

المجلد (١)، العدد (٣)، إبريل ٢٠١٤، ص ٢٧-٨٢

الأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية بالمملكة العربية السعودية

إعداد

أ.د/ عبدالله بن محمد الوابلي

أستاذ التربية الخاصة والإعاقة الفكرية

جامعة الملك سعود

الأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية بالمملكة العربية السعودية

أ.د/ عبدالله بن محمد الوابلي
(*)

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية بالمجتمع السعودي، وبيان ما إذا كانت تلك العوامل ترتبط بمجموعة من المتغيرات الديموغرافية التي ربما تزيد من احتمالية ظهورها، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العوامل العامة المرتبطة بفترات الحمل وأثناء الولادة وبعد الولادة، علاوة على تحديد طبيعة الأسباب الخاصة المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية.

ولقد أعد الباحث الأدوات المناسبة لتحقيق تلك الأهداف وتم تطبيقها على عينة مكونة من ١٢١٤ حالة تعاني من مستويات مختلفة من الإعاقة الفكرية، وقد حددت نتائج هذه الدراسة مجموعة من العوامل العامة والخاصة المساهمة في حدوث هذه الإعاقة على أنها تحمل بين طياتها مؤشرات الخطورة التي تلعب دوراً في ظهورها، وقد ناقش الباحث هذه النتائج في ضوء نتائج الدراسات الأخرى مع اقتراح التوصيات المناسبة لمنع تلك العوامل من الظهور أو الحد من ظهورها.

(*) أستاذ التربية الخاصة والإعاقة الفكرية، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية ، وعضو الهيئة الاستشارية للمجلة البريد الإلكتروني: wabli52@hotmail.com

مقدمة

إن الاهتمام بعنصر السلامة في عمومها لدى الإنسان جاء من منطلق أنه يمثل ركيزة أساسية في توازن العوامل التي تتطلبها صحة الفرد، وسلامة البيئة الطبيعية، وبالتالي تكون سلامة هذا العنصر مرتبطة أيضاً بطبيعة تلك العوامل والمؤثرات الواردة إليه والصادرة عنه، ولذلك تبدو الإعاقة بأشكالها ومستوياتها المختلفة تمثل نتيجة لاختلال واضطراب العوامل الداعمة لهذا العنصر كصحة الفرد والبيئة الطبيعية التي يعيش فيها.

وعلى هذا الأساس، فإن القلق حول العوامل البيولوجية المؤثرة سلباً على بنية الفرد الصحية، وكذلك آثار البيئات غير الآمنة وغير الصحية على سلامة وصحة الأفراد قد شكل هاجساً على المستوى الدولي، وخصوصاً لدى منظمة الصحة العالمية، ولدى الكثير من الباحثين الذين يرون بأن مصدر هذا القلق ينبع من الدلائل المتزايدة التي تشير إلى أن الأطفال سريعو التأثر بصفة خاصة، بل ربما يكونوا أكثر عرضة من البالغين لجميع المؤثرات السلبية المتعلقة برعاية صحة الفرد، وكذلك العوامل البيئية السالبة وما يندرج تحتها من مصادر متنوعة كاليئات المنزلية غير الآمنة، وتلوث الهواء والطعام والتربة بالمواد الكيميائية السامة، علاوة على المواد المادية كالإشعاع والضوضاء وغيرها (Valent, Little, Bertolini, et al., 2004).

وكجزء من هذا الاهتمام بالإنسان وسلامته البدنية والصحية والعقلية والنفسية... إلخ، شهد القرن العشرون تحولاً واضحاً نحو التركيز والاهتمام بأسباب الإعاقة من قبل الباحثين وبالتحديد من خلال المجالات الطبية والنفسية والاجتماعية، وقد زاد من مقدار هذا الاهتمام تطور التقنية في المجالات الثلاثة، بالإضافة إلى وضوح الهدف من وراء هذا الاهتمام الذي تجلّى في أن هناك حاجة إلى الكشف عن الأسباب والعوامل المساهمة في حدوث الإعاقة من أجل السيطرة عليها عبر إجراءات الوقاية ومستوياتها المختلفة، ولذلك نجد أن نتائج هذا الاهتمام قد يدعم الشروع في وضع السياسات والتشريعات المناسبة وما يتبعها من خطط استراتيجية قصيرة، أو بعيدة المدى التي بدورها ستعمل على مواجهة أو وأد عوامل الخطورة Risk factors في مهدها، وقبل أن تتسبب في حدوث الإعاقة، كما أنها تعمل أيضاً على مواجهة آثار الإعاقة في حالة حدوثها وقبل استفحالها وذلك من خلال تدابير معينة.

وقياساً على ذلك، نجد أن الإعاقة الفكرية هي في الحقيقة حصيلة لاضطراب مجموعة من العوامل التي قد يعزى سبب وجودها إلى الاعتبارات السابقة المتعلقة بعنصر السلامة لدى الإنسان، ولكن هذا العنصر وما يدور في دائرته من عوامل مؤثرة فيه ربما يختلف قياسه وتقديره من مجتمع إلى مجتمع آخر حسب مجموعة من الاعتبارات الثقافية والاقتصادية والاجتماعية، لذلك فإن مقدار مستوى الوعي بسلامة صحة الفرد يتفاوت بين المجتمعات البشرية بمقدار تفاوت العوامل السابقة وبالتالي نجد أن مستوى التباين قائم بين المجتمعات المتقدمة والنامية فيما يتعلق بتقدير وقياس عنصر السلامة لدى الأفراد، وعليه فمن المحتمل أيضاً أن تتباين المسببات والعوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية، وربما يكون هناك خصوصية ثقافية في تباين هذه المسببات كزواج الأقارب والذي ينتشر بدرجة واضحة في المجتمعات العربية والإسلامية، في حين مثل هذه الخصوصية ربما تتعدم في المجتمعات الأوروبية إلا في نطاقات ضيقة جداً كالمجتمعات اليهودية كإحدى الأقليات في المجتمع الأوربي التي تنحصر عملية التزاوج في مجموعتها الاثنية، أو الأقليات العربية والإسلامية التي تعيش في هذه المجتمعات. ومن هذا المنطلق، أصبح هناك حاجة للكشف أو التعرف على العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية وما يرتبط بها من متغيرات ديموغرافية حتى يتسنى للقائمين كل فيما يخصه العمل على وضع الترتيبات والتدابير المناسبة لمواجهة مثل هذه المسببات المحتملة ومكامن خطورتها على الفرد والمجتمع معاً.

أهمية الدراسة وأهدافها

لا يختلف اثنان على أهمية دراسة العوامل المساهمة بشكل مباشر أو غير مباشر في حدوث الإعاقة الفكرية، ولأن وجود هذه الإعاقة يشكل عبئاً ثقيلاً على المجتمع ومؤسساته المختلفة وتأتي الأسرة في مقدمة تلك المؤسسات التي تتأثر ويختل توازنها ودورها المتوقع تجاه تنشئة وحماية أفرادها، وهذا الأمر أيضاً ينسحب على بقية المؤسسات الاجتماعية الأخرى، حيث إن التعامل مع أفراد هذه الفئة ربما يستنزف في الغالب مزيداً من الوقت والجهد والمال، وبالتالي تمثل هذه الإعاقة مصدر ضغط على مقدرات ومدخرات الشعوب، وهذا بحد ذاته قد يكون كافياً لاستنزاف تلك الإمكانيات، ما لم يكن هناك استراتيجيات عملية لمواجهة ومبينة على أسس علمية وذلك للسيطرة على مثل تلك الظروف والعوامل المؤدية إلى حدوثها.

وعلى هذه الأساس، فإن أهمية الدراسة الحالية تكمن في محاولة الكشف والتعرف على مصادر عوامل الخطورة المؤدية إلى وجود الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي، وبذلك فإن دراسة تلك العوامل وما سوف تكشف عنه نتائج الدراسة تعتبر من الركائز الأساسية لعملية تخطيط وبناء وتنفيذ البرامج الوقائية والعلاجية (التدخلية) لإفراد هذه الفئة ومستوياتها المختلفة. كما أن لقلّة الدراسات المحلية والعربية المعنية بدراسة وتحليل العوامل المؤدية إلى أسباب الإعاقة بشكل عام والإعاقة الفكرية بشكل خاص قد تكون دافعاً قوياً وراء القيام بهذه الدراسة، كذلك ما ستوفره نتائجها من حقائق ومعلومات ربما يستفاد منها في مجالات مختلفة، كما سيكون لهذه النتائج قيمة علمية قد تزيد من رصيد معلومات البحث العلمي في هذا الجانب التي ستكون أيضاً منطلقاً آخر لعدد من الدراسات العلمية الأخرى التي بدورها ستعمل على بحث ودراسة هذه العوامل ولكن من زوايا وغايات مختلفة. وفي ضوء هذه الأهمية، فإن الدراسة الحالية تسعى إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- ١- معرفة طبيعة المتغيرات الديموغرافية التي تزيد من احتمالية ظهور العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية.
- ٢- معرفة الأسباب العامة المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية من خلال مرحلة:
 - (أ) ما قبل الولادة.
 - (ب) أثناء الولادة.
 - (ج) بعد الولادة.
- ٣- معرفة الأسباب الخاصة والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية.
- ٤- تقديم المقترحات والتوصيات المناسبة والمبنية في الأساس على نتائج الدراسة الحالية.

أسئلة الدراسة

- في إطار الأهداف السابقة، تحاول هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات التالية:
- ١- ما طبيعة المتغيرات الديموغرافية التي تزيد من احتمالية ظهور العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية؟
 - ٢- ما طبيعة الأسباب العامة المرتبطة بفترة الحمل والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي؟
 - ٣- ما طبيعة الأسباب العامة المتعلقة بفترة الولادة والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في

المجتمع السعودي؟

٤- ما طبيعة الأسباب العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي؟

٥- ما طبيعة الأسباب الخاصة التي تنفرد في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي؟

مصطلحات الدراسة

تعتمد مكونات وعناصر هذه الدراسة على العديد من المفاهيم والمتغيرات التي تتطلب تعريفاً إجرائياً يتم في ضوءها توجيه وتنظيم الإجراءات المنهجية للدراسة (كالعينة، وبناء أدوات الدراسة)، كذلك الاعتماد عليها في مناقشة وتفسير نتائج الدراسة، وهذه المفاهيم والمتغيرات تمثل في مجملها مصطلحات الدراسة وفقاً لما يلي:

■ الإعاقة الفكرية: حالة من القصور الواضح في الأداء الوظيفي العقلي وكذلك في السلوك التكيفي الذي يظهر في المهارات التكيفية المفاهيمية، والعملية الاجتماعية، وهذه الإعاقة تحدث قبل سن الثامنة عشر (Schalock, et al., 2010, 2012).

■ درجة الإعاقة: يقصد بها المستويات التي تعكس حدة وشدة الإعاقة التي تظهر على شكل مستوى بسيط، ومتوسط، وشديد، وحاد. وهذا التوزيع يعتمد على عامل الذكاء دون غيره (IQ).

■ الأسباب العامة: مجموعة العوامل والظروف المحتملة التي تساهم في حدوث عدد من الإعاقات بما فيها الإعاقة الفكرية.

■ الأسباب الخاصة: مجموعة من العوامل والمتغيرات التي تنفرد في حدوث الإعاقة الفكرية دون غيرها.

■ الأمراض الوراثية: تلك الأمراض التي تحدث كنتيجة لاضطرابات أو خلل في تركيبية أو وظيفة الجينات الموروثة والكروموسومات بأنواعها ومستوياتها المختلفة.

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

■ الأمراض المعدية: ويقصد بها الأمراض التي تنتقل إلى الجنين أثناء الحمل وبعد الولادة

- كأمراض الزهري، والحصبة الألمانية، ومرض نقص المناعة (الإيدز)... إلخ.
- المناطق: ويقصد بها المناطق الجغرافية الخمس للمملكة العربية السعودية التي تمثل في مجملها جميع المدن والمحافظات التي تتألف منها المناطق الإدارية الثلاث عشرة وهي:
 - ١- المنطقة الوسطى: وتشمل الرياض والقصيم.
 - ٢- المنطقة الغربية: وتشمل منطقة مكة المكرمة والمدينة المنورة.
 - ٣- المنطقة الشرقية: وتشمل الدمام والإحساء والخبر والقطيف.
 - ٤- المنطقة الشمالية: وتشمل الجوف وحائل وتبوك، والحدود الشمالية.
 - ٥- المنطقة الجنوبية: وتشمل نجران وجيزان والباحة وعسير.
 - جهات تقديم الخدمة: هي تلك الجهات الحكومية التي تقدم خدمات تعليمية أو تأهيلية للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في مختلف مناطق المملكة كوزارة التربية والتعليم ووزارة الشؤون الاجتماعية.

الدراسات السابقة

لقد وجدت لكزان وزملاؤها (Luckasson, et al., 1992) ٤١٩ عاملاً تمثل أهم العوامل المسببة والمحتملة في حدوث الإعاقة الفكرية، علماً أن هذه العوامل في مجملها تمثل حوالي ١٠٪ من الأسباب المعروفة، في حين ٩٠٪ من الأسباب غير معروفة. ومن بين هذه العوامل يوجد ٢٧٣ عاملاً من العوامل المحتمل أن تكون سبباً وراء حدوث هذه الإعاقة خلال مرحلة الحمل، وهذا يعني أن العوامل المرتبطة بهذه المرحلة تمثل ٦٠٪ من بين مجموع العوامل المعروفة، وبشيء من التفصيل توزعت هذه العوامل ما بين الاضطرابات الصبغية والوراثية، واضطرابات الأعراض المتلازمة، والأخطاء الولادية الإيضية، والاضطرابات النمائية ذات العلاقة بتركيبية وتكوين الدماغ، بالإضافة إلى التأثيرات البيئية.

من جهة ثانية، أوضحت لكزان وزملاؤها (Luckasson, et al., 2002) أن البحث العلمي قد أثبت ما يقدر لـ ٥٠٪ من حالات الإعاقة الفكرية تعزى لأكثر من سبب واحد، وهذا يؤكد أن هذه الإعاقة غالباً ما تكون نتيجة لتأثيرات مركبة أو متفاعلة بين أكثر من عامل، علماً أن الأسباب المعروفة والتي تمثل عوامل محتمل أن تساهم في وجود الإعاقة الفكرية مختلف

عليها أيضاً بين الباحثين، وعلى نسبة حدوثها وذلك لاعتبارات منهجية، فهناك من يرى أن الأسباب المعروفة التي تكمن في حدوث هذه الإعاقة تتراوح ما بين ١٠٪ إلى ٢٠٪ من الحالات. ليس هذا فحسب، بل لا زال الاختلاف قائماً حول هذه النسب، وأيضاً حول كمية العوامل المسببة سواء كانت هذه العوامل مفردة أو ثنائية في التأثير كأسباب لحدوث هذه الإعاقة (Hallahan & Kauffman, 2000 & Cimera, 2006).

على العموم، أن قوة وتأثير عوامل الخطورة المحتمل مساهمتها في حدوث الإعاقة تتوقف أيضاً على مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والظروف التي تغلف حياة الفرد سواء كان ذلك خلال فترة التكوين الجنيني أو ما يتلوها من فترات أخرى أكثر حساسية وخطورة، وقد تشمل هذه الظروف والمتغيرات على الحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة وما يترتب عليها أيضاً من نتائج قد تنعكس على مستوى تعليم الزوجين، مستوى التغذية وكذلك الرعاية الأولية والطبية للأم الحامل، والاستقرار النفسي للأسرة، يضاف لها من المتغيرات الأخرى كمستوى قرابة الزوجين، عمر زواج الأم، عدد الولادات وتكرارها (Abuelo, 1991, Rowitz, 1991, Scola, 1991 and Croeny Grether & Selvin, 2001). إن خروج هذه الظروف والمتغيرات عن سياقها الطبيعي لأسباب مختلفة قد يترتب عليها اضطراب في وظائفها المحتملة مما يخلق ظروفاً جديدة غير مناسبة لهذا الكائن البشري قد يؤدي أبعاده التكوينية المختلفة. ولكن قوة هذا الضرر الناجمة عن هذه المتغيرات أو الظروف تحددها طبيعة الفترة الزمنية التي وقع فيها. لذلك ينظر إلى هذه المخاطر وأهمية التعامل معها من منظور حساسية الفترات الزمنية وتأثيراتها المحتملة على الأبعاد التكوينية للفرد.

