعدها مباشرة واتخاذ كل الإجراءات والتدابير الضرورية للحد من وقوعها أو تقليل مضاعفاتها من خلال تقديم الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية في أوقاتها المناسبة .

(٢) استراتيجيات الإرشاد الوراثي :

إن خدمات الإرشاد الوراثي والتي يتم تقديمها من قبل مختصين في الهندسة الجينية تعتبر من الأمور الضرورية للحد من احتمال إنجاب الزوجين لطفل معاق. ومثل هذه الخدمات تساعد الزوجين على اتخاذ القرار المناسب بناءً على نتائج الفحوصات الطبية الوراثية. كما يجب تشجيع الأشخاص المقبلين على الزواج لإجراء الفحوصات الضرورية قبل الزواج والتي ستساعد على الكشف عن البنية الوراثية لديهم ومدى احتمالية حدوث الإعاقة في ذريتهم.

(٣) استراتيجيات وقائية اجتماعية ثقافية تعليمية :

تشير نتائج البحث الحالي إلى أن كثير من أمهات الأطفال المعاقين مستوى التعليم لديهم متدن، كما أن بعض الأمهات تمت الولادة لديهن دون إشراف طبي. وهذه النتائج تؤكد أهمية رفع المستوى الثقافي والتعليمي وتغيير بعض الاتجاهات الاجتماعية السلبية نحو الإجراءات الوقائية الضرورية للحد من حدوث الإعاقة. لذا يتوجب على الجهات المسؤولة تصميم وتفعيل برامج تثقيفية لنشر الوعي الصحي بين الأمهات والآباء وحثهم على أهمية اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة لتجنب حدوث إعاقات لدى أطفالهم كالاتمام بإجراء الفحوصات الطبية والوراثية قبل الزواج، والتطعيمات والتغذية السليمة للأم الحامل والبعد عن مصادر التلوث والإشعاعات والنظافة والمراجعة المنتظمة للمراكز الصحية للأم الحامل خلال فترة الحمل وأن تتم الولادة في المستشفى وتحت إشراف طبي متخصص.

(٤) استراتيجيات التشخيص والتدخل المبكر :

إن توفر خدمات التشخيص المبكر للمتغيرات والعوامل التي قد تسهم في حدوث الإعاقة، وكذلك التشخيص المبكر للإعاقة من الأمور البالغة الأهمية التي تعمل على الوقاية من الإعاقة أو تقليل مضاعفاتها. ولهذا فإنه من الضروري تطوير برامج تشخيص مبكر يقوم على تنفيذها فريق متعدد التخصصات وتنفذ من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية المنتشرة في جميع المدن والقرى والمهجر والتي غالباً ما تقوم الأمهات الحوامل بزيارتها، وكذلك الحصول على خدمات التطعيم لأطفالهن من خلالها.

المناقشة

من خلال استعراض النتائج المتعلقة بالعوامل الرئيسة كأسباب محتملة لحدوث الإعاقات الأربع (تخلف عقلي، إعاقة بدنية، سمعية، وبصرية) المستخلصة من ملف الحالات في المعاهد والمراكز التي تقدم خدمات مختلفة لتلك الفئات، يلاحظ الباحثان أن هناك غياب شبه تام لقاعدة البيانات الأساسية التي يفترض أن تكون موجودة في ملف كل حالة حيث أوضحت النتائج أن حوالي ١٠% فقط من الأسباب الوراثية والبيئية والمشاركة تم تحديدها علماً أن تلك النسبة لا ترقى إلى تلك النسب التي أشارت إليها بعض الدراسات والتي حددت إلى ما بين ٢٥ إلى ٣٠% من أسباب الإعاقات معروفة (Heward & Orlansky, 1988) بينما تختلف الصورة تماماً عن تلك المعلومات التي أوردها أفراد الأسرة، حيث أظهرت استجاباتهم أن هناك مؤشرات وراثية مرتبطة بصلة القرابة بين الزوجين وتعدد الإعاقات داخل الأسرة الواحدة، وهذه النتيجة تتفق إلى حد كبير مع عدد من الدراسات العربية والمحلية (سالم ١٩٨٨، السكيت وآخرون ١٩٩٣، الحازمي وآخرون ٢٠٠٠).

كذلك نجد أن عامل سوء التغذية يمثل أكثر العوامل التي يمكن أن تسهم في حدوث الإعاقات الأربعة، هذه النتيجة تتفق إلى حد ما مع ما ذهب إليه كل من (Evans, 1983) (Patton و MacMillan, 1982)، ويرى الباحثان أن التفسير المحتمل لإخلال سوء التغذية المرتبة الأولى قد يعود إلى أن معظم حالات العينة قد تأتي من أسر ذات مستوى اقتصادي وتعليمي متدني، وهذا الاحتمال ينسحب أيضاً على سوء استخدام العقاقير والأدوية التي احتلت المرتبة الثامنة كأحد العوامل المؤدية إلى حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة.