ومن هذا المنطلق، نجد أن الدراسات والأبحاث المعنية بعوامل الخطورة التي يحتمل أن تكون وراء حدوث الإعاقة الفكرية بمستوياتها المختلفة قد أخضعت هذه العوامل للفحص والتحليل عبر ثلاث مراحل زمنية متفاوتة في توقيتها وطبيعتها تأثيرها والمحصورة في مرحلة ما قبل الولادة Prenatal، ومرحلة الولادة Perinal، ومرحلة ما بعد الولادة Postnatal. وبهذا الخصوص نذكر كل من (Rantallio & Wendi, 1985) أن (١٢.٠٠٠) حالة ولادة جديدة في شمال

فنلندا لعام ١٩٦٠، وتم متابعتها حتى عمر ١٤ سنة، تم لاحقاً تحديد ٣٢٦ طفلاً يعانون من حالة الإعاقة الفكرية، حيث وجد الباحثان أن حالات تشخيص عوامل الخطورة بين مجموعة الإعاقة الفكرية خلال فترة ما قبل الولادة Prenatal تظهر في العوامل الوراثية والصبغية، والخلقية، بالإضافة إلى الالتهابات الرحمية، في حين تمثل الخطورة خلال فترة الولادة perinatal في عوامل الإصابة الدماغية، أو النزيف، أو الاختناق أو نقص الأكسجين، بالإضافة إلى مدة الحمل التي تقل عن ٣٧ أسبوعاً وأيضاً وزن المولود الذي يقل عن ٢٥٠٠ غرام، بينما تتجلى الخطورة في مرحلة ما بعد الولادة postnatal في مجموعة من العوامل التي تظهر بعد الشهر الأول من الحياة حتى سن الرابعة عشر، هذه العوامل تشمل الإصابات الدماغية، الغرق، النزيف بداخل الدماغ، التهاب السحايا الجرثومية وغيرها، ولكن ما وجدته الباحثان بين مجموعات الإعاقة الفكرية بأن الإعاقة الفكرية الشديدة غالباً ما ترتبط بعوامل ما قبل الولادة وذلك بنسبة (٦٤٪)، يليها الحالات البسيطة التي ترتبط أكثر بعوامل مرحلة الولادة وبنسبة (٢٧٪) وكذلك عوامل مرحلة ما بعد الولادة (١٢٪)، في حين جاءت الحالات الشديدة أقل ارتباطاً بعوامل مرحلة الولادة بنسبة (١٨٪) ومرحلة ما بعد الولادة (٤٪).

وفي دراسة أخرى، أجرى كل من (Lamont & Dennis, 1988) دراسة لتقييم عوامل الخطورة لدى حالات الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث وجدوا من بين (١٦٩) طفلاً مسجلين في مدارس الإعاقة الفكرية البسيطة ما نسبته (٤٢٪) ٧١ طفلاً يعانون في الأساس من عوامل خطورة طبية موزعة على الفترات الزمنية الثلاث التالية (٢٢) طفل ظهرت عوامل الخطورة الطبية خلال فترة الحمل وبنسبة (٣١٪)، في حين (٤١) طفلاً حدثت عوامل الخطورة لديهم أثناء فترة الولادة وبنسبة (٥٨٪)، بينما جاءت مرحلة ما بعد الولادة لبقية الأطفال لتمثل ما نسبته من عوامل الخطورة (١١٪) غير أن عوامل الخطورة التي تكمن في العوامل البيئية مثلت حوالي (٥٨٪) للجزء الأخير من مجتمع الدراسة الذي يمثل ٩٨ طفلاً، ولذلك أظهرت نتائج الدراسة أن من بين عينة الدراسة وجود ٨٦ طفلاً لدى أبويهم معاً خلفية تاريخية تتمثل في أنهم يعانون من مشكلات تربوية وتعليمية (كالأمية أو شبه الأمية، بل البعض منهم قد درس في برامج التخلف

العقلي البسيط)، ولكن الغالبية من هؤلاء الآباء الذين يمثلون (٧٧٥) لديهم أطفال تعود أسباب إعاقتهم الفكرية إلى أسباب غير الأسباب الطبية، وفي الغالب تكمن عوامل الخطورة في البيئة التي يعيش فيها الأطفال ومن بينها ظروف الوالدين التعليمية. وفي دراسة لمعرفة المسببات المرضية والوبائية لدى مجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية في تايوان الذي بلغ عددهم (١١٨٩٢) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين ٦ إلى ١٨ سنة، وجد كل من (Hou, Wong & Chuang, 1998) أن (٨٠٨٧) طفلاً من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة والشديدة الحادة لديهم أسباب معروفة ونسبة (٦٨٪) موزعة على المراحل الزمنية التالية مرحلة ما قبل الولادة (٥٥.٢٪)، وهذه الأسباب تشمل عوامل جينية وصبغية، وعوامل متعددة بالإضافة إلى العدوى الخلقية المكتسبة أثناء الحمل، في حين جاءت مرحلة الولادة ونسبة (٩.٥٪) لتشمل مجموعة من الأسباب والعوامل مثل نزيف في الدماغ سواء في الولادة المبكرة أو بدونها، كذلك تدني مستوى الدرجات الحيوية لدى المولود الجديد على اختبار Apgar الذي يقيس دقات قلب، ومستوى التنفس، ولون الجلد... إلخ. بينما مثلت مرحلة ما بعد الولادة مجموعة من الأسباب (٣.٣٪) كإصابة الجهاز العصبي المركزي بالعدوى، إصابات الرأس، أورام الدماغ... إلخ، وأخيراً جاءت الأسباب غير المعروفة لدى أفراد هذه الفئة لتشكّل ما نسبته (٣٢٪).

وفي دراسة نرويجية لمجموعة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة والبسيطة (١٧٨) تم اختيارهم من بين (٣٠٠٣٧) طفلاً مولودين ما بين ١٩٨٠ و ١٩٨٥، حيث بلغ عدد حالات الإعاقة الفكرية الشديدة ٧٩ حالة، والبسيطة ٩٩ حالة، وجاءت أسباب إعاقتهم وفقاً لما يلي: حالات الإعاقة الفكرية الشديدة تعود أسبابها إلى الأسباب المرضية البيولوجية بنسبة (٩٦٪)، في حين شكّلت الأسباب المرضية لدى حالات الإعاقة البسيطة (٦٨٪) وبالتالي جاءت الأسباب المرضية والبيولوجية بكلا المجموعتين معاً موزعة على المراحل الزمنية التالية: مرحلة ما قبل الولادة (٥٩٪) والتي غطت عوامل جينية وصبغية ومتلازمات محددة بالإضافة إلى تأثير عوامل بيئية مكتسبة، بينما شكّلت عوامل الخطورة في مرحلة الولادة ما نسبته (٤.٥٪) وفي مرحلة ما بعد الولادة حوالي (٣٪)، علماً أن العوامل الجينية بمستوياتها المختلفة شكّلت

(٣٥٪) من العوامل المضطربة لدى المجموعتين خلال مرحلة ما قبل الولادة (Stromme & Hagberg, 2000).

إن الخلاصة المستخلصة من نتائج هذه الدراسات تؤكد على حقيقة إلى حد ما ثابتة وهي أن معظم عوامل الخطورة لحدوث الإعاقات الفكرية بمستوياتها المختلفة تكمن في مرحلة ما قبل الولادة prenatal، ولكن تشكل الاضطرابات الجينية والصبغية والعوامل الخلقية المضطربة النسبة الغالبة والمرتفعة وعلى وجه الخصوص في حالات الإعاقات الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة.

وبصرف النظر عن هذه الأرقام والنسب، إلا أنه يظل هناك صعوبة في تحديد أي العوامل الوراثية أو البيئية أكثر تأثيراً في حدوث الإعاقة الفكرية (Hallahan & Kauffman, 2000)، مما يؤكد على أهمية النظر بعين الاعتبار في مثل هذه العوامل وتأثيراتها بصورة مشتركة ومتفاعلة، خصوصاً أن العديد من العوامل والأسباب لا ينحصر تأثيرها في وجود إعاقة بعينها، بل ربما تكون سبباً محتملاً وراء وجود عدد من الإعاقات، وبالتالي فإن الإعاقة الفكرية تشترك مع غيرها من الإعاقات في أسباب حدوثها.

وتعتبر الأمراض المعدية كأحد الأسباب العامة والرئيسية في حدوث الإصابة بأنواع مختلفة من العجز أو الإعاقات، لذلك أشار كل من William & Demmer الذي ورد في (Hallahan & Kauffman, 2000) إلى أنه يولد على الأقل (٤٠.٠٠٠) طفلاً سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية بأمراض ولادية معدية، ويشمل هذا مرض الحصبة الألمانية، وتسمم الرحم (توكسوبلازما) ومرض الزهري، بالإضافة إلى أنواع من أمراض القوباء (الهربس). وفي سبيل الكشف عن مسببات بعض الأمراض المعدية كأحد الأسباب العامة في حدوث الإعاقات الفكرية، قام الفورد (Alford, 1988) بدراسة مرض القوباء المعدي (الهربس) حيث ركز في دراسته على النوع الثاني المسمى (CMV)، وذكر أن هذا النوع يعتبر من الأمراض الخطيرة والمعدية والتي دائماً تتعرض بداخل رحم الأم. وفي دراسة مجموعة من الحالات المصابة بهذا المرض المعدي، أشار الباحث إلى أن حوالي (٣٦٠٠) رضيع يولدون سنوياً في الولايات

المتحدة الأمريكية بهذا المرض المزمن والذي يتناثر في الحنجرة أو البول وذلك بعد سنوات من الولادة، غير أن مستوى العدوى ونتائجها تتفاوت في حدوثها بين هذه المجموعة، ولكن من أبرز وأخطر هذه النتائج أنه ما بين ٨٠٪ على ٩٠٪ من بين (٣٦٠٠) يبكون على قيد الحياة، ولكن مع تلف شديد يصيب الجهاز العصبي المركزي وكذلك الجهاز العضوي الإدراكي، ويبدو من خلال هذه النتيجة أن حالات الإعاقة الفكرية الشديدة والحادة إحدى نتائج هذا المرض المعدي، وهذا ما أكدته دراسة (Scola, 1991) التي راجعت مجموعة من الدراسات التي أظهرت نتائجها أن الالتهابات الأمومية المعدية (الحصبة، الهربس، تسمم البلازما، وفيروس تضخم الخلايا) التي تنتقل إلى الجنين ويحتمل أن تؤثر عليه أثناء فترة الحمل أو خلال فترة الولادة أو تبرز تأثيرها ما بعد الولادة، هذه التأثيرات قد تؤدي إلى مجموعة من الإعاقات لعل من أبرزها الإعاقة الفكرية. ومن جانب آخر أشار رويتز (Roitz, 1991) إلى مجموعة من عوامل الخطورة التي يحتمل أن تكون وراء حدوث العديد من الإعاقات ومن بينها الإعاقة الفكرية حيث رصدت تقارير منظمة الصحة الدولية التي تقصت هذه العوامل في دول العالم النامي مقارنة بالدول الصناعية، حيث تبين من هذه التقارير الصادرة في عام ١٩٨٥م أن هناك مجموعة معينة من عوامل الخطورة تحدث في الدول النامية أكثر من الدول المتطورة مثل سوء التغذية، الالتهابات الأمومية بالإضافة إلى سوء الرعاية الطبية أثناء الولادة. وبخصوص عامل سوء التغذية Malnutrition رصد رشيد (Rasheed, 1999) أن أكثر نصف الوفيات التي تحدث لدى أطفال العالم تعود أسبابها إلى سوء التغذية، مع أنه مرض غير معدٍ، إلا أن أضراره تمتد إلى الملايين من الأطفال الأحياء مع نتيجة وجود إعاقة كإعاقة البدنية وإعاقات الأمراض المزمنة، بالإضافة إلى الإعاقة الفكرية، لذلك فإن سوء التغذية ليس محصوراً على الدول النامية، بل أيضاً منتشر في الدول الصناعية، ومن أبرز أسباب هذا العامل هو نقص فيتامين (أ) (Vitamin A) والذي يسبب أضراراً كثيرة منها الإعاقة البصرية أو يصيب نظام المناعة بخلل. أما السبب الآخر وهو نقص اليود (Iodine deficiency) الذي قد يتلف القدرة العضلية ويسبب درجات متنوعة من الإعاقة الفكرية الذي يظهر على شكل القماءة.

وتعتبر الولادة المبكرة أو غير المكتملة أو حالات الرضع ذات الأوزان المنخفضة من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بأنواع مختلفة من ضروب العجز أو الإعاقة. ففي مراجعة لعدد من الدراسات حول هذا الموضوع، تعرفت كوتر (Cootes, 1988) على عدد من المتغيرات ذات العلاقة بتلك الحالات، حيث وجدت مايلي:

- هناك علاقة وثيقة بين سلوك الأم الغذائي ونتائج الحمل، بعبارة أخرى، إن زيادة وزن الأم أثناء الحمل مرتبط بشكل ثابت بزيادة وزن الجنين.
- 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.
- هناك علاقة بين الضغوط النفسية والجهد البدني من جهة، والولادة غير المكتملة وانخفاض أوزان المواليد.

وفي دراسة أخرى، أشار سكت (Scot, 1988) إلى أن حدوث الولادة المبكرة وغير المكتملة أو عدم حدوثها يتوقف على عدد من المتغيرات مثل عمر الأم، مستوى تعليم الأم، الجذور العرقية للأم، طبيعة الرعاية بأنواعها ومستوياتها المختلفة أثناء الحمل، بالإضافة إلى شرعية الحمل. لذلك نجد هذه المتغيرات المرتبطة بالولادة المبكرة وغير المكتملة كانت سبباً مباشراً في حدوث عدد من الإعاقات المختلفة وعلى رأسها الإعاقة الفكرية.

من جانب آخر، تعتبر عوامل البيئة المادية والنفسية والاجتماعية إحدى المصادر التي ينظر إليها على أنها أحياناً تشكل مكمناً لعوامل الخطورة المساهمة في حدوث العديد من الإعاقات، بما فيها الإعاقة الفكرية. وفي نطاق العوامل البيئية المادية، تشكل مجموعة معينة من هذه العوامل خطورة على الوضع الصحي للكائن البشري سواء قبل الولادة أو بعد الولادة وذلك في حالة تعرضه لها، ويأتي التلوث البيئي بأنواعه ومصادره في مقدمة تلك العوامل التي ربما تشكل خطورة على حياة الفرد، قد تصل نتائجها إلى الوفاة، أو العجز. وفي هذا الشأن راجع مندولا وزملاؤه (Mendala, Selevan, Gutter, & Rice, 2002) العديد من الدراسات

التي حاولت رصد تأثير العوامل البيئية المادية على الجهاز العصبي، حيث وجدوا أن تعرض فترة الولادة والطفولة إلى مستويات عالية من جرعات الرصاص قد تسبب في اعتلال الدماغ وكذلك وجود تشنجات، بينما التعرض لمستويات منخفضة منه قد تصاحبه اختلال الأداء الوظيفي العقلي وعملية الانتباه.

من ناحية ثانية، فإن تعرض الأم أثناء الحمل لمستويات عالية من الزئبق الذي قد يؤدي الجهاز العصبي لدى الجنين مما ينتج عن ذلك العديد من الإعاقات الفكرية والشلل الدماغي بالإضافة إلى الإعاقات الجسمية، وهذه التأثيرات تسمى بالسميات العصبية Neurotoxic، بينما تكون تأثيراتها على المستويات المنخفضة في الأطفال أكثر حدة. علاوة على معدني الرصاص والزئبق وجد الباحثون مجموعة من العوامل التي تسمى بالسمية العصبية التي تؤثر على البعد النمائي العصبي من ضمنها متعدد الكلور من مركبات ثنائي الفينيل (polychlorinated biphenyls) الديوكسين (dioxin) والمبيدات، والإشعاع بالإضافة إلى استخدام الأم للكحول والتدخين، أو استعمال المروانة والكوكايين، إن التعرض لهذه السموم أثناء فترة الحمل قد ينتج عنها مجموعة من النتائج السلبية بدءاً من الإعاقة الفكرية الشديدة وانتهاء بتلك التغيرات الأكثر شدة في الوظيفة الأدائية للفرد، وهذا الأمر يتوقف على زمن التعرض للمواد الكيميائية وكذلك مستوى كمية الجرعة بها. وفي إحدى الدراسات التي تقيس أثر العوامل المادية والإصابات على الأطفال في سن مبكرة وكذلك المراهقين في المجتمع الأوروبي، حيث وجد فالنت وزملاؤه (Valent, et al., 2004) أن من بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (صفر - ٤ سنوات) يوجد ما نسبته (١.٨٪) إلى (٦.٤٪) من الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب التي تعزى إلى تلوث الهواء الخارجي، فعلى سبيل المثال، نجد أن التهابات الجزء السفلي من الجهاز التنفسي التي تعود أسبابها على هذا التلوث قد تشكل (٤.٦٪) بين جميع الوفيات، و (٣.١٪) لحدوث الإعاقة، بينما يكون سبب الإعاقة الفكرية يتمثل في التعرض للرصاص والذي يشكل (٤.٤٪).

أما فيما يتعلق بالأعمار من (صفر - ١٤ سنة) وجد أن الإسهال الذي يحدث بسبب

المياه غير الصحية كمياه المجاري يشكل (٥.٣%) بين جميع الوفيات، بينما (٣.٥%) يمثل حدوث الإعاقات المختلفة، وفي المجموعة العمرية من (صفر - ١٩ سنة) وجد أن الإصابات الناجمة عن أسباب متنوعة تمثل (٢٢.٦%) بين جميع الوفيات، و (١٩%) لجميع الإعاقات. علاوة على ذلك تعتبر البيئة الاجتماعية النفسية من العوامل التي بمقدورها أن تلعب دوراً مؤثراً سواء كان ذلك سلباً أو إيجاباً في البعد النمائي للفرد، وعلى وجه التحديد البعد العقلي مع عدم إغفال الاستعداد الوراثي لدى الفرد. وبالتالي فقد تم دراسة العديد من حالات الإعاقة الفكرية في إطار النمط البيئي الاجتماعي والنفسي التي تعيشه تلك الحالات سواء أثناء الحمل أو بعد تلك الفترة، حيث راجع كل من (MacMillan, 1982, Evena, 1983, & Beirne-Smith, et al., 2006) مجموعات من الدراسات المعنية بتأثير المتغيرات الاجتماعية والنفسية على الأفراد، ولقد خلصوا إلى مجموعة من هذه المتغيرات ذات العلاقة لوجود الإعاقة الفكرية ومن أهمها:

- وجود علاقة بين الوضع الاقتصادي والاجتماعي المتدني للأم و الإعاقة الفكرية.
- هناك علاقة بين الزواج المبكر جداً (أقل من عشرين سنة) والولادة المبكرة من جهة والإعاقة الفكرية من جهة أخرى.
- وجود علاقة بين فترات الحمل المتقاربة وكذلك الإعاقة الفكرية.
- هناك علاقة بين بيئة الأم ذات الضغوط النفسية العالية واضطراب الحمل الذي ربما يؤدي إلى ولادة غير مكتملة وبالتالي قد تكون إحدى نتائجها الإعاقة الفكرية أو غيرها من الإعاقات الأخرى.
- وجود علاقة وثيقة بين ضعف الرعاية الغذائية والطبيعية للأم الحامل من جهة أخرى.
- هناك علاقة قوية بين الحرمان الثقافي ووجود الإعاقة الفكرية.

كذلك يمثل زواج الأقارب أحد أهم العوامل المساهمة في حدوث العديد من الإعاقات المختلفة ومن بينها الإعاقة الفكرية، لذلك أوضحت إحدى الدراسات أن زواج الأقارب consanguinity يعتبر اتجاه اجتماعي متجذر في (١/٥) المجتمع العالمي بما يعادل مليار

شخص لديهم الاهتمام والرغبة بهذا النوع من الزواج، وهذا يتركز في الغالب في الشرق الأوسط وآسيا الغربية، وشمال أفريقيا، علاوة على هؤلاء المهاجرين من هذه المجتمعات السابقة والمقيمين في أمريكا الشمالية، وأوروبا وأستراليا، وفي ظل هذا التوجه، فإن الأسرة التي لديها أطفال من ذوي الإعاقة، ليس لديهم اضطرابات جينية، فإن الاحتمالية قد تعزى مخاطرها إلى زواج الأقارب من الدرجة الأولى الذي تزيد فيه احتمالية المخاطر بالضعف فبدلاً من ٢.٥٪ فإن الاحتمالية قد تزيد على ٥٪ (Hamamy, 2012). كذلك فإن المجتمعات العربية والإسلامية قد لا تخلو من آثار زواج الأقارب على صحة الأفراد وعلى عملية الإنجاب، فقد أورد كل من (Tadmouri, Nair, Obeid, Alali & et al., 2009) أن العديد من الأقطار العربية تظهر معدلات عالية من زواج الأقارب في العالم، وبالتحديد في جانب زواج الأقارب من الدرجة الأولى الذي تراوحت معدلاته في هذه البلدان ما بين ٢٥٪ إلى ٣٠٪.

وقد أشار الباحثون إلى أن الأبحاث العلمية أثبتت فيما لا يدعو إلى الشك وجود آثار لهذا الزواج على عملية الإنجاب حيث أظهرت النتائج ارتفاع معدلات الوفيات بعد الولادة، وكذلك معدلات التشوهات الخلقية... إلخ.

وبشيء من التفصيل وجد الحازمي وآخرون (El-Hazmi, Al-Sawailem, Warsy, et al., 1995) أن زواج الأقارب consanguineous marriage في المجتمع السعودي يعد من المعدلات العالية، حيث بلغ (٥٨٪)، ويأتي زواج أبناء العمومة من الدرجة الأولى في المقدمة وبنسبة (٢٨.٤٪) يليه زواج من ذوي القربى البعيدين بمعدل (١٥.٢٪)، بينما جاء زواج أبناء العمومة من الدرجة الثانية في المرتبة الأخيرة بنسبة (١٤.٦٪). وأشار الباحثون أن لهذا الزواج في عمومها عواقب محتملة قد تؤدي إلى اضطراب الجينات، وهذا بدوره يخلق العديد من المشكلات أبرزها الوفيات والاعتلال الصحي المؤدي إلى الإعاقة، ولكن هذه المعدلات العالية لم تعد بنفس النسب السابقة، حيث لوحظ في إحدى الدراسات انخفاض في معدلات زواج الأقارب في المجتمع السعودي (Sagger & Bittle, 2008)، إلا أن الباحثان أكدوا أن خطورة هذا النوع من الزواج تظل قائمة في إنجاب العديد من الإعاقات وعلى رأسها الإعاقة الفكرية، وهذا ما أكدته

أيضاً إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع السعودي، حيث وجدت علاقة بين زواج الأقارب وحوادث الإعاقات وبالتحديد الإعاقة الفكرية التي مثلت نسبة الخطورة بما يعادل (٢.٥٦٪ مع نسبة ٩٥٪ من مدى الثقة ٢.٧-١.٥٣) (Nounou, Ali, and Shalaby, 2012) وفي دراسة أخرى أجراها السكيت (Al-Sukait, 1992) في منطقة القصيم بالمملكة العربية السعودية التي سعت في معرفة حجم الإعاقة ومسبباتها، لقد وجد أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين وجود الإعاقة والزواج من الأقارب وخاصة القرابة من الدرجة الأولى، حيث أكدت نتائج الدراسة أنه كلما زادت درجة صلة القرابة من الوالدين ارفع معدل انتشار الإعاقة وخصوصاً الإعاقات الفكرية المختلفة (كعرض داون). ولكن جاءت نتائج دراسة المازن وزملائه (Al-Mouzan, Al-Salloum, et al., 2008) لتخالف نتائج الدراسات التي سبقتها، حيث فحصت هذه الدراسة مجموعة من الأطفال المعوقين بمدينة جدة، ووجدت أن احتمالية الخطورة ما بين زواج الأقارب واضطراب الجينات غير قائمة، حيث لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية ما بين هذا النوع من الزواج وعلى وجه الخصوص زواج القرابة من الدرجة الأولى ومتلازمة داون، وكذلك أيضاً مرض فقر الدم المنجلي، إلا في حالة واحدة وهي التشوهات الخلقية وبدلالة إحصائية هامشية.

من جهة ثانية، تنتشر ظاهرة زواج الأقارب في المجتمعات الإسلامية سواء على مستوى البلدان أو على مستوى الجاليات في البلدان الأوربية. ففي دراسة أجريت في إيران، أوضح محمادي وزملاؤه (Mohammadi, Hooman, Afrooz, et al, 2012) أن زواج الأقارب من الدرجة الأولى أو أي مستوى آخر يمثل مصدر خطورة على حياة الأطفال الرضع من ذوي الإعاقة، حيث وجدوا أن زواج الأقارب تزيد بشكل واضح أعداد الولادات من الأطفال المعوقين، كذلك وجدوا أن معدلات وفيات الرضع من المعوقين لدى أمهات لديهم ارتباط بهذا النوع من الزواج أعلى منها لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال عاديين، كما أن معدل وفيات الرضع من ذوي الإعاقة لأمهات تربطهن بزواج الأقارب أعلى منه لدى الأطفال من أمهات لا يرتبطن بهذا النوع من الزواج. وعلى مستوى دولة بنجلاديش، وجد ديركن وزملاؤه (Durkin, Khan, Davidson & et al., 2000) أن زواج الأقارب من الدرجة الأولى يرتبط ارتباطاً قوياً بوجود

الإعاقة الفكرية الشديدة وذلك في المناطق الريفية دون المناطق الحضرية. كذلك وعلى الرغم من انتشار زواج الأقارب بمستوياته المختلفة في باكستان، إلا أن بعض الدراسات أظهرت نتائج تخالف الدراسة السابقة، حيث لم تجد دراسة ديركن وزملائه (Durkin, Khan, Davidson & et al., 2000) التي أجريت على مناطق ريفية وحضرية في الباكستان أي علاقة ارتباطية من زواج الأقارب وحدث الإعاقة الفكرية بمستوياتها البسيطة أو الشديدة سواء كان ذلك في المناطق الريفية أو الحضرية. كذلك دراسة يعقوب وزملائه التي أجريت في مدينة لاهور بالباكستان (Yaqoob & et al., 2004) التي لم تظهر نتائجها أي علاقة ما بين زواج الأقارب وحدث الإعاقة الفكرية البسيطة، مع أن هذا النوع من الزواج يمثل عوامل الخطورة في حدوث الإعاقات الفكرية الشديدة في الباكستان.

فيما يتعلق بالأسباب الخاصة *specific causes*، يلاحظ أن أسباب الإعاقات النمائية والفكرية قد تعزى إلى عوامل خطورة محددة (خاصة) قد تنفرد بها عن غيرها من الإعاقات، وبالتالي نجد الاضطرابات الجينية والصبغية قد يكون أحد أسباب اختلالها أو اضطرابها مجموعة من العوامل المرتبطة بالمتغيرات والظروف البيئية التي تحدث أثناء فترة الحمل التي بدورها تؤثر على الجينات وسياقها الوظيفي الطبيعي ضمن إطار قانون ماندل الوراثي، لذلك يحدث الاضطراب ليمتد تأثيره إلى الصبغيات (كروموزومات) وما يترتب على ذلك من وجود شذوذ في الصبغيات، وبالتالي ذكر (Moser, 2004) أنه مع ظهور مشروع الأبحاث الجينية genome project تم التعرف في آخر إحصاء على (٨٧٣٧) حالة لديها تشوهات جينية، كان التخلف العقلي يمثل فيها (٤٩٢) حالة، وهذا يعني أن الإعاقة الفكرية التي تعود أسبابها إلى اضطراب جيني تمثل حوالي (٥.٦%) بين مختلف حالات هذه الإعاقات. كذلك وجود متلازمات محددة، واضطرابات نمائية، ومن جانب آخر أوضح (Chelly, et al., 2006) أن الإصابة الجينية قد تكون مسؤولة عن ٢٥ إلى ٥٠% من حالات الإعاقة الفكرية الشديدة، ولكن النسبة الدقيقة تتمثل في أن ٥% من حالات الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة وبنسبة أقل في الحالات البسيطة تعود أسبابها لتلك الاضطرابات الجينية والصبغية. وهناك العديد من الأبحاث

والدراسات (Abuelo, 1991, Pueschel, et al., 1991, flint & Wilkie, 1998, Moser, 2004, Brosco, Mattingly & Sanders, 2004, Cimera, 2006, Chelly, Khelfaoui, Francis, et al., 2006, and Polloway, et al., 2006) التي حاولت أن تقف على طبيعة تلك الاختلالات الجينية والاضطرابات الصبغية التي أظهرت نتائجها العامة أن هذا النوع من الاختلال الجيني والاضطراب الصبغي يؤدي إلى عيوب واضطرابات نمائية مختلفة قد تكون الإعاقات الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة أبرز الحالات الإكلينيكية التي تلازم هذه الإعاقة، وتأتي متلازمة داون Down Syndorm في مقدمة المتلازمات التي يصاحبها إعاقة فكرية حيث تمثل حوالي ٥٪ بين أفراد هذه الإعاقة، ويعود السبب في هذه الحالة إلى الانحراف الصبغي والمتمثل في ظهور كروموزوم زائد على مستوى الزوج ٢١. وقد تأخذ حالة داون ثلاثة أشكال من الاضطراب تمثل في مجملها متلازمة داون (DS)، ومنها تثالث الصبغ - ٢١، أو تبدل مكان الصبغ أو تعدد أشكال الصبغ، ومجمل القول أن هذه المتلازمة تنتشر بين الذكور والإناث معاً (٦ في الألف) وهي غالباً تتراوح ما بين المتوسط والحاد (Moser, 2004)، وهناك من ذكر أنها تنتشر بين الإعاقات الفكرية ما بين ٥٪ إلى ٦٪ (Pierangelo, et al., 2007). وتأتي متلازمة (صبغ X الهش) Fragile X Syndrome في المرتبة الثانية بعد متلازمة داون من حيث انتشارها، حيث وجد أن من بين (٢٠٠٠) حالة من الذكور يكون هناك طفل واحد ناقل لهذا الجين المرتبط بالصبغ الهش (X) (F X S)، في حين بين ٤٠٠٠ حالة من الإناث تكون هناك طفلة واحدة ناقلة لهذا الصبغ (Cimera, 2006) هذا لا يعني أن الأشخاص الناقلون لهذا الصبغ يعني أنهم يعانون منه، بل هم عرضة لخطة وجود هذا الصبغ لديهم في المستقبل، ما لم يكن هناك تدخل.