أما فيما يتعلق بمجموعة الأسباب المحتملة للإعاقة في مرحلة الولادة، نجد أن عامل الولادة المتعسرة وعامل وزن الطفل غير الطبيعي قد تصدراً قائمة العوامل المحتملة لحدوث الإعاقة أثناء فترة الولادة، وقد تعزى هذه النتيجة إلى تدني مستوى الثقافى الصحية لدى الأم بشكل خاص وأفراد الأسرة بوجه عام، ويتمشى هذا التفسير المحتمل مع ما أشار إليها Scott,

1988 عندما أوضح أن هناك علاقة بين الاضطرابات الحملية وعدد من المتغيرات مثل عمر الأم ومستوى تعليمها. في حين جاء عامل ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل كأهم وأكثر الأسباب المؤثرة في حدوث الإعاقة لدى الفئات الأربعة خلال فترة ما بعد الولادة، يليه عامل الرضاعة غير الطبيعية في السنة الأولى وكذلك تغذية الطفل غير الطبيعية كعنصرين من عناصر سوء التغذية وهذه النتيجة تؤكد ما ذهب إليه الباحثان من قبل إلى العديد من العوامل المرتبطة بخلفية الأسرة الثقافية والتعليمية والاقتصادية.

أما فيما يتعلق بالأسباب الخاصة بكل فئة من فئات الإعاقة الأربع على حده، نجد أن مجموعة العوامل البيئية والاجتماعية تحتل الصدارة بمعدل عام 77% مقارنة بمجموعة العوامل الجينية أو الإكلينيكية التي ساهمت في حدوثه بنسبة عامة معدنها (27.5%)، وتلك المؤشرات تتماشى إلى حد كبير مع أدبيات الدراسة التي رتبى أن معظم حالات التخلف العقلي تكون أسبابها بيئية اجتماعية ثقافية واقتصادية مثل دراسة MacMillan, 1982، و Evans, 1983، وكذلك Patton et al, 1990. لذا نجد أن الفئات البسيطة من هذه المجموعات والتي تمثل حوالي 85% من بين مجتمع التخلف العقلي تكون مصدر أسبابها خارجية.

أما بالنسبة لحالات الإعاقات البدنية، فقد وجد الباحثان العديد من العوامل المتداخلة بين ضروب العجز المتعددة لتلك الحالات. والتي لعبت دورا مباشرا أو غير مباشر في حدوثها. فلو نظرنا على سبيل المثال إلى العوامل المسببة للشلل الدماغى لوجدنا أن نقص الأكسجين والاضطراب الكهربائي من الأسباب الرئيسة وراء حدوث تلك الإعاقة وهذه النتيجة إلى حد كبير تتفق مع ما أشار إليه كل من Bleck, 1975 و Berg, 1975.

أما بالنسبة للأسباب الأخرى المشار إليها في الدراسات السابقة كعوامل رئيسة لحدوث الإعاقة البدنية في عدد من الدول مثل أمريكا وتشيكوسلوفاكيا نجد أنها لا تمثل الأسباب الرئيسة لعدد من حالات الإعاقات البدنية في المملكة العربية السعودية مثل شلل الأطفال Jand, 1965 الذي لم يعد السبب الرئيس للإعاقة البدنية حسب ما أشير في نتائج الدراسة الحالية وقد يعود إلى الخطة الوقائية المعتمدة من قبل وزارة الصحة والتي بدأت

فعاليتها منذ أكثر من ثلاثة عقود والتي تشترط الحصول على شهادة ميلاد للطفل باستكمال جميع التطعيمات الأساسية للطفل بما فيها تطعيم شلل الأطفال، في حين أشارت وأكدت نتائج الدراسة الحالية على أن العوامل الوراثية والعوامل المشتركة بين عدد من فئات الإعاقة البدنية ومن ثم التأكيد على هذا العامل في عدد من الدراسات السابقة التي أظهرت أن العوامل الخلقية من الأسباب العامة لجميع الإعاقات.

لقد أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن العوامل الوراثية والعوامل المرضية جاءت في مقدمة الأسباب الرئيسة وراء حدوث الإعاقة السمعية، وهذه النتيجة إلى حد كبير تتفق مع دراسة Mahrous, 1982 التي أجريت على عينة من المجتمع المصري، بينما تفاوتت الأسباب ونسبها مع دراسات أخرى مثل دراسة Vernon, 1969 وكذلك دراسة Ries, 1975 إلا أنها تتفق مع نتائج الدراسة الحالية في وجود بعض الأسباب كالإصابات الوراثية والمرضية والحوادث أو عوامل أخرى.

أما فيما يتعلق بأسباب الإعاقة البصرية، فيتضح من نتائج الدراسة الحالية أن الأسباب والعوامل الأخرى (غير معروفة أو مختلفة) احتلت الصدارة بين الأسباب المختلفة، يليها أسباب العيوب الخلقية في تكوين أجزاء الشبكية، ومع أن نتائج هذه الدراسة قد كشفت عن أسباب وعوامل قد تكررت في دراسات أخرى ولكن بنسب متفاوتة كتلك التي أجرتها الجمعية الوطنية للوقاية من العمى في عام ١٩٨٠ وقد يعود هذا الاختلاف إلى تباين الأعمار في عيني تلك الدراسات، حيث استخدمت دراسة الجمعية فئات عمرية تراوحت أعمارها ما بين صفر إلى ٨٥ سنة، بينما الدراسة الحالية اقتصرت على الأعمار الزمنية الأولى لطلاب وطالبات المرحلة الابتدائية التي تمتد من ٦ - ١٢ سنة تقريبا. علما أن الدراسة الأولى وجدت عدداً من الأسباب مثل الجلوكوما، والانحلال البقعي، وضمور العصب البصري، ومرض السكري المتعلق بالشبكية، بالإضافة إلى المياه البيضاء كعوامل مساهمة في حدوث الإعاقة البصرية في المجتمع الأمريكي ومعظم هذه العوامل كانت من بين العوامل التي أشارت إليها الدراسة الحالية كعوامل مسببة للإعاقة البصرية في المجتمع السعودي.