وخلص القول، إن هذه المتلازمة تنتشر بين الإعاقات الفكرية ما بين (٢٪) إلى

(٧٪) وخصوصاً بين الذكور (Dykens & Leckman, 1995).

من ناحية أخرى، تحدث الاضطرابات الصبغية المرتبطة بصبغ الجنس Sex-Chromosomes Abnormalities في حوالي ٢.٥ حالة في كل ألف ولادة حية

(Simonoff, Bolton & Ruter, 1998)، لذلك ينتج عن ذلك متلازمات تعاني من هذا النوع من الاضطراب الصبغي، ويلزم بعض حالات الإعاقة الفكرية عدد من هذه المتلازمات مثل متلازمة كلاين فيتر Klinefeter Syndrome، ومتلازمة تيرنر Turner Syndrome، وكذلك متلازمة جيكوب Jacob Syndrome. وتعتبر متلازمة فيتر (KS) أكثر التصاقاً بحالات الإعاقة الفكرية، وتحدث هذه المتلازمة مع الذكور فقط بسبب وجود صبغ (X) زائد على الصبغيات الجينية لدى الذكور والذي يظهر في الأشكال التالية (47XXY) أو (47XXX) أو (47XYY) بدلاً من الشكل الطبيعي (46XY) هذه المتلازمة تنتشر بحوالي ٨ في كل ألف حالة (Moser, 2006)، وتأثيرها على درجة الذكاء يتراوح ما بين ٥-٢٠ درجة ذكاء دون المتوسط العام (Simonoff, et al., 1998)، وهذا يعني أن حوالي (١٠٪) من هذه المتلازمة تعاني من إعاقة فكرية بسيطة، في حين معظم هذه الحالات تتراوح معدلات ذكائها بين بطيء التعلم أو العاديين.

أما الاضطرابات الوراثية genetics disorders فغالباً تلازم الموروثات المتنحية (Rg)، حيث يؤدي اضطراب هذه الموروثات المتنحية إلى وجود مشاكل في عملية التمثيل الغذائي، واضطراب الغدد الصماء بالإضافة إلى شذوذ في تركيبة الجمجمة، وجميع هذه المشاكل ينتج عنها إعاقة فكرية متوسطة وشديدة، ومن أشهر هذه الحالات؛ حالة الفينيل كيتونوريا Phenylketnuria (PKU) والذي يعود سبب وجودها إلى غياب الأنزيم اللازم لتنظيم عملية هضم البروتين مما يؤدي إلى تراكم المواد السامة في الدم والبول لدى الأطفال المصابين به، وقد يؤثر هذا الاضطراب الجيني المتنحي على وظائف المخ مما يؤدي إلى وجود إعاقة فكرية تختلف في مستوى درجاتها ما لما أن يكون هناك تدخل علاجي مبكر يمنع حدوث هذه الحالة (PKU). وتشير التقديرات العلمية أن هذه الحالة (PKU) ممكن أن تكون لدى حالة واحدة لكل (١٥٥٠٠) حالة ولادة حية، كما أن (٩٤٪) من الحالات التي لم تخضع لتدخل علاجي ربما يصاحبها تدني في قدرتها العقلية قد يصل إلى أقل من ٧٠ درجة ذكاء (Brasco, Mattingly & Sanders, 2006). وعلى الجانب الآخر، هناك حالة الجلاكتوسيميا Glactosemia أو ما يسمى بحالة وجود سكر اللبن في الدم التي تعتبر مرض وراثي يؤدي

إلى عجز وظيفي، وهذا بدوره يؤثر على عملية التمثيل الغذائي للمواد النشوية والسكرية مما ينتج عنه تلف في العديد من الأجهزة العضوية وعلى رأسها الدماغ، وهذا قد ينتهي إلى وجود إعاقة فكرية شديدة أو حادة، حيث تشير التقديرات العلمية أنه في ستين ألف حالة (٦٠٠٠٠/١) يمكن أن يكون هناك طفل يعاني من هذه الحالة (Burke, 2006).

وأخيراً، تأتي حالة مرض تاي - ساكس Tay-Sachs diseases كإحدى الاضطرابات الجينية والذي يعود سببها إلى قصور في الإنزيم المسمى هيكسو سامينديز والذي يساعد على معالجة المواد الكيميائية الموجودة في الأنسجة العصبية مما يؤدي إلى اضطراب في تمثيل عملية الدهون والذي قد ينتج عنه العديد من المشكلات وعلى رأسها الإعاقة الفكرية الشديدة والحادة، هذا الاضطراب الجيني يمثل حالة واحدة في كل ٣٦٠٠ حالة (Pierangelo, et al., 2007).

أما فيما يتعلق بتشوهات الجمجمة (Cranial malformations) فإنها ترتبط بجملة من العوامل المتداخلة والتي تعود لاضطرابات وراثية، ولعل أبرز حالات التشوهات الجمجمية تظهر في حالتين؛ حالة استسقاء الدماغ Hydrocephalus وحالة صغر الجمجمة Microcephaly. فالحالة الأولى تتسبب في تلف دماغي شديد ينتج عنها إعاقة فكرية، وتشير التقديرات أن كل (١٠٠٠) حالة ولادية يكون بينها حالتان لديها هذا النوع من الاضطراب (Abuelo, 1991 & Pierangelo, et al., 2007)، أما فيما يخص الحالة الثانية، فإنها تتصف بصغر واضح جداً في حجم الجمجمة، ويعود سبب هذه الحالة إلى مجموعة من العوامل مثل متلازمة داون كاضطراب صبغي، كذلك سوء التغذية، والالتهابات الحادة، بالإضافة إلى السموم التي تتعرض لها الأم الحامل، ومن بينها استخدام العقاقير والكحول (Abuelo, 1991).

ولقد أشارت التقديرات العلمية أنه يوجد حالة واحدة لديها صغر جمجمة بين كل (٦٠٠٠) إلى (٨٠٠٠) حالة ولادية، لذلك تعد هذه الحالة من أسباب الإعاقة الفكرية، وخصوصاً أن ٨٥٪ من هذه الحالات تعاني من إعاقة فكرية شديدة وحادة (Burke, 2006 & Pierangelo, et al., 2007).

علاوة على حدوث ما يسمى بالتخلف العقلي العائلي familial mental retardation وهو التخلف العقلي الذي تعود أسبابه إلى عوامل جينية، وهذا النوع يختلف تماماً عن التخلف

العقلي الثقافي الذي تعود أسبابه إلى عوامل ثقافية ترتبط بالوضع الاجتماعي للأسرة.

مجتمع البحث

لقد تمت دراسة أسباب الإعاقة الفكرية ضمن إطار مجتمع كلي بلغ مجموعه (٤٤٩٣) طفلاً من الذكور والإناث يتلقون خدمات تعليمية وتأهيلية في مجال الإعاقات الفكرية والنمائية موزعين على عدد من المعاهد والبرامج والمراكز الثقافية لوزارتي التربية والتعليم ووزارة الشؤون الاجتماعية في جميع مناطق المملكة العربية السعودية.

عينة البحث

تمثل عينة البحث المختارة بطريقة عشوائية ٤٠٪ من المجتمع الكلي المخدم، حيث بلغ عدد أفرادها (١٧٩٤) موزعين على المناطق الخمسة الرئيسة للمملكة وأيضاً حسب نسبة حجم الكثافة السكانية لكل منطقة وكذلك الجهات التي تقدم خدماتها التربوية والتأهيلية لأفراد هذه الفئة (انظر الجدول رقم ١). وهذه النسبة المحددة تتيح الفرصة للحصول على أكبر عدد ممكن من استجابات أفراد العينة حيث تم إرسال الاستبانات وفق عدد أفراد العينة المحدد أعلاه، وتم استرجاع ما مجموعه (١٢١٤) استبانة، وهذه تمثل ما نسبته (٦٨٪) من المجموع الكلي لأفراد العينة، و(٢٧٪) من مجتمع البحث الكلي، ويعتبر هذا التمثيل النسبي مناسباً لتحقيق أهداف البحث (انظر الجدول رقم ٢).

جدول رقم (١)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الكثافة السكانية للمناطق والجهات الراعية

المناطق	الجهات	وزارة التربية والتعليم	وزارة الشؤون الاجتماعية	المجموع	نسبة حجم الكثافة
الوسطى		٥٧٠	١١٤	٦٨٤	٣٨٪
الغربية		٣٤٤	٦٩	٤١٣	٢٣٪
الشرقية		٢٤٠	٤٨	٢٨٨	١٦٪
الشمالية		١٧٢	٣٤	٢٠٦	١١.٥٪
الجنوبية		١٧٢	٣٤	٢٠٦	١١.٥٪
المجموع الكلي		١٤٩٨	٢٩٩	١٧٩٧	١٠٠٪

جدول رقم (٢)

يمثل العينة النهائية يوضح عدد الاستبانات المسترجعة حسب المناطق والجهات الراعية

المناطق	الجهات	وزارة التربية والتعليم		المجموع	النسبة %
		تعليم البنات	تعليم البنين		

الوسطى	١٠٤	٧٦	١٠٥	٢٨٥	٪٢٣
الغربية	١٥٣	١٧٣	٦٠	٣٨٦	٪٢٣
الشرقية	١١٢	٤٠	٤٥	١٩٧	٪١٦
الشمالية	٩٦	٨٤	٢٣	٢٠٣	٪١٧
الجنوبية	٤٥	٦٦	٣٢	١٤٣	٪١٢
الجموع الكلي	٥١٠	٤٣٩	٢٦٥	١٢١٤	٪١٠٠

جدول رقم (٣)

الخصائص العامة لعينة البحث من ذوي الإعاقة الفكرية

النسبة %	التكرارات	الخصائص الديموغرافية	
٪٥٥	٦٧١	ذكر	الجنس
٪٤٥	٥٧٣	أنثى	
٪٢٣	٢٧٨	١٠-٦	العمر
٪٤٦	٥٦٢	١٥-١١	
٪١٦	١٩٠	٢٠-١٦	
٪٠.٦	٧١	٢٥-٢١	
٪٠.٣	٣٥	٣٠-٢٦	
٪٠.١	١٢	٣٥-٣١	
٪٠.١	١٣	٤٠-٣٦	
٪٠.٤	٥	٤١- فما فوق	
٪٠.٤	٤٨	لم يحدد	
٪٦٣	٧٦١	بسيطة	
٪٢٠	٢٤٢	متوسطة	
٪١٥	١٧٨	شديدة	
٪٢	٣٣	لم يحدد	

يوضح الجدول رقم (٣) توزيع الخصائص العامة لعينة البحث من ذوي الإعاقة الفكرية وفق مجموعة من المتغيرات الديموغرافية، وبالتالي يمثل المتغير الأول جنس العينة الذي مثل فيه الذكور (٥٥٪) والإناث (٤٥٪)، بينما جاء متغير العمر على شكل مجموعات عمرية

تراوحت ما بين (٦ سنوات) كحد أدنى، و (٤١ سنة) كحد أعلى، ولكن يتبين من الجدول أعلاه أن مجموعة العمر المدرسية التي تراوحت أعمارها ما بين (٦ سنوات) إلى (٢٠ سنة) هي أكثر المجموعات العمرية تمثيلاً في الدراسة وبنسبة (٨٥٪) من مجموع العينة، في حين جاءت مستويات الإعاقة الفكرية موزعة على أربعة مستويات (بسيطة، متوسطة، وشديدة، وأخرى لم يحدد)، شكلت شريحة الإعاقة الفكرية البسيطة أكبر المستويات تمثيلاً وبنسبة (٦٣٪)، وهذا يعني أن عوامل الخطورة المحتملة والمساهمة في حدوث هذه الإعاقة والتي تظهرها نتائج الدراسة مرتبطة أكثر بمجموعة الإعاقة الفكرية البسيطة التي سيتم استعراضها لاحقاً.

أداة البحث

لتحقيق أهداف البحث والإجابة على تساؤلاته، طوّر الباحث أداتين معتمداً في تصميمهما على عدد من الاعتبارات التي تشكل في مجملها رافداً لتحديد المعلومات المطلوبة بدقة، مع تنوع مصادر المعلومة ضمن إطار العناصر والمحاور المختلفة لكل أداة، بالإضافة إلى تعزيز مصداقية البيانات والمعلومات التي يتم الحصول عليها بواسطة هاتين الأداتين، وعليه فإن أبرز هذه الاعتبارات ما يلي:

١- تمثل الأسرة، وكذلك ملف الحالة الموجود في المؤسسة الراعية المصدران الأساسيان للحصول على المعلومة المطلوبة لهذه الدراسة، كما أن هذين المصدرين يشكلان دعامة لمواجهة النقص المحتمل ظهوره في معلومات المصدرين وذلك من خلال تكميل كل منهما للآخر من معلومات.

٢- الاعتماد على تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية لمجموعة العوامل وأسباب الخطورة المحتملة والواردة في دليلي الجمعية لعامي ١٩٨٣ و ١٩٩٢ والتي تتضمن المجموعات التالية:

أ) العوامل الوراثية.

ب) العوامل البيئية (المادية، والنفس اجتماعية).

ج) العوامل التفاعلية التي تكون مزيجاً من عوامل المجموعة الأولى والثانية.

٣- اعتماد التقسيم الزمني لتطور عوامل الخطورة التي تسهم في حدوث أي إعاقة عبر المراحل

الزمنية الثلاث التالية:

أ) قبل الولادة.

ب) أثناء الولادة.

ج) بعد الولادة.

٤- الاستفادة من المفاهيم العلمية الواردة ضمن الإطار النظري والدراسات السابقة والمعنية بعوامل الخطورة المساهمة في حدوث الإعاقة وتوظيفها في صياغة مفردات الأداة الأولى الموجهة مباشرة لأسرة الطفل المعاق، وكذلك مفردات الأداة الثانية والمعنية بملف الحالة والموجهة للمؤسسات الراعية.

وفي ضوء الاعتبارات السابقة، جاءت الأداةان وفقاً لما يلي:

أولاً: الأداة الموجهة للأسرة

اعتبر الباحث الأسرة أو الوالدين على وجه الخصوص المصدر الحقيقي والأساسي الذي يمكن من خلاله معرفة وجمع العديد من المعلومات عن العوامل والأسباب التي يحتمل أن تكون سبباً في حدوث الإعاقة الفكرية لدى أحد أفراد الأسرة، لذا جاء الإطار العام للأداة الأولى موزعاً وفقاً لما يلي:

الجزء الأول:

يتكون هذا الجزء من جزأين:

معلومات عامة عن الطفل ذي الإعاقة الفكرية

تغطي المعلومات العامة مجموعة من الخيارات المقترحة أمام الوالدين لتحديد الخيار المناسب لوضع طفلهم، حيث تكونت من:

أ) عمر الطفل

ب) جنس الطفل ذكر أنثى

ج) درجة الإعاقة بسيطة متوسطة شديدة

معلومات خاصة بالأبوين

تغطي هذه المعلومة مجموعة من الخيارات المختلفة والمتعلقة بالأم والأب أو بالأسرة في العموم، وهذه المعلومة تشتمل على عدد من المؤشرات التي يمكن أن تقيد الباحث في استنتاج بعض العوامل والأسباب المحتمل أن تكون سبباً في حدوث هذه الإعاقة، ومن ضمن

هذه المعلومات مايلي:

- أ) مستوى تعليم الأب أو الأم.
 ب) صلة القرابة بين الأبوين حسب مستويات القرابة المحددة.
 ج) عمر الأم أثناء حملها بالطفل ذي الإعاقة.
 د) ترتيب الحمل بالطفل ذي الإعاقة.
 هـ) وقت معرفة الأسرة بوجود الإعاقة، أثناء الحمل، أو عند الولادة، أو بعد الولادة.
 و) تاريخ معرفة حالة الإعاقة بعد الولادة، في النصف الأول، أو الثاني من العام الأول أو العام الثاني أو الثالث... إلخ.
 ز) كيفية معرفة حالة الإعاقة، ثم الطرق التي تمت من خلالها معرفة الأسرة بوجود الإعاقة.
 ك) معلومات عن تعدد الإعاقة في الأسرة.

الجزء الثاني:

يتألف هذا الجزء من ثلاثة محاور أساسية تشتمل على مجموعة من العوامل والأسباب المحتمل مساهمتها في حدوث الإعاقة، وهذه المحاور تمثل ثلاث مراحل زمنية مختلفة وهي (مرحلة الحمل، وأثناء الولادة، وبعد الولادة) التي يتوقع أن تؤثر تلك العوامل والأسباب في وجود الإعاقة خلال أحد تلك المراحل الثلاث.

لقد صيغت بنود تلك المحاور بصيغة استهامية تتطلب إجابة واحدة فقط (بنعم) أو (لا)، وبالتالي فإنها تتكون من ست وثلاثين عبارة موزعة على المحاور التالية:

١- عوامل مرتبطة بمرحلة الحمل

يمثل هذا المحور مجموعة من العوامل التي ربما تكون مصدرها وراثي أو بيئي أو معاً، حيث يصل عدد بنود هذا المحور عشرة أسباب (١٠ فقرات).

٢- مرحلة مرتبطة بمرحلة الولادة

يتألف هذا المحور من أحد عشر سبباً أو عاملاً (١١ فقرة) تحده أيضاً مجموعة من العوامل البيئية وغير البيئية.

٤- عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة

يتكون هذا المحور من اثنتي عشر عاملاً أو سبباً محتملاً (١٢ فقرة) تحده مجموعة

من العوامل البيئية وغير البيئية.

ثانياً: أداة موجهة لجمع المعلومات عن طريق ملف الحالة

يتوقع الباحث أن لكل حالة من حالات الإعاقة الفكرية المخدومة في المراكز، والمعاهد وكذلك البرامج ملف يحتوي على مجموعة من المعلومات المختلفة التي تصف وضع الحالة تاريخياً من جوانبها النمائية المختلفة، كما أن هناك وصف لوضعها الحالي أو التي هي عليه في الوقت الراهن، لذلك جاءت تفاصيل الأداة الثانية لتخدم أهداف البحث في معرفة ما يتوفر من معلومات طبية (وراثية، وبيولوجية وغيرها) تحدد طبيعة الأسباب والعوامل الخاصة التي تنفرد بها الإعاقة الفكرية عن غيرها من الإعاقات الأخرى و التي يعول عليها الباحث في الكشف عن المزيد من العوامل المسببة لحدوث هذه الإعاقة. على أية حال، تتألف الأداة الثانية من جزأين وفقاً لما يلي:

الجزء الأول: المعلومات العامة عن الطفل ذي الإعاقة الفكرية

تغطي المعلومات العامة هنا نفس المعلومات السابقة الواردة في الأداة الموجهة للأسرة بهدف تطابق المعلومات الشخصية في كلا الأدوات.

الجزء الثاني: العوامل والأسباب الخاصة

يمثل هذا الجزء تلك العوامل والأسباب الخاصة التي تنفرد بها الإعاقة الفكرية عن غيرها، وبالتالي يختلف هذا الجزء عن الجزء السابق من حيث طبيعة المعلومات المطلوبة التي يحكمها بعدان هما توفر المعلومة أو عدم توفر المعلومة، وفي هذا الإطار صيغت بنود هذا الجزء بنفس الصيغة التقريرية التي صيغت بها بنود الأسباب العامة. لقد انحصرت الأسباب الخاصة في مجموعة من الاضطرابات الوراثية والبيولوجية التي بلغت تسعة عوامل تمثل هذا الجزء.

الصدق الظاهري لأدوات البحث

لقد استشار الباحث مجموعة من المختصين في مجال الإحصاء النفسي، وفي ضوء هذه الاستشارة، فإن طبيعة أدوات البحث الحالية تتطلب نوعاً من التحكيم الذي يعتمد في المقام الأول على الحكم الظاهري لبنود الأدوات وما يمكن أن تؤديه تلك البنود من مهمة تستند في الأساس على الوضوح، وملاءمتها لأهداف وأسئلة البحث، بالإضافة إلى تجانس عباراتها مع محاورها، لذا اتجه الباحث لعرض الأدوات على مجموعة من المختصين، بلغ عددهم عشرة

أساتذة من جامعة الملك سعود وفي المجالات العلمية ذات العلاقة بمجال الإعاقة وذلك وفقاً لما يلي:

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

(٢) مجال التربية الخاصة: لقد أرسلت الأداتان لأربعة من أعضاء هيئة التدريس في قسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود.

(٣) مجال علم النفس: لقد أعطيت الأداتان لثلاثة من أعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس بجامعة الملك سعود، وهم متخصصون في مجال الإحصاء والقياس النفسي، وعلم نفس النمو، بالإضافة إلى علم النفس غير العاديين.

لقد أخذ الباحث بجميع الملاحظات المقدمة من المحكمين التي تمثلت في الحذف والإضافة والتعديل أو الدمج، وكذلك ملاحظاتهم فيما يتعلق بالصياغة والوضوح والملاءمة، وعلى ذلك استفاد الباحث من هذه المرئيات والملاحظات عند إعادة بناء الأداتين في شكلهما وصيغتهما النهائية، وفي هذا الإطار يرى الباحث أن صيغة الأداتين النهائية يمكن الوثوق بهما في تحقيق أهداف البحث.

المعالجة الإحصائية

نظراً لطبيعة فقرات الأداتين التي تركزان على الصيغة الاستفهامية والتقريبية وكذلك الخيارات المتعددة لبعض بنود الأداة الأولى، لقد اعتمد الباحث في معالجة البيانات على أسلوب التكرار والنسب المئوية بالإضافة إلى الرتب التي تقوم أصلاً على نسبة وزن الاستجابة.

نتائج الدراسة

السؤال الأول: ما طبيعة المتغيرات الديموغرافية الطبية والتعليمية والمعرفية والعوامل الزمنية التي يمكن أن تدعم احتمالية ظهور العوامل المساهمة في ضعف الإعاقة الفكرية؟

جدول رقم (٤)

يوضح المتغيرات الديموغرافية والأحيائية أو الطبية (الوراثية) كمؤشرات أولية تساند ظهور العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية

المتغيرات الديموغرافية	التكرار	النسبة
------------------------	---------	--------

الدرجة الأولى من القرابة (أبناء عمومة)*	٤٤٠	٣٦.٢%
الدرجة الثانية من القرابة (أبناء خال أو خالة)**	١٨٣	١٥.١%
الدرجة الثالثة من القرابة (لا توجد قرابة)	٥١٢	٤٢.٢%
لم يحدد	٧٩	٦.٥%
المجموع	١٢١٤	١٠٠%

* يقصد بها أبناء العمومة الأشقاء وغير الأشقاء.

** يقصد بها أبناء الخال والخالة.

الإجابة على السؤال الأول

تكمن طبيعة المتغيرات الديموغرافية التي سيتم استعراضها ومناقشتها في هذه الدراسة في ثلاثة متغيرات هي المتغيرات الديموغرافية الإحيائية الطبية، والمتغيرات التعليمية والمعرفية، بالإضافة إلى المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالعوامل الزمنية، وعلى هذا الأساس فإن الباحث الحالي ينظر إلى هذه المتغيرات على أنها من المؤشرات الأولية التي يحتمل أن تلعب دوراً خطيراً في دعم ومساندة ظهور العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي.

ولاستعراض نتائج هذه المتغيرات، نجد أن الجدول رقم (٤) يوضح نتائج المتغيرات الديموغرافية الإحيائية والمرتبطة بزواج الأقارب، حيث أظهرت نتائج هذا الجدول أن صلة القرابة بمستوياتها المختلفة تبرز كمؤشر محتمل على تضرر واضطراب العوامل الجينية والصبغية لدى الزوجين مما قد يسهم بشكل مباشر أو غير مباشر في ولادة أطفال لديهم إعاقة فكرية، وقد أوضحت النتائج أن مستويات القرابة مجتمعة مثلت (٥١.٣%) من بين استجابات أسر الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية والتي تفوقت بدورها على نسبة تلك الأسر التي فيها لا يرتبط الزوجان بقرابة (٤٢.٢%) على الرغم من وجود حالات تعاني من الإعاقة الفكرية. وهذا يؤكد على أن زواج القرابة consanguinity من المتغيرات الديموغرافية التي تسهم في ارتفاع نسبة المخاطرة التي يمكن أن تدعم مساهمة العوامل المسببة في حدوث الإعاقة الفكرية وبالتحديد ضمن إطار المتغيرات الإحيائية التي قد تتجسد في العوامل الوراثية وما يرتبط بها من اضطرابات جينية أو

صبغية أو ما يصاحبها أيضاً من أمراض وراثية.

ولذلك فإن نتائج هذه الدراسة، وإن كانت لا تتفق مع دراسة ديركن وزملائه (Durkin, et al., 2000) وكذلك دراسة يعقوب وزملائه (Yaqoob, et al., 2004)، علاوة على دراسة الموزان وزملائه (Al-Mouzan, et al., 2008)، إلا أنها جاءت متفقة مع نتائج العديد من الدراسات في هذا الجانب بصرف النظر عن مستويات النسب المختلفة (Al-Sukait, 1992, El-Hazmi, et al., 1998, Sagger, et al., 2008, Tadmouri, et al., 2009, Hamamy, 2012, Mohammad, et al., 2012, and Nounou, et al., 2012).

التي أكدت جميعها على خطورة زواج الأقارب واحتمالية مساهمته في حدوث الإعاقة الفكرية لدى الأسر التي يرتبط فيها الأبوان بمستوى معين من القرابة، غير أن احتمالية الخطورة تزيد أكثر مع مستوى القرابة من الدرجة الأولى التي قد تبلغ نسبة زيادة الخطورة فيها ضعف مستوى القرابة من الدرجة الثانية وذلك بحوالي (٥%) (Mamamy, 2008)، وبالتالي جاءت نسبة القرابة على مستوى الدرجة الأولى بين الزوجين في الدراسة الحالية ولدى الأسر التي لديها حالات تعاني من الإعاقة الفكرية حوالي (٣٦.٢%)، بينما المستوى الثاني من القرابة بلغت نسبته حوالي (١٥.١%)، وهذه النسبة الأخيرة تتفق مع دراسة الحازمي وزملائه (El-Hazmi, et al., 1998) فيما يخص الدرجة الثانية، ولكنها تختلف معها على مستوى الدرجة الأولى، وقد يعود هذا السبب إلى ما أشارت إليه نتائج دراسة (Sagger, et al., 2008) إلى انخفاض معدلات زواج الأقارب في المجتمع السعودي مما أدى بدوره إلى التأثير على نسبة حدوث الإعاقة الفكرية عبر متغير زواج الأقارب.

على أية حال، نجد أن نسبة زواج الأقارب وعلى مستوى الدرجة الأولى في المجتمع السعودي الوارد ضمن نتائج هذه الدراسة قد لا تختلف كثيراً عن مدى النسبة في المجتمعات العربية التي تراوحت ما بين (٢٥%) إلى (٣٠%) (Tadmouri, et al., 2009).

جدول رقم (٥)

يوضح المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالمستوى التعليمي والمعرفي كمؤشرات أولية تساند احتمالية ظهور العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية

معدل نسبة تعليم الأبوين	مستوى تعليم الأب		مستوى تعليم الأم		المتغيرات الديموغرافية
	النسبة	تكرار	النسبة	تكرار	
					مستوى تعليم الوالدين
٪٣٨	٪٢٦	٣١٤	٪٥٠	٦٠٣	• غير متعلم
٪٢٧	٪٢٨	٣٣٥	٪٢٥	٣٠٤	• ابتدائي
٪١٥	٪١٨	٢١٤	٪١١	١٣٥	• متوسط
٪١٢	٪١٥	١٨٨	٪٨	٩٤	• ثانوي
٪٧	٪١٠	١٢٦	٪٤.٥	٥٧	• جامعي
٪١	٪٢	٢٣	٪٠.٥	٦	• فوق الجامعي
	٪١	١٤	٪١	١٥	• لم يحدد
	٪١٠٠	١٢١٤	٪١٠٠	١٢١٤	المجموع
					وسائل التعرف على وجود الإعاقة الفكرية من قبل الوالدين
النسبة		التكرار			
٪١٤		١٧٠		• طبيب عام	
٪٤٢.٣		٥١٤		• طب أطفال	
٪٦.١		٧٦		• طبيب نساء وولادة	
٪٨.٢		٩٩		• بواسطة القراءة والاطلاع	
٪١.٢		١٥		• بواسطة وسائل الإعلام	
٪٤		٤٩		• بواسطة الأقارب	
٪١		١١		• بواسطة الأصدقاء	
٪٥.٤		٦٦		• طرق أخرى	
٪١٨		٢١٤		• لم يحدد	
٪١٠٠		١٢١٤		المجموع	

فيما يتعلق بالمتغيرات الديموغرافية الثانية والمرتبطة بالمستوى التعليمي والمعرفي لدى الأبوين ضمن عينة الأسر التي لديها حالات الإعاقة الفكرية، يوضح الجدول رقم (٥) المستويات التعليمية التي يحملها آباء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية (الأم والأب) التي تراوحت في معدلها العام ما بين (٣٨٪) غير متعلمين و(١٪) فوق التعليم الجامعي. وهذه النسب تعكس حقيقة وجود مؤشرات أولية داعمة لظهور العديد من العوامل والأسباب التي يحتمل أن تسهم في حدوث الإعاقة الفكرية لدى أطفال عينة الدراسة، فلو تأملنا الجدول السابق في تفاصيله لوجدنا

أن نسبة الأمية (غير المتعلم) وشبه الأمية (المستوى الابتدائي) لدى الأمهات قد بلغت مجتمعة (٧٥٪) في حين يقل هذا المعدل لدى الآباء وبنسبة (٥٤٪)، وهذه الأرقام والنسب تؤكد على الخطورة المحتملة التي يمكن أن يلعبها هذا المتغير الديموغرافي في تسهيل ودعم ظهور العوامل والأسباب المساهمة في حدوث هذه الإعاقة، وبالتالي يمكن القول إن هذه النسب امتد تأثيرها السلبي أيضاً إلى مستوى الأداء المعرفي والثقافي لدى الأبوين فيما يتعلق بأساليب ووسائل التعرف على وجود هذه الإعاقة من خلال القراءة والاطلاع وأيضاً وسائل الإعلام، حيث تبين من الجدول السابق أن حوالي (٢٠٪) من عينة الدراسة هي التي لديها علم بهذه الأساليب، وهذه النسبة تعتبر متدنية مقارنة بالأسر التي يرتفع فيها المستوى التعليمي الذي بدوره ينعكس على مستويات الوعي بالإعاقة وأساليب اكتشافها، مما يقلل أيضاً احتمالية خطورة وظهور العوامل المساهمة في هذه الإعاقة، كذلك نجد أن حوالي (٦٢٪) من الأسر قد تم إخبارهم بوجود الإعاقة لدى أطفالهم من قبل مجموعة من الأطباء، وهذا بدوره يؤكد أيضاً عدم علمهم ومعرفتهم مسبقاً بأساليب التعرف على الإعاقة، وهذه النتيجة كحقيقة علمية سبق أن أكد عليها مجموعة من الباحثين في العديد من الدراسات التي تضمنت نتائجها وجود علاقة ارتباطية، بل وظيفية ما بين المشكلات التعليمية كالأمية أو شبه الأمية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وعوامل الخطورة التي قد تسهم في ظهور الأسباب المساهمة في حدوث هذه الإعاقة لدى أطفالهم (Lamont, et al., 1988, Scot, 1988 and Beirne-Smith, et al., 2006).