المراجع العربية

- الروسان، فاروق (١٩٨٩). سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة. عمان : جمعية عمال المطابع التعاونية.
- حسن، محمود محمد (١٩٨٩). الأطفال المعوقون: أطفال الرعاية الخاصة. جدة : تهامة.
- الخطيب، جمال (١٤٢٢هـ). أولياء أمور الأطفال المعوقين : استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم. أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.

المراجع الأجنبية

- Alford, C.A. (1988) Chronic Perinatal Infections and Mental Retardation. In J.F. Kavanagh (Ed.); **Understanding Mental Retardation** (pp. 137-148). Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Abuelo, D.N. (1991) Genetic Disorders. In J.L. Matson & J. Mulick (Eds.). **Handbook of Mental Retardation** (PP. 97-114). New York Pergamon Press.
- Barraga, N.C. (1973) Utilization of Sensory-Perceptual Abilities. In B. Lowenfoeld (ed.), **The Visually Handicapped Child in School**. (pp. 117-154). New York, The John Day Company.
- Baum, D. (1975) Heart Disease in Children In E.E Bleck & D.A. Nagel (Eds.). **Physically Handicapped Children** (pp. 143-153). New York. Grune & Stratton.
- Berg, B.O. (1975) Convulsive Disorders In E.E Bleck and D.A. Nagel (Eds.). **Physically Handicapped Children** (pp. 101-108) New York. Grune & Stratton.
- Blackhurst, A.E. (1986) The Growth of Special Education. In W.H. Berdine and A.E. Blackhurst (Eds), **An Introduction to Special Education** (pp. 5 - 44). Boston, Little, Brown and Company.
- Bleck, E.E. (1975) Cerebral Palsy. In E.E Bleck & D.A. Nagel (Eds.). **Physically Handicapped Children** (pp. 37 - 89). New York. Grune & Stratton.
- Bleck, E.E. (1975) Myelomeningocele, Meningocele, Spina Bifida. In E.E Bleck & D.A. Nagel (Eds.). **Physically Handicapped Children** (pp. 181-192). New York. Grune & Stratton.

- Brill, R.G., MacNeil, B., and Newman, L.R. (1986). Framework for appropriate programs for deaf children. **American Annals of the Deaf**, 131 (2), 65 – 77.
- Caton, H.R. (1986) Visual Impairment In W.H. Berdine & A.E. Blackhurst (Eds.) **An Introduction to Special Education**. (pp. 235-262). Boston. Little, Brown and Company.
- Chambelin, R.W. (1994). Primary prevention: The missing piece in child development legislation. In R. Simeonsson (Ed.), **Risk, resilience & prevention: promoting the well being of all children** (pp. 33 – 52). Baltimore: Brooks.
- Cross, D.P. (1986) Physical and Health-Related Disabilities. On W. H. Berdine and A. E. Blackhurst (Eds.). **An Introduction To Special Education** (pp. 283-336). Boston, Little Brown and Company.
- Evans, D.P. (1983) **The Lives of Mentally Retards People**. Boulder, Co. Westview Press.
- Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth: **Theory and Practice** (1986). New York: American Foundation for the Blind Inc.
- Garber, H.L (1988) **The Milwaukee Project Preventing Mental Retardation In Children At Risk**. Washington, D.C. Published by American Association on Mental Retardation.
- Green, W.W. (1986) Hearing Disorder. In W.H. Berdine & A.E. Blackhurst (Eds.) **An Introduction to Special Education**. (pp. 183-234). Boston, Little, Brown and Company.
- Grossman, H.J (1983) **Classification In Mental Retardation**. Washington, DC. American Association On Mental Retardation.
- Hallahan, D.P. and Kauffman, J.M (1991). **Exceptional Children: Introduction to Special Education**. 5th ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Hallahan, D.P. and Kauffman, J.M. (1994). **Exceptional Children: Introduction to Special Education**. Boston, Allyn and Bacon.
- Harris, A.I (1971). **Handicapped and Impaired in Great Britain**. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Harvey, B. (1975) Cystic Fibrosis. In E.E Bleck & D.A. Nagel (Eds.). **Physically Handicapped Children** (pp. 109-112). New York. Grune & Stratton.

- Heward, W.L., and Orlansky, M.D (1988) **Exceptional Children**. Columbus, Merrill Publishing Company.
- Janda, V. (1965). Motor Handicapped Children in Czechoslovakia, **Courier**, 15, 6, 378-82.
- Jubala, J.A. and Brenes, G (1988). Spinal Cord Injuries. In Hasselt (Ed.); **Handbook of Developmental and Physical Disabilities**. (pp. 423-425).
- Kasten, E.F. & Coury, D.L. (1991). Health policy and prevention of mental retardation. In J.L Matson & J.A. Mulick (Eds.) **Handbook of mental retardation** (pp. 336 - 344) New York: Pergamon Press.
- Kirk, S.A; and Gallagher, J.J (1983) **Educating Exceptional Children**. Boston, Houghton Mifflin Company.
- Kneedler, R.D; Hallahan, D.P and Kauffman, J.M (1984) **Special Education for Today**. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Livingston, R. (1986) Visual Impairment. In N.G. Haring & L.P. McCormick (Eds.). **Exceptional Children and Youth**. (pp. 397-429). Columbus, Merrill Publishing Company.
- Lonsdale, S. (1990). Women and disability: **The experience of Physical disability among women**. London: Macmillan Education Ltd.
- Lowenfeld, B. (1973). Psychological Consideration. In B. Lowenfeld (ed); **The Visually Handicapped Child in School**. (pp. 27-60). New York, The John Day Company.
- MacMillan, D.L (1982) **Mental Retardation In School & Society**. Boston, Little, Brown & Company.
- Miller, J.J. (1975) Juvenile Rheumatoid Arthritis. In E.E. Bleck and D.A. Nagel (Eds), **Physically Handicapped Children**. (pp. 233-240). New York. Grune and Stratton.
- Nolan, M. and Tucker, I. (1988). London: Souvenir Press Ltd.
- Nyhan, W.L. (1988) Research Challenges and Opportunities in the Next Quarter Century. In J.F. Kavanagh (Ed.); **Understanding Mental Retardation** (pp. 3-16). Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Odom, S.L. & Kaiser, A.P. (1997) Prevention & early Intervention during early childhood: Theoretical and empirical bases for practice> In W.E. Maclean (Ed.),

- Ellis' **handbook of mental deficiency, psychological theory & research** (pp – 137 – 172). New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Patton, J.R., Payne, J.S., Kauffman, J.M., Brown, G.B and Payne, R.A (1987) **Exceptional Children In Focus**. Columbus, Merrill Publishing Company.
- Patton, J.R., Smith, M.B. and Payne, J.S. (1990) **Mental Retardation**. U.S.A. Merrill Publishing Company.
- Ries, P. (1973). Reported Causes of Hearing Loss for Hearing Impaired Students. **Annual Survey of Hearing Impaired Children and Youth**, Ser. D, No. 11. Washington, D.C: Gallaudet College Office of Demographic Studies.
- Rosenthal, A.R. (1975) Visual Disorder, In E.E Bleck & D.A. Nagel (Eds.). **Physically Handicapped Children** (pp. 261-273). New York. Grune & Stratton.
- Schmichel, R.D. (1988) Etiological Models of Retardation: Overview. In J.F. Kavanagh (Ed.), **Understanding Mental Retardation** (pp. 19-22). Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stahlman, M.T., Grogard, J. Lindstrom, D.P, Haywood, N. and Culley, B. (1988) Neonatal Intensive Care and Developmental Outcome. In J.F. Kavanagh (Ed.); **Understanding Mental Retardation** (pp. 171-178). Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stevens, G. (1962). **Toxonomy in Special Education For Children with Body Disorder: The Problem and a Proposal**. Pittsburgh: University of Pittsburgh.
- Stopford, V. (1987). **Understanding disability: Causes, characteristics and coping**. London: Edward Arnold (Publishers) Ltd.
- U.S Department of Education (1989).
- Vernon, M. (1969). **Multiply handicapped deaf children: medical, educational and psychological considerations**. Council for Exceptional Children Research Monograph, Washington, D.C.
- World Program of Action Concerning Disabled Persons (1983) **General description-Paragraph (37)**. New York – United Nations.
- Yousef, J.M (1993) Education & Children with Mental Retardation in the Arab Countries, **Mental Retardation**. 31 (2).

ملاحق البحث

ملحق رقم (١)
التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (مصدر المعلومة الأسرة)

المجموع	لم يحدد		لا		نعم		رقم العبارة
	%	ك	%	ك	%	ك	
٣١٥١	٠,٩	٢٩	٣٥,٢	١١١٠	٩٣,٩	٢٠١٢	١
٣١٥١	١,١	٣٤	٨٩,٩	٢٨٣٢	٩٠	٢٨٥	٢
٣١٥١	٠,٩	٢٨	٧٠,٠	٣٦٠	٧٩,٣	٢٤٩٣	٣
٣١٥١	١,٥	٤٦	٨٧,٧	٢٦٦٤	١٠,٨	٣٤١	٤
٣١٥١	١,٩	٦٠	٧٩,٥	٢٥٠٥	١٨,٦	٥٨٦	٥
٣١٥١	١,٠	٣٣	٨٩,٣	٢٠٩٩	٠,٦	١٩	٦