جدول رقم (٦)

يوضح المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالعوامل الزمانية كمؤشرات أولية
تساند احتمالية ظهور العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية

المتغيرات الديموغرافية	التكرار	النسبة
عمر الأم أثناء الحمل		
• أقل من ١٥ سنة	٢٣	٢٪
• ١٦ - ٢٥ سنة	٥٠٦	٤١٪
• ٢٦ - ٣٥ سنة	٤٠٤	٣٣٪
• ٣٦ - ٤٥ سنة	١٧٦	١٤.٥٪

النسبة	التكرار	المتغيرات الديموغرافية
٠.٥%	٧	• ٤٦ - فأكثر
٩%	١٠٣	• لم يحدد
١٠٠%	١٢١٤	المجموع
وقت معرفة الأسرة بوجود الإعاقة الفكرية		
١%	١٥	• أثناء فترة الحمل
٥%	٥٩	• أثناء فترة الولادة
٩٠%	١٠٩٠	• فترة ما بعد الولادة
٤%	٥٠	• لم يحدد
١٠٠%	١٢١٤	المجموع
فترة معرفة الأسرة بوجود الإعاقة الفكرية بعد الولادة		
٣١%	٣٧٩	• خلال الستة الأشهر الأولى
١٠%	١٢٢	• خلال العام الأول
١٤%	١٦٧	• خلال العام الثاني
٧%	٨١	• خلال العام الثالث
٥%	٥٨	• خلال العام الرابع
٤%	٥٠	• خلال العام الخامس
٦.٥%	٧٩	• خلال العام السادس
١٤%	١٦٨	• خلال العام السابع
٩%	١١٠	• لم يحدد
١٠٠%	١٢١٤	المجموع

وبالنظر إلى الجدول رقم (٦) الذي يوضح نتائج المتغيرات الديموغرافية المرتبطة بالعوامل الزمنية ذات الصلة بعمر الأم أثناء الحمل، وكذلك فترة معرفة الأسرة بوجود الإعاقة الفكرية، لتبين لنا أن الجزئية المتعلقة بعمر الأم أثناء الحمل تمثل (٢%) من تلك الأمهات اللاتي كانت أعمارهن أقل من ١٥ سنة كحد أدنى، بينما الحد الأعلى من الأعمار لتلك الأمهات الحوامل كان ٤٦% سنة فأكثر، وهذا يمثل حوالي (٠.٥%). وعلى الرغم من صغر حجم هذه النسب، إلا أنها تحمل مضامين ومؤشرات ربما يكون لها دور في بروز بعض عوامل الخطورة

المحتملة كالولادة المبكرة، أو انخفاض وزن الجنين عند الولادة، بالإضافة إلى احتمالية وجود متلازمة داون. ولهذا سبق لعدد من الدراسات العلمية أن أكدت على وجود علاقة ما بين صغر عمر الأم الحامل وكذلك كبر عمرها وعوامل الخطورة المذكورة سلفاً (Scot, 1988 & Cootes, 1988). وكذلك أوضحت الجزئية الثانية والثالثة من النتائج في الجدول السابق والمعنية بوقت معرفة الأسرة بوجود الإعاقة الفكرية أن (١٪) من بين استجابات الأسر أكدت على معرفتهم بوجود الإعاقة أثناء فترة الحمل، في حين نجد أن (٥٪) من الأسر كانوا على علم بوجود الإعاقة أثناء الولادة، بينما (٩٠٪) منهم عرفوا بوجود الإعاقة بعد الولادة ولكن خلال فترات زمنية متفاوتة تراوحت ما بين فترة الست الأشهر الأولى والعام الأول معاً من فترة ما بعد الولادة وبنسبة (٤١٪) حتى فترة العام السابق وبنسبة (١٤٪).

هذه النسب على اختلافها تحمل بين طياتها مؤشرات قد تزيد أو تقلل من عوامل الخطورة التي يمكن أن تدعم ظهور الأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة أثناء فترة الحمل، فهذه النسبة الضئيلة قد لا تحمل بين طياتها أي مؤشرات خطيرة طالما أن عملية التشخيص قد تمت، ولكن المهم من هذه النتيجة أن بعض الحالات التي يتم تشخيصها أثناء الحمل ربما يتم التعامل معها أو معالجتها أثناء مرحلة الحمل أو بعد الولادة مباشرة. وهذا يقلل عامل الخطورة المحتملة بعد الولادة خصوصاً مثل حالات اضطراب التمثيل الغذائي والذي تمثله بعض حالات فينل كيتونوريا (PKU) التي يمكن السيطرة عليها من خلال حمية خاصة تقلل من خطورة حدوث الإعاقة الفكرية، ولكن الخطورة تكمن في الأمهات الحوامل اللاتي ليس لديهن أدنى معرفة مسبقة بوضع ظروف الحمل وما يرتبط به من مشكلات محتملة، وعلى خلاف النسبة الضئيلة السابقة، فإنه يحتمل أن هناك نسبة أعلى لدى بعض الأمهات المستطلعات في هذه الدراسة واللاتي ربما ليس لديهن معرفة مسبقة بطبيعة الحمل وظروفه، وهذا الاحتمال قد يعزى لبعض الحقائق الواردة في جدول المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالمستوى التعليمي، حيث يتبين من الجدول رقم (٥) أن الأمية وشبه الأمية متفشية بين المستطلعات في الدراسة الحالية حيث بلغت نسبتهن (٧٥٪)، وهذه النسبة العالية بدون شك تؤثر سلباً على مستوى الوعي المعرفي لديهن والمرتبطة بالثقافة الصحية ذات العلاقة بعملية الحمل والولادة معاً، وهذا التفسير المحتمل

ينسحب أيضاً على بقية الفترات الزمنية الأخرى التي تحدث فيها الإعاقة، لذلك وفي ظل تأخر اكتشاف العوامل المسببة للإعاقة خلال هذه المراحل، فإن ذلك سيترتب عليه الكثير من المضاعفات التي قد تنتهي بحدوث الإعاقة وبالتحديد صغار الأطفال لأنهم سريعو التأثر أكثر من البالغين (Valent, et al., 2004).

كذلك من الملاحظ أن نسبة كبيرة من بين الأسر المستطلعة لديها معرفة بوجود الإعاقة الفكرية لدى أطفالها بعد الولادة وخلال الأشهر الستة الأولى أو العام الأول وبنسبة مجتمعة بلغت (٤١%)، ويعتقد الباحث أن الحالات التي تم التعرف عليها خلال الفترة المشار إليها آنفاً ربما تعاني من مظاهر إكلينيكية كالتشوهات في الوجه أو الجمجمة أو المتلازمات، أو قد يكون حالات أخرى يسهر التعرف عليها من خلال التحاليل المعملية، ولكن هذا مؤشر إيجابي للتعامل مع هذه الحالات بصورة مبكرة، خصوصاً إذا كان من بين هذه الحالات بعض الحالات التي هي عرضة للإصابة بالإعاقة الفكرية والتي عادة تتجسد معظمها في حالات اضطراب التمثيل الغذائي التي يمكن التعامل معها وعلاجها وذلك من خلال التخلص من العوامل المسببة أو المساهمة وراء وجود هذا الاضطراب (Alexender, 1998)، ولكن هناك حالات لا يمكن التعرف عليها إلا عند الدخول إلى المدرسة، وهذه الحالات ربما تدخل ضمن نطاق الإعاقة الفكرية البسيطة، لذلك نجد في الجدول السابق رقم (٦) أن (٢١%) ممن تم التعرف عليهم في العام السادس والسابع معاً، وهذه الحالات لا تعاني من المظاهر الإكلينيكية لكنها تعاني من مشكلات في القدرة العقلية والسلوك التكيفي، وهذه المشكلات لا تبرز في الظهور أكثر إلا عند البدء في البرامج المدرسية، حيث إن ما لديهم من إمكانيات وقدرات لا تستطيع أن تساير بصورة طبيعية التحديات الأكاديمية، أو متطلبات السلوك المدرسي في عمومها وبالتالي تبرز المشكلات في الظهور مما تجعل الفرد لا يستجيب بنفس المستوى الذي عليه أقرانه من العاديين، لذلك فإن تشخيص مثل هذه الحالات خلال هذه المرحلة العمرية قد يسهم في تسريع عملية التدخل المبكر والمكثف في نفس الوقت الذي قد تساعد نتائجه في تخفيف العواقب والمضاعفات المحتملة في حالة لو لم يتم التدخل، وهذا بحد ذاته من المؤشرات الموجبة التي ترتقي بقدرات الفرد إلى الحد الأعلى من إمكانياته المحدودة. خلاصة القول، يؤكد الباحث على حقيقة علمية مفادها أنه يظل هناك صعوبة في تحديد كمية العوامل المسببة في حدوث الإعاقة الفكرية سواء كانت هذه العوامل مفردة أو ثنائية،

بالإضافة، إلى نوعيتها وطبيعتها وهل هي عوامل وراثية أو بيئية؟ (Hallan, et al., 2000 & Cimera, 2006) مما يجعل من الصعوبة بمكان عزل عوامل الخطورة المحتملة بعضها عن بعض في معرفة أي العوامل أكثر مساهمة في حدوث هذه الإعاقة، وهل المتغيرات الديموغرافية سواء الإحيائية أو التعليمية أو غيرها هي فقط العوامل الرئيسة والوحيدة (المنفردة) التي يمكن أن تدعم ظهور الأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية؟ لكن الحقيقة الأكثر أهمية هي أن البحث العلمي قد أثبت ما يقدر بحوالي (٥٠٪) من حالات الإعاقة الفكرية تعزى لأكثر من سبب واحد (Luckasson, et al., 2002).

السؤال الثاني: ما طبيعة الأسباب العامة المرتبطة بفترة الحمل والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي؟

يوضح الأسباب العامة المرتبطة بفترة الحمل حسب بيانات الأسرة
جدول رقم (٧)

الترتيب	النسبة	التكرار	العوامل	مجموعة الأسباب
٦	٩.٨	١١٩	الحوادث البدنية	العوامل البيئية
١	٢٠.٢	٢٤٥	سوء التغذية	
٢	١٦.٦	٢٠٢	تناول وتعاطي العقاقير الطبية المحظورة	
١٠	٠.٥	٦	تعاطي الكحول	
٨	١.٢	١٥	التعرض للتسمم الحلمي	
٧	٤.٧	٥٧	التعرض للأشعة السينية	
٩	١.١	١٤	الحصبة، الزهري، الإيدز والهربس	الأمراض المعدية
٥	١٠.٧	١٣٠	أمراض السكر، القلب، والربو... إلخ	الأمراض المزمنة
٤	١٣	١٥٨	ارتفاع درجة الحرارة	أمراض أخرى
٣	١٣.١	١٥٩	أمراض طارئة غير مزمنة	
	٩.١٪		المتوسط العام لمجموع النسب	

الإجابة على السؤال الثاني

هناك مجموعة من العوامل والأسباب العامة التي تشترك فيها العديد من الإعاقات بما فيها الإعاقة الفكرية ماعدا الوراثة، لذلك يسعى هذا البحث إلى محاولة معرفة وتحديد طبيعة هذه العوامل العامة والمشاركة خلال الفترات الزمنية الثلاث لحدوث أي إعاقة والتي تلعب أيضاً دوراً حاسماً في حياة الفرد المولود.

وعلى هذا الأساس نجد أن طبيعة الأسباب العامة المرتبطة بفترة الحمل والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي تتفاوت فيما بينها وذلك حسب بيانات الأسرة المرصودة في الجدول رقم (٧)، ويتبين من بيانات الجدول أعلاه أن عامل سوء التغذية كأحد

العوامل ضمن مجموعة البيئة قد احتل صدارة العوامل وبنسبة بلغت (٢٠.٢٪)، يلي ذلك في المرتبة ومن نفس المجموعة عامل تناول وتعاطي العقاقير الطبية المحظورة وبنسبة (١٦.٦٪)، بينما احتل عاملاً الأمراض الطارئة غير المزمنة وارتفاع درجة الحرارة المرتبتين الثالثة والرابعة على التوالي وبنسبة تقريباً (١٣٪) في حين احتلت الأمراض المزمنة (كأمراض السكر، والقلب، والربو... إلخ) المرتبة الخامسة وبنسبة (١٠.٧٪)، ولكن جاءت بقية العوامل، وهي لا تقل أهمية عن سابقتها، في مراتب متأخرة ومعظمها يمثل مجموعة العوامل البيئية، فقد احتلت عوامل الحوادث البدنية، والتعرض للأشعة السينية، والتعرض للتسمم الحلمي المراتب السادسة والسابعة والثامنة على التوالي، بينما جاءت عوامل الأمراض المعدية كالحصبة، والزهري، والإيدز في المرتبة التاسعة، تلاها في ذلك مباشرة عامل تعاطي الكحول في المرتبة الأخيرة.

على أية حال، في ظل هذه العوامل ونسبها المتفاوتة بين استجابات الأسر السعودية قد لا تختلف كثيراً في حجمها ونوعيتها عن الأسباب التي تم رصدها لدى العديد من الدول عبر الأبحاث العلمية مما يؤكد إلى حد كبير اتفاق نتيجة الدراسة الحالية مع تلك الدراسات السابقة (Rowitz, 1991, Scola, 1991, Hallahan, et al., 1994, Rasheed, 1999, and Stromme & Hagberg, 2000).

ولكن الملفت للنظر أن عامل سوء التغذية Malnutrition قد احتل المرتبة الأولى، كأحد عوامل الخطورة التي قد تؤدي إلى الموت أو المرض، ومن ثم الإعاقة، في بلد يعيش أفرادها في مستوى اقتصادي يصل إلى مستويات متقدمة من الرخاء المعيشي أو الاقتصادي، ولكن حسب الكثير من الدراسات فإن هذا الأمر لا يمنع أيضاً من وجود هذا العامل في الدول ذات الاقتصادات الجيدة، حيث إن أسباب هذا العامل في تلك الدول ربما يعود إلى العادات الغذائية غير الجيدة والتي تفتقر إلى التوازن في عناصر الغذاء الجيد المستخدم بالإضافة إلى عنصر الحرمان الثقافي والفقر لدى الأسر الذي بدوره يؤثر على التركيبة الغذائية (Alexander, 1998, Rasheed, 1999 & Sharifzadeh, 3t al., 2010) للفرد، كالأُم الحامل أو الرضيع، وبصرف النظر عن أسباب ظهور هذا العامل في أي مجتمع، إلا أنه يظل من العوامل الأكثر خطورة حيث أورد رشيد (Rasheed, 1999) معلومات إحصائية عن خطورة هذا العامل على حياة الأطفال، حيث ذكر أن عدد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية في الدول النامية حوالي ٢٢٦ مليون طفل وتكون أعمارهم أقل من الخامسة، بينما (٤٠٪) منهم يعانون من القزامة المتوسطة والشديدة بسبب هذا العامل، ولكن حسب تقدير إحدى

المنظمات الدولية، فإن السعودية لديها (٥%) من هذه الفئة العمرية (<5) يعانون من عامل سوء التغذية (UNICEF, 2009) ولربما هي من النسب المتدنية في العالم العربي.

السؤال الثالث: ما طبيعة الأسباب العامة المرتبطة بفترة الولادة والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي؟

جدول رقم (٨)

يوضح الأسباب المرتبطة بفترة الولادة حسب بيانات الأسرة

الترتيب	النسبة	التكرار	العوامل التابعة لها	المجموعة السببية
٨	١٠.٣	١٢٥	الولادة القيصرية	عوامل الولادة غير الطبيعية
١٠	٧.٣	٨٩	استخدام آلات التشخيص	
١١	٦.٤	٧٨	استخدام آلات الشفط	
١	١٨.١	٢٢٠	ولادة متعسرة	
٦	١١	١٣٤	خروج الجنين في وضع غير طبيعي	
٧	١٠.٥	١٢٨	الولادة المفاجئة في المنزل وبدون إشراف طبيب	
٥	١٣.٤	١٦٣	ولادة في غير وقتها الطبيعي	
٢	١٧	٢٠٦	وزن الطفل أقل من الطبيعي	
٤	١٥.٢	١٨٤	لون الطفل عند الولادة غير طبيعي	
٩	٩.٦	١١٧	اختناق الجنين أثناء الولادة	عوامل أخرى طارئة
٣	١٦.٦	٢٠١	نقص الأكسجين لدى الجنين أثناء الولادة	
١٢.٣%				

إجابة السؤال الثالث

في سياق البيانات الواردة في الجدول رقم (٨) تراوحت عوامل الخطورة أثناء الولادة ما بين (١٨.١٪) كحد أعلى و (٦.٤٪) كحد أدنى وفق استجابات الأسر على بنود الاستبانة، لذلك يأتي عامل الولادة المتعسرة في مقدمة العوامل الأكثر خطورة وبنسبة (١٨.١٪)، يلي ذلك عامل وزن الطفل الأقل من الطبيعي وبنسبة (١٧٪)، بينما يأتي عامل نقص الأكسجين لدى الجنين أثناء الولادة في المرتبة الثالثة وبنسبة (١٦.٦٪)، فيما يتعلق بالعامل الرابع ويمثله أحد عوامل الاضطرابات الحملية والذي يظهر في لون الطفل غير الطبيعي أثناء الولادة وبنسبة (١٥.٢٪)، تلاه في ذلك عامل آخر من نفس مجموعة العوامل (الاضطرابات الحملية) وهو عامل الولادة في غير وقتها الطبيعي وبنسبة (١٣.٤٪)، بينما جاء العاملان اللذان يمثلان المرتبة السادسة والسابعة في نفس مجموعة عوامل الولادة غير الطبيعية، وهما عامل خروج الجنين في وضع غير طبيعي وبنسبة (١١٪)، تلاه في ذلك عامل الولادة المفاجئة في المنزل وبدون إشراف طبيب وبنسبة (١٠.٥٪).

في الوقت الذي جاءت الولادة القيصرية كعامل خطورة قد يساهم في حدوث الإعاقة الفكرية وبنسبة (١٠.٣٪)، جاءت بقية العوامل الأخرى أيضاً لتمثل مجموعات مختلفة من العوامل محتملة الخطورة مثل استخدام آلات السحب أو الشفط، بالإضافة إلى اختناق الجنين أثناء الولادة. وهذه النتيجة كحقيقة علمية تأتي ضمن العوامل الأكثر خطورة خلال مرحلة الولادة وفق ما عبر عنه أفراد الأسر في استجاباتهم على بنود المرحلة الثانية، وبصرف النظر عن النسب المتفاوتة التي أظهرتها عوامل هذه المرحلة، إلا أن هذه العوامل كعوامل خطورة محتملة خلال هذه المرحلة أثبتتها نتائج العديد من الدراسات السابقة المراجعة (Rantallio, et al., 1985, Lamont, et al., 1988, Hou, et al., 1998, and Stromme, et al., 2000).

ولكن نتائج هذه الدراسة أظهرت اختلافاً في المتوسط العام لمجموع نسب عوامل الخطورة في مرحلة الولادة مع الدراسات السابقة المراجعة، حيث بلغ المتوسط العام فيها (١٢.٣٪) لظهور عوامل خطورة محتملة خلال مرحلة الولادة لدى جميع مستويات الإعاقة الفكرية، وقد جاءت أيضاً المتوسطات العامة متفاوتة بين الدراسات السابقة وحسب ترتيبها آنفاً، ففي الدراسة الأولى جاء المتوسط العام لحدوث عوامل الخطورة في مرحلة الولادة بنسبة (٢٧٪)

ويكون تأثيرها على حالات الإعاقة الفكرية البسيطة، بينما جاءت نتيجة الدراسة الثانية بمعدل متوسط عام (٥٨٪) بجميع مستويات الإعاقة الفكرية، في حين أظهرت نتائج الدراسة الثالثة متوسطاً عاماً بلغ (٩.٥٪) وهو يغطي جميع مستويات الإعاقة الفكرية، وآخر دراسة جاء المتوسط العام لتلك العوامل المحتمل حدوثها أثناء الولادة بنسبة (٤.٥٪). وهذا الاختلاف في النسب قد يعود لاعتبارات منهجية وذلك باستخدام تقنيات بحثية مختلفة، مثل تحديد مستوى الإعاقة الفكرية (بسيط، متوسط، شديد) وتأثير عوامل المرحلة عليها، نوعية أداة الدراسة... إلخ. ولكن الملفت للنظر أن نسبة الدراسة الحالية (١٢.٣٪) والتي تغطي جميع مستويات الإعاقة الفكرية قريبة على حد كبير من نسبة دراسة (Hou, et al., 1998) التي بلغت حوالي (٩.٥٪) وهي أيضاً تغطي جميع مستويات الإعاقة الفكرية.

السؤال الرابع: ما طبيعة الأسباب العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية في المجتمع السعودي؟

جدول رقم (٩)

يوضح الأسباب العامة المرتبطة بفترة ما بعد الولادة حسب بيانات الأسرة

الترتيب	النسبة	التكرار	العوامل والأسباب	مجموعات الأسباب
١٢	٢٪	٢٤	تعرض الطفل لحالات تسمم	العوامل البيئية المادية
٥	١٣.٨٪	١٦٧	تعرض الطفل لإصابات وكدمات في الرأس	
٩	٨.٩٪	١٠٨	تعرض الطفل لسقوط من أماكن عالية	
١١	٣.٥٪	٤٢	تعرض الطفل لحادث سيارة	
١٠	٦.١٪	٧٤	حوادث مختلفة	
٧	١١٪	١٣٤	عدم توفر الجو الأسري المناسب لنمو الطفل بشكل طبيعي كالخلافات والمشاجرات الأسرية	العوامل الأسرية
٢	٢٨.٣٪	٣٤٤	الرضاعة غير الطبيعية	عوامل الرعاية الغذائية
٣	١٩.١٪	٢٣٢	تعرض الطفل لسوء التغذية في السنوات الأولى من عمره	
١	٤٠.٥٪	٤٩٢	ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل بشكل متكرر في السنوات الأولى من عمره	عوامل وأمراض طارئة
٤	١٨٪	٢١٨	عوامل وأمراض أخرى	
	١٤.٤٢٪		المتوسط العام	

إجابة السؤال الرابع

لو تأملنا العوامل والأسباب العامة، ومدى مساهمتها في حدوث الإعاقة الفكرية خلال مرحلة ما بعد الولادة، لوجدنا - كما هو مبين في الجدول رقم (٩) - أن عوامل هذه المرحلة تراوحت نسبة مساهمتها ما بين (٤٠.٥%) إلى (٢%) موزعة على مجموعات من العوامل والأسباب المختلفة، وبمتوسط عام (١٤.٤٢%) كالعوامل البيئية، والعوامل الأسرية، وعوامل الرعاية الغذائية... إلخ.

وبشيء من التفصيل، يأتي عامل ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل وبصورة متكررة في السنوات الأولى من عمره في المرتبة الأولى وبنسبة (٤٠.٥%) كأحد العوامل الأكثر خطورة ومساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية خلال مرحلة ما بعد الولادة وذلك وفق بيانات الأسرة، يلي هذا العامل في الخطورة عوامل الرعاية الغذائية وبعامليها الرضاعة غير الطبيعية التي احتلت المرتبة الثانية وبنسبة (٢٨.٣%) كذلك عامل سوء التغذية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره في المرتبة الثالثة وبنسبة (١٩.١%)، بينما جاء عامل الأمراض الأخرى (مرض الهربز رقم (٢)، عرض الجنين الكحولي، والمرض الوراثي الانحلالي (H.D) في المرتبة الرابعة وبنسبة (١٨%)، ولكن يأتي عامل تعرض الطفل لإصابات وكدمات في الرأس، كأحد وأكثر العوامل البيئية المادية المساهمة في حدوث هذه الإعاقة خلال مرحلة ما بعد الولادة والذي احتل المرتبة الخامسة وبنسبة (١٣.٨%)، في حين احتلت عوامل الرعاية الصحية والعوامل الأسرية المراتب السادسة والسابعة والثامنة وبنسب متفاوتة تراوحت جميعها ما بين (١٢.٧%) إلى (٩.١%)، بينما جاءت بقية العوامل البيئية في مؤخرة الرتب من حيث مساهمتها في حدوث الإعاقة الفكرية خلال هذه المرحلة حسب استجابات أفراد الأسرة التي تراوحت نسبها ما بين (٨.٩%) بالنسبة لتعرض الطفل للسقوط من الأماكن العالية إلى (٢%) التي تمثل عامل تعرض الطفل لحالات تسمم.

وهكذا يتضح أن نتائج الدراسة الحالية حول مجموعة العوامل التي يمكن أن تساهم في حدوث الإعاقة الفكرية خلال مرحلة ما بعد الولادة قد لا تختلف في طبيعتها ومضمونها كعوامل

تكمن فيها الخطورة عن تلك الواردة في أدبيات الإعاقة الفكرية بصرف النظر عن الأرقام والنسب التي حصلت عليها هذه العوامل. لذلك جاء المتوسط العام لنتائج هذا السؤال حول العوامل والأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية خلال هذه المرحلة (١٤.٤٢٪) قريباً بنسبة كبيرة من نتائج دراسة كل من (Rontalio, et al., 1985) التي بلغ فيها المتوسط العام (١٢٪) و (١١٪) في دراسة (Lamont, et al., 1988) في حين اختلفت نتائج المتوسط العام لهذه الدراسات الثلاثة السابقة (بما فيها الدراسة الحالية) بدرجة كبيرة عن تلك المتوسطات العامة لتلك العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة خلال مرحلة ما بعد الولادة الواردة في دراسة كل من (Hou, et al., 1998) التي بلغ فيها المتوسط العام لهذه المرحلة (٣.٣٪) وكذلك دراسة (Stromme, et al., 2000) التي أيضاً بلغت نسبة المتوسط العام المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية خلال هذه المرحلة (٣٪).

على أية حال، جاءت طبيعية العوامل المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية خلال مرحلة ما بعد الولادة في الدراسة الحالية متوافقة مع طبيعة تلك العوامل التي أوردتها تلك الدراسات السابقة آنفاً وغيرها من العوامل البيئية والإصابات الدماغية، والنزيف داخل الدماغ، والتهاب السحايا الجرثومية بالإضافة إلى أورام الدماغ. وعلى ضوء ذلك، فإن أبرز نتائج هذه العوامل يكمن تأثيرها على أداء الجهاز العصبي المركزي مما ينتج عن ذلك في الغالب إعاقات فكرية بسيطة، ويأتي عامل ارتفاع درجة الحرارة لدى الطفل بشكل متكرر في السنوات الأولى من عمره في مقدمة تلك العوامل التي تؤثر على هذا الجهاز خلال مرحلة ما بعد الولادة بنسبة (٤٠.٥٪) كأحد وأخطر العوامل الطارئة التي تحدث بعد الولادة، وهذه النتيجة تؤيدها العديد من الدراسات السابقة التي تعاملت مع أمراض الطفولة ومن ضمنها الحمى القرمزية scarlet fever وحمى التيفوئيد typhoid، علاوة على الحمى المرتفعة في درجة حرارتها باستمرار high fever، (Gearheart & Litton, 1975, MacMillan, 1982, Grossman, 1983, and Kassel, 2010).

ولعل مصدر هذا الارتفاع في الحرارة لدى أفراد عينة الدراسة الحالية قد ينحصر في

تدني الرعاية الصحية، حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن عامل عدم توفر الرعاية الصحية الضرورية في وقتها المناسب الذي احتل المرتبة السادسة ونسبة (١٢.٧٪) أحد الأسباب، كذلك العامل الآخر وهو عدم تطعيم الطفل ضد الأمراض في الأوقات المناسبة الذي احتل المرتبة الثامنة ونسبة (٩.١٪).

أما العوامل الأخرى التي تأتي أيضاً في مقدمة عوامل الخطورة لمرحلة ما بعد الولادة والمساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية تبرز عوامل الرعاية الغذائية التي احتلت عوامل الرعاية الغذائية التي احتلت عواملها كالرضاعة غير الطبيعية المرتبة الثانية ونسبة (٢٨.٣٪) وسوء التغذية في السنوات الأولى من عمر الطفل المرتبة الثالثة ونسبة (١٩.١٪)، وهذه النتائج تتفق في خطورتها مع نتائج العديد من الدراسات (Roitz, 1991 & Rasheed, 1999)، ويؤكد رشيد (Rasheed, 1999) أن من أبرز نتائج سوء التغذية نقص اليود الذي قد يتلف القدرة العقلية ويسبب درجات متنوعة من الإعاقة الفكرية الذي قد يظهر على شكل القماءة، كذلك نقص فيتامين (أ) الذي يسبب أضراراً كثيرة من ضمنها الإعاقة الفكرية. أما عامل الأمراض الطارئة الذي احتل المرتبة الرابعة ونسبة (١٨٪) تكون نتيجته محصورة في ظهور القصور الواضح في جوانب النمو المختلفة لدى الطفل كالنمو المعرفي، والحركي، واللغوي، والاجتماعي... إلخ في السنوات الأولى من عمره، وهذه النتيجة الطارئة ما هي إلا نتيجة متراكمة من المراحل الزمنية السابقة وبالتحديد مرحلتي الحمل ومرحلة الولادة التي لا تظهر تأثيراتها مباشرة إلا في مراحل متقدمة أو متأخرة من حياة الطفل، وبالتحديد مع حالات الإعاقة الفكرية البسيطة، وبالتالي نجد أن المرض الوراثي الانحلالي أو الانعكاسي Heredodegenerative يعد في الأصل من عوامل مرحلة الحمل، ولكن تأثيراته لا تبدو جلية إلا في مراحل نمائية متأخرة من حياة الطفل كالبلوغ (Grossman, 1983)، يضاف إلى ذلك عرض الجنين الكحولي الذي تظهر أعراضه وتأثيراته في مرحلة الطفولة المبكرة (Menke, McCleac & Hansen, 1991)، كذلك يعتبر مرض الهربز رقم (٢) (H.S.T) من الأمراض

المعدية نتيجة انتقال العدوى إلى الجنين من الأم أثناء الولادة، ولكن أعراضه تظهر لاحقاً، وهذا المرض يصيب الأنسجة المخية محدثة تلف في الدماغ قد يتطور إلى وجود الإعاقة الفكرية (Ainsworth & Baker, 2004). وفي ضوء ذلك يمكن القول إن ظهور القصور في الأبعاد النمائية المختلفة خلال السنوات الأولى من عمر الطفل لربما يكون نتيجة لتلك الأمراض الطارئة التي أصابت الجنين وجهازه العصبي المركزي (Scola, 1991 & Hou, et al., 1998).