المجموع	لم يحدد		لا		نعم		رقم العبارة
	%	ك	%	ك	%	ك	
٣١٥١	٠.٦١	١٩	٩٨.٣٣	٣٠٩٧	١.٦١	٣٥	٧ هل تعرضت الأم لحالات تسمم أثناء فترة الحمل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم فحدد نوع التسمم (عن طريق بلع أشياء سامة، أو أحد أمراض الحمل كالتسمم الحطلي مثلا)
٣١٥١	١.٦١	٤٩	٩٤.٣٧	٢٩٨٣	٣.٦١	١١٩	٨ هل تعرضت الأم للأشعة السينية أثناء فترة الحمل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
٣١٥١	١.٦١	٣٦	٩٦.٣٠	٣٠٢٥	٢.٦١	٩٠	٩ هل أصيبت الأم بأمراض معدية مثل الحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
٣١٥١	٠.٦١	٢٦	٨٩.٣٣	٢٨١٣	٩.٦١	٣١٢	١٠ هل كانت الأم تعاني من أمراض مزمنة طوال فترة الحمل مثل: السكري، مشاكل القلب، ضغط الدم، الربو؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بنعم حدد نوع المرض:
٣١٥١	٢.٦١	٧٥	٨٤.٣٦	٢٦٥٣	١٣.٦٤	٤٢٣	١١ هل أصيبت الأم بارتفاع في درجة الحرارة أثناء الحمل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
٣١٥١	٢.٦١	٨٩	٨٦.٣٦	٢٧١٥	١١.٣٠	٢٤٧	١٢ هل تعرضت الأم لأي شيء أو مرض آخر تعتقد أنه كان سببا في إيجاب طفلها المعاق؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

المجموع	لم يحدد		لا		نعم		المحاور والمعارف	رقم العبارة
	%	ك	%	ك	%	ك		
٣١٥١	١٣	٤٢	١٢,٠٠	٣٧٨	٨٦,٧	٢٧٣١	أثناء فترة الولادة: هل كانت الولادة لدى الأم بصورة طبيعية؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	١
٣١٥١	٢٥	٨٠	٨٨,٣	٢٧٨٢	٢,٩	٢٨٩	هل هناك تدخل جراحي لتسهيل عملية الولادة (عملية قيصرية)؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٢
٣١٥١	٠,٨	٢٥	١٢,٩	٤٠٦	٨٦,٣	٢٧٢٠	هل كانت الولادة في فترتها الزمنية العادية (تسعة أشهر)؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٣
٣١٥١	١,٩	٦١	٩١,٨	٢٨٩٢	٦,٣	١٩٨	إذا كانت الإجابة بـ "لا" حدد الفترة الزمنية للحمل .. هل استخدمت آلات حادة أو آلات مسحب لإخراج الجنين أثناء وقت الولادة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٤
٣١٥١	٢,١	٨١	٩١,٨	٢٨٩٣	٥,١	١٧٧	هل تمت الولادة باستعمال جهاز الشفط أو الملقاط؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٥
٣١٥١	١,٦	٥١	٨٢,٨	٢٦٠٨	١٥,٦	٤٩٢	هل كانت الولادة لدى الأم متسرة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٦
٣١٥١	٢,٥	٧٩	١٤,٥	٤٥٧	٨٣,٠٠	٢٦١٥	هل كان وزن الطفل طبيعي عند الولادة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٧
٣١٥١	٢,٨	٨٨	١١,٦	٣٦٦	٨٥,٦	٢٦٩٧	هل كان لون الطفل طبيعي عند الولادة؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	٨

المجموع	لم يحدد		لا		نعم		رقم العبارة
	%	ك	%	ك	%	ك	
٣١٥١	٢٩	٢٩١٩	٨٩٧	٢٨٢٨	٧٤	٢٢٢	٩ هل تعتقد الأم أنه حدث اختناق لجنينها أثناء فترة الولادة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	٦	١٩٢	٨٠٢	٢٥٢٦	١٣٧	٤٣٣	١٠ هل أعطي الجنين لكسبينا بعد الولادة مباشرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	٤	١٣٩	٨٧٠	٢٥٣	٨٧٦	٢٧٥٩	١١ هل جاء خروج الجنين بالصورة الطبيعية المحتملة (الزاس أولاً)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١	٤٧	١٣٦	٤٢٨	٨٤٩	٢٦٧٦	١ <u>مرحلة ما بعد الولادة:</u> هل كانت تغذية الطفل في السنة الأولى من ولادته طبيعية وجيدة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	٢	٦٢	٢٥٦	٨٠٧	٧٢	٢٢٨٢	٢ هل كانت الرضاعة طبيعية (أي من الثدي الأم)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١	٥٧	٦٢	١٩٦٧	٣٥٨	١١٢٧	٣ هل عانى الطفل في سنواته الأولى من ارتفاع شديد في درجة الحرارة بشكل متكرر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١	٣٩	٩٦٩	٣٠٥٤	١٨	٥٨	٤ هل تعرض الطفل لحالات تسهم في سنواته الأولى من الولادة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

المجموع	لم يحدد		لا		نعم		رقم العبارة
	%	ك	%	ك	%	ك	
٣١٥١	١٦	٥٠	٨٧	٢٧٤٦	١١	٣٥٥	٥ هل تعرض الطفل لإصابات وكدمات مباشرة في الرأس؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١٠	٣٢	٩١	٢٨٦٩	٧	٢٥٠	٦ هل تعرض الطفل لسقوط من أماكن عالية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	٠	١٨	٩٦	٣٠٣٨	٣	٩٥	٧ هل تعرض الطفل لحادث سيارة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١٢	٣٨	٩٣	٢٩٤٦	٥	١٦٧	٨ هل تعرض الطفل لحوادث أخرى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١٩	٦٠	٩٣	٢٩٤	٨٨	٢٧٩٧	٩ هل تم تطعيم الطفل من الأمراض المختلفة في الوقت المحدد لذلك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١٧	٥٣	١٢	٣٩٩	٨٥	٢٦٩٩	١٠ هل كان يعرض الطفل في سنواته الأولى من الولادة على طبيب عدد الأروم أو عدد ممرضه بشكل مستمر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١٣	٤٠	٦	١٩١	٩٢	٢٩٢٠	١١ هل وفرت أسرة الطفل بشكل منظم الجو المناسب لنمو الطفل بشكل طبيعي كالصيف والشتاء والتدفئة والتبريد والتعاون... الخ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٣١٥١	١٩	٥٩	٨٦	٢٧٢٦	١١	٣٦٦	١٢ هل كان هناك عدم استقرار أسري (مثل الطلاق، والخصام المستمر)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

المجموع	لم يحدد		لا		نعم		رقم العبارة
	%	ك	%	ك	%	ك	
٣١٥١	٣٢	١٠٥	٩٧,٢	٢٤٩٦	١٧,٥	٥٥٠	١٣
							هل حدثت أشياء أخرى بعد ولادة الطفل تعتقد الأسرة أنها ساهمت في وجود الإعاقة لدى الطفل؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>

11	הוצאות על פיקוד	888	376	2	100	22	100	222	100	1012	376	1012
10	הוצאות על פיקוד	-	-	73	100	-	-	73	100	1012	376	1012
31	הוצאות על פיקוד	22	70	-	-	-	-	22	70	1012	166	1012
12	הוצאות על פיקוד	61	100	77	72	32	100	131	733	1012	10006	1012
11	הוצאות על פיקוד	32	70	-	-	10	100	58	32	1012	176	1012
11	הוצאות על פיקוד	671	100	101	100	57	100	588	111	1012	177	1012
10	הוצאות על פיקוד	57	100	28	100	21	100	181	30	1012	136	1012
6	הוצאות על פיקוד	11	100	101	100	11	100	121	103	1012	306	1012
7	הוצאות על פיקוד	21	30	71	100	33	100	38	32	1012	176	1012
8	הוצאות על פיקוד	8	100	10	100	12	100	77	72	1012	176	1012
6	הוצאות על פיקוד	101	100	12	100	76	100	322	38	1012	176	1012
5	הוצאות על פיקוד	17	100	-	-	62	100	101	73	1012	106	1012
3	הוצאות על פיקוד	688	67	-	-	-	-	688	67	1012	116	1012
2	הוצאות על פיקוד	701	32	-	-	-	-	701	32	1012	116	1012
1	הוצאות על פיקוד	22	70	-	-	-	-	22	70	1012	166	1012
1	הוצאות על פיקוד	10	100	-	-	-	-	10	100	1012	76	1012
הוצאות	הוצאות	100	%	100	%	100	%	100	%	100	%	100
הוצאות	הוצאות	100	%	100	%	100	%	100	%	100	%	100

111

(א) הוצאות על פיקוד (הוצאות על פיקוד) הוצאות על פיקוד (הוצאות על פיקוד) הוצאות על פיקוד (הוצאות על פיקוד)

ملحق رقم (٣)
التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة حول الأسباب الخاصة (مصدر المعلومات ملف حالات التخلف العقلي)

المجموع	معلومات غير متوفرة		معلومات متوفرة		العبارات	رقم العبارة
	%	ك	%	ك		
١٢١٤	٨٤٫٢	١٠٢٢	١٥٫٨	١٩٢	ضعف العناية الطبية للأم الحامل	١
١٢١٤	٩٣٫٠٠	١١٢٩	٧٫٠٠	٨٥	ضعف التغذية الأساسية للأم الحامل	٢
١٢١٤	٩٢٫٦	١١٢٥	٧٫٤	٨٩	زواج الأم مبكراً قبل سن العشرين	٣
١٢١٤	٩٧٫٤	١١٨٣	٢٫٦	٣١	عدم توفير المثيرات الحسية، والتعليمية، والاجتماعية المناسبة في البيئة المنزلية للطفل والأم معاً كالتلفزيون، الفيديو، الصور، الكتب، والألعاب	٤
١٢١٤	٩٤٫١	١١٤٢	٥٫٩	٧٢	ضعف التفاعل الاجتماعي والنفسي بين الأم وطفلها	٥
١٢١٤	٩٢٫٢	١١١٩	٧٫٨	٩٥	عوامل بيئية اجتماعية أخرى	٦
١٢١٤	٩٩٫٠٠	١٢٠٢	١٫٠٠	١٢	وجود عرض مارتن بل	٧
١٢١٤	٩٩٫٢	١٢٠٤	٠٫٨	١٠	وجود حالة الفيبل فيكتور فورنيا (اضطراب التمثيل الغذائي)	٨
١٢١٤	٩١٫٧	١١١٣	٨٫٣	١٠١	وجود عرض داون (منغوليا سابقاً)	٩

ملحق رقم (٤)
التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة حول الأسباب الخاصة (مصدر المعلومة ملف حالات الإعاقة البدنية)

المجموع	معلومات غير متوفرة		معلومات متوفرة		العبارات		رقم العبارة
	%	ك	%	ك			
٣٠٧	٩٢	٢٨٤	٧٤	٢٣	أسباب الشلل الدماغية:		١
					نقص الأكسجين من الوصول إلى مخ الجنين بسبب نزيف مشيمي		
٣٠٧	٩٧	٣٠٠	٢٢	٧	إصابة دماغ الجنين برضوض أثناء الولادة		٢
٣٠٧	٩٩	٣٠٥	٠	٢	نزيف أو تجلط الدم في الدماغ		٣
٣٠٧	٩٩	٣٠٦	٠	١	أورام في الدماغ		٤
					أسباب الشق التنسلي:		
٣٠٧	٩٩	٣٠٤	٠	٣	أسباب وراثية		٥
٣٠٧	٩٩	٣٠٤	٠	٣	وجود فيروسات		٦
٣٠٧	٩٨	٣٠١	١	٦	عوامل ذات صلة بأسباب الشق التنسلي		٧
٣٠٧	٩٩	٣٠٤	٠	٣	عوامل متعددة (وراثية، مرضية، بيئية) لأسباب تليف المثانة		٨
					أسباب الضمور العضلي:		
٣٠٧	٩٥	٢٩٤	٤	١٣	عامل وراثي يوجد في تاريخ الأسرة		٩
٣٠٧	٩٩	٣٠٤	٠	٣	الجنين الجنسي المنحني		١٠

المجموع	معلومات غير متوفرة		معلومات متوفرة		العبارات	رقم العبارة
	%	ك	%	ك		
<u>أسباب الاضطرابات التنجسية:</u>						
٣٠٧	٩٣٫١٦	٢٨٦	٦٫٨٤	٢١	اضطراب كهرباء المخ	١١
٣٠٧	٩٩٫٣٥	٣٠٥	٠٫٦٥	٢	تشوه تكوين الأوعية الدموية	١٢
٣٠٧	٩٩٫٣٥	٣٠٥	٠٫٦٥	٢	إصابة المخ بنزيف	١٣
٣٠٧	١٠٠	٣٠٧	-	-	وجود أورام في المخ	١٤
٣٠٧	٩٧٫٣٩	٢٩٩	٢٫٦١	٨	عوامل أخرى ذات صلة بالاضطرابات التنجسية	١٥
<u>أسباب التهاب المفاصل الطفولية:</u>						
٣٠٧	٩٦٫٧٤	٢٩٧	٣٫٢٦	١٠	عوامل وراثية	١٦
٣٠٧	٩٩٫٦٧	٣٠٦	٠٫٣٣	١	عوامل أخرى غير وراثية ذات صلة بالتهاب المفاصل الطفولي	١٧

ملحق رقم (٥)
التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (مصدر المعلومة ملف حالات الإعاقة السمعية)

المجموع	معلومات غير متوفرة		معلومات متوفرة		رقم العبارة
	%	ك	%	ك	
فقدان السمع التوصيلي:					
١٢٠٧	٩١٫٩	١١٠٠	٨٫٩	١٠٧	١ وجود تشوهات في الأذن الخارجية
١٢٠٧	٩٧٫٥	١١٧٧	٢٫٥	٣٠	٢ وجود تشوهات في الأذن الوسطى
١٢٠٧	٩٥٫٥	١١٥٣	٤٫٥	٥٤	٣ وجود شمع أو صمغ في القناة السمعية
١٢٠٧	٩٥٫٠٠	١١٤٧	٥٫٠٠	٦٠	٤ التهابات الأذن الوسطى
فقدان السمع الحسي العصبي:					
١٢٠٧	٦٠٫١	٦٢٦	٣٩٫٩	٤٨١	٥ عوامل وراثية
١٢٠٧	٦٨٫٣	٨٢٤	٣١٫٧	٣٨٣	٦ عوامل مرضية
١٢٠٧	٩٢٫٦	١١١٨	٧٫٤	٨٩	٧ عوامل بيئية
١٢٠٧	٩٧٫٨	١١٨٠	٢٫٢	٢٧	٨ إشعاع
١٢٠٧	٩٩٫١	١١٩٦	٠٫٩	١١	٩ تسمم
١٢٠٧	٩٦٫٥	١١٦٥	٣٫٥	٤٢	١٠ حوادث متعددة
١٢٠٧	٨٨٫٣	١٠٦٦	١١٫٧	١٤١	١١ فقدان السمع المركب (عوامل مشتركة - وراثية + بيئية)
١٢٠٧	٨٤٫٩	١٠٢٤	١٥٫١	١٨٣	١٢ أسباب وعوامل أخرى غير معروفة

ملحق رقم (٦)
التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة (مصدر المعلومة ملف حالات الإعاقة البصرية)

المجموع	معلومات غير متوفرة		معلومات متوفرة		العبارات (الأسباب والعوامل)	رقم العبارة
	%	ك	%	ك		
٤٢٣	٩٧ر٢	٤١١	٢ر٨	١٢	مرض السكري	١
٤٢٣	٩١ر٥	٣٨٧	٨ر٥	٣٦	الجلوكوما أو المياه الزرقاء	٢
٤٢٣	٩٣ر١	٣٩٤	٦ر٩	٢٩	المياه البيضاء أو الكاتراكت	٣
٤٢٣	٩٤ر١	٣٩٨	٥ر٩	٢٥	مرض الشبكية بسبب زيادة الأوكسجين في الولادة المبكرة	٤
٤٢٣	٩٤ر٣	٣٩٩	٥ر٧	٢٤	التهاب الشبكية الصبغي	٥
٤٢٣	٨٣ر٥	٣٥٣	١٦ر٥	٧٠	العيب الخلقي في تكوين أجزاء الشبكية	٦
٤٢٣	٩٣ر٨	٣٩٧	٦ر٢	٢٦	الحول في العينين	٧
٤٢٣	٩٠ر٣	٣٨٢	٩ر٧	٤١	الرأفة السريعة في حركة العينين	٨
٤٢٣	٧٧ر٥	٣٢٨	٢٢ر٥	٩٥	أسباب وعوامل أخرى غير معروفة	٩

ملحق رقم (٧)
المؤشرات الأولية لوجود الإعاقة لدى الفئات الأربعة

المتغيرات	ك	%
مستوى تعلم الأم		
غير متعلمة	١٥٥٠	٤٩ر٢
ابتدائي	٧٨٢	٢٤ر٨
متوسط	٣٤٣	١٠ر٩
ثانوي	٢٩٥	٩ر٤
جامعي	١٣٢	٤ر٢
فوق جامعي	١١	٠ر٣
لم يحدد	٣٨	١ر٢
مستوى تعلم الأب		
غير متعلم	٧٢٥	٢٣
ابتدائي	٩١٣	٢٩
متوسط	٥٧٧	١٨ر٣
ثانوي	٤٩٥	١٥ر٧
جامعي	٣٤٩	١١ر١
فوق جامعي	٦٠	١ر٩
لم يحدد	٣٢	١ر٠
معرفة حالة الإعاقة بعد الولادة		
صفر - ١٥ سنة	٥٥	١ر٧
١٦ - ٢٥ سنة	١٤٧٨	٤٦ر٩
٢٦ - ٣٥ سنة	١٠٢٩	٣٢ر٧

المتغيرات	ك	%
٣٦ - ٤٥ سنة	٣٠٨	٩٨
٤٦ سنة فما فوق	٧	٠٢
لم يحدد	٢٧٤	٨٧
ترتيب الحمل بالطفل المعاق		
الحمل الأول	٥٨٤	١٨٥
الحمل الثاني	٥١٣	١٦٣
الحمل الثالث	٤٧٢	١٥٠
الحمل الرابع	٣٦٩	١١٧
الحمل الخامس	٣٣٠	١٠٥
الحمل السادس	٢٤٤	٧٧
الحمل السابع	١٥٧	٥٠
الحمل الثامن	١٤٧	٤٧
ما بعد الحمل الثامن	٢٦٤	٨٤
لم يحدد	٧١	٢٣
وقت معرفة الأسرة بوجود حالة الإعاقة		
أثناء فترة الحمل	٣٩	١٢
أثناء الولادة	١٣٠	٤١
بعد الولادة	٢٨٨٧	٩١٦
لم يحدد	٩٥	٣٠
معرفة حالة الإعاقة بعد الولادة		
العام الأول		
خلال السنة الأشهر الأولى	١١١٤	٣٥٤
خلال السنة الأشهر الثانية	٥٠٤	١٦٠
العام الثاني	٤٨١	١٥٣

المتغيرات	ك	%
العام الثالث	١٨٦	٥ر٩
العام الرابع	١٢١	٣ر٨
العام الخامس	٧٧	٢ر٤
العام السادس	٩٥	٣ر٠
العام السابع فما فوق	٣٢٤	١٠ر٣
لم يحدد	٢٤٩	٧ر٩
طرق معرفة حالة الإعاقة		
بواسطة الطب العام	٤٧٣	١٥ر٠
بواسطة طبيب الأطفال	١١٩٩	٣٨ر١
بواسطة طبيب النساء والولادة	١٦٥	٥٩ر٢
بواسطة القراءة والاطلاع	١٦٧	٥ر٣
بواسطة توعية وسائل الإعلام	٤٠	١ر٣
وسائل أخرى	٨٨٥	٢٨ر١
لم يحدد	٢٢٢	٧
مكان ولادة الطفل المعاق		
ولادة تمت في المستشفى	٢٥٢٩	٨٠ر٣
ولادة تمت في المنزل	٦١٢	١٩ر٤
لم يحدد	١٠	٠ر٣
ولادة في المنزل تحت إشراف طبيب	١١٦	٣ر٧
ولادة في المنزل بدون إشراف طبيب	٤٠٩	١٣ر٠
لم يحدد	٢٦٢٦	٨٣ر٣