من جانب آخر، نجد أن بقية العوامل الأخرى لا تقل خطورة عن سابقتها ولكن بنسب أقل، فلو تأملنا العوامل البيئية كمجموعة من العوامل لها تأثير على الطفولة خلال مرحلة ما بعد الولادة، لوجدنا أن متوسط العام لهذه العوامل في الدراسة الحالية لا تتجاوز مساهمتها في الخطورة على (٧٪) على العكس من دراسة (Lamont, et al, 1988) التي نجدها ثمانية أضعاف تلك النسبة بحوالي (٥٨٪)، مع أن الدراسة الأخيرة تعاملت فقط مع الإعاقات الفكرية البسيطة، بينما الدراسة الحالية تعاملت مع جميع مستويات الإعاقة الفكرية البسيطة، والمتوسطة والشديدة حيث تمثل عينة الإعاقة الفكرية البسيطة حوالي (٦٧٪)، ولكن الأهم من هذا أن العوامل البيئية بمختلف مصادرها تحمل بين طياتها مكامن خطورة تمتد آثارها إلى السنوات الأولى من عمر الطفل بصرف النظر عن جذورها الأولية (خلال مدة الحمل أو بعد ذلك)، لذلك تُجمع العديد من الدراسات بما فيها الدراسة الحالية على أن الإصابات التي تصيب الدماغ والسقوط من الأماكن العالية وحوادث السيارات بالإضافة إلى حوادث التلوث البيئي كالتسمم بالرصاص أو الزئبق جميعها تحمل مخاطر ربما تكون سبباً في حدوث الإعاقة الفكرية (Mendala, et al., 2002 & Valent, et al, 2004).

السؤال الخامس: ما طبيعة الأسباب الخاصة المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية؟

جدول رقم (١٠)

يوضح الأسباب الخاصة المساهمة في حدوث الإعاقة حسب بيانات ملف الحالة

كمية ونسبة المعلومات المتوفرة		كمية ونسبة المعلومات المتوفرة في ملف الحالة						عوامل الاضطرابات الجينية والصبغية والإكلينيكية
%	المجموع	الترتيب	%	المجموع	بعد الولادة	اثناء الولادة	اثناء الحمل	
٩١.٧	١١١٣	١	٨.٣	١٠١	٧٦	٢	٢٣	وجود حالات لديها متلازمة داون
٩٩	١٢٠٢	٥	١	١٢	٩	١	٢	وجود حالات لديها متلازمة مارتن بل Fragile X Syndrome
٩٩.٩	١٢١٣	٩	٠.٠٨	١	٠	٠	١	وجود حالات لديها متلازمة تاي ساكس
٩٩.٢	١٢٠٤	٦	٠.٨	١٠	٤	١	٥	وجود حالات تعاني من اضطراب الفينيل كيتونوريا
٩٩.٥	١٢٠٨	٨	٠.٥	٦	٢	٠	٤	وجود حالات تعاني من اضطراب الحمض الأميني
٩٩.٤	١٢٠٦	٧	٠.٦	٨	١	٢	٥	وجود حالات تعاني من القماء
٩٦.٥	١١٧٢	٣	٣.٥	٤٢	٦	٩	٢٧	وجود حالات تعاني من صغر الجمجمة
٩٨.٤	١١٩٤	٤	١.٦	٢٠	٦	١	١٣	وجود حالات تعاني من استسقاء الدماغ
٩١.٧	١١١٣	١	٨.٣	١٠١	١٦	١١	٧٤	أسباب وعوامل خاصة أخرى
%٩٧.٢٦	١١٨١	-	%٢.٧٤	٣٣	المتوسط العام لتوفر العوامل والأسباب الخاصة			

إجابة السؤال الخامس

من خلال بيانات الجدول رقم (١٠) نجد أن متلازمة داون Down Syndrome تحتل المرتبة الأولى بين الأسباب الخاصة التي تتفرد في حدوث الإعاقة الفكرية وبنسبة (٨.٣٪)، ويشترك معها في أسباب وعوامل خاصة أخرى والتي مثلت نسبتها أيضاً (٨.٣٪) وهي عبارة عن مجموعة من العوامل التي غالباً لا تخرج عن المتلازمات الأخرى، وكذلك تلك الحالات التي تعاني من أمراض وراثية، كما تلاهما في الرتبة عاملان يمثلان حالات صغر الجمجمة Microcephaly التي احتلت المرتبة الثالثة وبنسبة (٣.٥٪)، وحالات استسقاء الدماغ Hydrocephalus التي جاءت في المرتبة الرابعة وبنسبة (١.٦٪)، بينما جاءت متلازمة مارتن بل Martin bell التي تسمى بصبغ X الهش Fragile X Syndrome في المرتبة الخامسة، وبنسبة (١٪) بين أفراد عينة الدراسة، تلاهما في ذلك حالات الاضطراب الإيضي (PKU) التي احتلت المرتبة السادسة وبنسبة (٠.٨٪)، في حين احتلت حالات القماءة Cretinism المرتبة السابعة بنسبة (٠.٦٪)، بينما جاءت حالات اضطراب الحمض الأميني Galactosemia في المرتبة الثامنة وبنسبة (٠.٥٪)، وأخيراً احتل مرض تاي - ساكس Tay-Sachs المرتبة التاسعة والأخيرة وبنسبة ضئيلة جداً بلغت (٠.٠٨٪) لأنها حالة واحدة بين عينة الدراسة.

وهكذا، وفي ظل المعلومات المتاحة والمتوفرة في ملف الحالة، فإن الباحث الحالي سوف يتعامل مع هذه النسب المبيّنة في جدول رقم (١٠) على أنها أرقام تعكس مدى وجود هذه العوامل والأسباب بين عينة الدراسة الحالية، وليست نسب تعكس حقيقة انتشارها بين الحالات الولادية كما هو وارد في أدبيات الدراسة الحالية، كما يمكن النظر إليها أيضاً على أنها نسب توضح مدى انتشار هذه العوامل والأسباب الخاصة بين حالات الإعاقة الفكرية الممثلة لعينة الدراسة الحالية، وبالتالي فإنه يبدو أن الأسباب الخاصة التي تتفرد في حدوث الإعاقة الفكرية وحسب المعلومات المتوفرة في ملف الحالة محصورة في تسعة عوامل تعود في مجملها إلى الاضطرابات الجينية والصبغية والغدد الصماء، وكذلك الاضطرابات الأيضية والحمضية، بالإضافة على شذوذ تركيبية الجمجمة.

وبالنظر إلى الجدول السابق نجد أن عدد الحالات التي استطاعت أن تقدم المعلومة المطلوبة من خلال ملف الحالة بلغ متوسطها العام (٣٣) حالة، وهذا الرقم يمثل ما نسبته (٢.٧٢٪) من بين عينة الدراسة التي بلغ عددها الكلي (١٢١٤) حالة، كذلك فإن هذه النسبة تغطي جميع مستويات الإعاقة الفكرية المختلفة كالبسيطة والمتوسطة والشديدة والحادة، وبالتالي يمكن القول إن نسبة كبيرة من هذه الحالات إن لم تكن جميعها تنحصر في مستويات الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة، وهذه النتيجة تتوافق إلى حد كبير مع أدبيات الدراسة التي تؤكد على أن معظم حالات الإعاقات الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة تعود أسباب حدوثها إلى العوامل الطبية والبيولوجية والمتمثلة في الاضطرابات الجينية والصبغية (Rantallio, et al., 1985, Lamont, et al., 1988, Hou, et al, 1998, and Stromme, et al., 2000) وعلى هذا الأساس، فإن مجمل العوامل والأسباب الخاصة المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية لدى عينة الدراسة الحالية قد بلغ متوسطها العام (٢.٧٤٪) كما يظهر في الجدول رقم (١٠)، وعلى الرغم من تدني هذه النسبة حول مساهمة هذه العوامل في حدوث الإعاقة الفكرية والذي ربما يعود السبب في تدنيها إلى أن نسبة (٩٧٪) من عينة الدراسة أي حوالي (١١٨١) حالة لا تتوفر في ملفاتها أي معلومات حول هذه العوامل الخاصة، إلا أنها تحمل بين طياتها مؤشرات علمية تؤكد على أن العوامل الطبية والبيولوجية وما يرتبط بها من اضطرابات جينية وصبغية أو اضطرابات حمضية أو تشوهات في تركيبية الجعجمة ما هي إلا عوامل تنفرد في حدوث الإعاقة الفكرية وبالتحديد في الإعاقات الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة. كذلك نجد أن هذه النسبة (٢.٧٤٪) أقل بحوالي (٥٠٪) من تلك النسبة التي أشار إليها موصر، (Moser, 2004) حيث ذكر بأن (٥.٦٪) بين حالات الإعاقة الفكرية تعود أسبابها إلى اضطرابات جينية وصبغية، ومع اختلاف النسبتين، إلا أنهما تتفقان على خصوصية هذه العوامل في حدوث الإعاقات الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة.

وبشيء من التفصيل، نجد أن متلازمة داون (DS) جاءت في مقدمة تلك الاضطرابات الجينية والصبغية وبنسبة (٨.٣٪)، وهذه النسبة، كما أشرنا سلفاً، لا تعبر عن حقيقة انتشار متلازمة داون (DS) في المجتمع السعودي وذلك لأسباب من أهمها، أن الدراسة الحالية ليست

موجهة لدراسة انتشار هذه المتلازمة، بل كانت تسعى لمعرفة طبيعة الأسباب والعوامل العامة والخاصة وراء حدوث الإعاقة الفكرية، وإذا كان الأمر يدعو إلى معرفة الأرقام الحقيقية لانتشار هذه المتلازمة، فبدون شك سيكون التصميم البحثي مختلف تماماً عما هو عليه الآن في هذه الدراسة، في حين يرى الباحث الحالي أن السبب الآخر يركز في أن (٩٧٪) من عينة الدراسة الكلية لم تفصح عن أي معلومات تتعلق بالأسباب الخاصة بما فيها هذه المتلازمة، ولكن يمكن القول إن هذه النسبة (٨.٣٪) تعكس انتشار متلازمة داون (DS) بين الإعاقة الفكرية التي تمثل عينة الدراسة الحالية، وبالتالي فإنها قريبة إلى حد كبير من تلك النسب التي تراوح مداها ما بين (٤٪) إلى (٦٪) والتي تعبر عن مدى انتشارها بين الإعاقة الفكرية (Moser, 2004, Pierangelo, et al., 2007, Maulik & Harbour, 2010).

وبما أن متلازمة داون (DS) من أكثر المتلازمات سبباً في حدوث الإعاقة الفكرية، فإن متلازمة X الهش (FXS) تليها في الانتشار كسبب في حدوث هذه الإعاقة، لذلك بلغت نسبة انتشار هذه المتلازمة بين حالات الإعاقة الفكرية الممثلة في عينة الدراسة الحالية حوالي (١٪)، وهذه التقديرات كمؤشرات علمية تتوافق مع العديد من أدبيات الدراسة حول الإعاقة الفكرية بما فيها الدراسات السابقة (Abuelo, 1991, Pueschel, et al., 1991, Flint, et al., 1998, dykens & Lockman, 1995, Moser, 2004, burke, 2006 and Pierangelo, et al, 2007). وآخر هذه المتلازمات في عينة الدراسة الحالية، جاءت متلازمة أو مرض تاي - ساكس (TS) في المرتبة الأخيرة ضمن العوامل والأسباب التسعة المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية، وحسب ظهورها في الجدول رقم (١٠) فإنه يوجد حالة واحدة فقط تم الإفصاح عنها في ملف الحالة والتي مثلت نسبة (٠.٠٨٪) ثمانية أعشار الواحد، لذلك لا يجد الباحث الحالي تفسيراً لهذه الحالة نادرة الحدوث، غير أن التقديرات العلمية تشير إلى أن هذه المتلازمة تحدث حالة واحدة بين كل ٣٦٠٠ حالة ولادة والتي تحدث غالباً بين المجموعات الاثنية القليلة وخصوصاً اليهود الشرقيين (Patton & Smith, 2006, and Pierangelo, et al., 2007).

أما فيما يتعلق بحالات شذوذ تركيبة الدماغ والمتمثلة في حالي صغر الجمجمة واستسقاء الدماغ والتي احتلتا المرتبتين الثالثة والرابعة وبنسبة (٣.٥٪) للحالة الأولى وبنسبة (١.٦٪) للحالة الثانية. ولتفسير هذه النسب، فإنها تشير إلى ثلاثة معطيات؛ أولهما أن تلك الحالات تعتبر من العوامل والأسباب الخاصة في حدوث الإعاقة الفكرية، وفي نفس الوقت وهو الأمر الثاني، أنها تعبر عن درجة انتشارها بين مجموعة الإعاقة الفكرية الممثلة لعينة الدراسة الحالية، بينما الأمر الأخير يتمثل في أن معظم هذه الحالات يصاحبها إعاقة فكرية شديدة حسب ما ورد في العديد من أدبيات الدراسة (Abuelo, 1991 & Burke, 2006). ولكن يلاحظ من هذه النسب أنها تختلف تماماً في تقديراتها عما ورد من نسب في أدبيات الدراسة الحالية والمعنية فقط بمدى انتشارها بين الحالات الولادية، وليس بين حالات الإعاقة الفكرية الممثلة لعينة الدراسة الحالية وفق النسب المشار إليها آنفاً من حالات صغر الجمجمة والذي يفترض أن يكون العكس هو الصحيح، لأن النسب والتقدير الواردة في أدبيات الدراسة الحالية تشير إلى أن حالات استسقاء الدماغ أكثر انتشاراً من حالات صغر الجمجمة بين الحالات الولادية (Abuelo, 1991, burke, 2006, & Pierangelo, et al., 2007)، وقياساً على تلك التقديرات العلمية، فإنه من المنطق أن تكون نسبة الانتشار بين الحالات الولادية تؤثر بدورها على حجم نسبة انتشارها بين حالات الإعاقة الفكرية، ولكن لا يوجد تعليل لهذا التباين سوى أن نقص المعلومات في ملف الحالة ربما يكون هو السبب في عدم منطقيته وتوران هذه النسب بين الحالات المشار إليها أعلاه.

كذلك فإن هذا التفسير أيضاً ينسحب على بقية العوامل الخاصة الأخرى المشار إليها في الجدول رقم (١٠) كالحالات الإيضية والحمضية، ولكن تظل هذه العوامل، بصرف النظر عن حجم انتشارها بين الحالات الولادية وكذلك بين حالات الإعاقة الفكرية، أسباب خاصة تنفرد من حدوث حالات الإعاقة الفكرية وعلى وجه الخصوص حالات الإعاقة الفكرية المتوسطة والشديدة والحادة، وهذا الأمر سيتوافق مع ما أوردته نتائج بعض أدبيات الدراسة المعنية بهذه الحالات (Brasco, et al., 2006 & Burke, 2006).

الخاتمة والتوصيات

إن طبيعة الدراسة الحالية ومنهجها يعتمدان على مدى توفر المعلومة حول العوامل العامة والأسباب الخاصة وراء حدوث الإعاقة الفكرية، لذلك سعت هذه الدراسة ومن خلال أهدافها إلى الوقوف على طبيعة العوامل والأسباب المساهمة في حدوث هذه الإعاقة في المجتمع السعودي ومدى توافرها وفق آلية معرفة الأسرة بها أو توفرها في ملف الحالة بناء على التشخيص الطبي، أو القياس النفسي، أو تقارير البحث الاجتماعي، وبصرف النظر عن الأرقام أو النسب التي كشفت عنها نتائج الدراسة الحالية ومدى توافرها من عدمه مع نتائج الدراسات الأخرى، إلا أن هذه التقديرات تظل مؤشراً علمياً على الخطورة المحتملة في مساهمة هذه العوامل والأسباب في حدوث الإعاقة الفكرية بمستوياتها المختلفة، كما أنها توجي أن هناك خللاً واضحاً في طبيعة ومستوى الثقافة الصحية، أو ثقافة السلام والأمان لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة في عمومها أو الإعاقة الفكرية على وجه الخصوص من حيث الالتزام وتطبيق الإجراءات والتدابير الوقائية المطلوبة لمنع حدوث هذه المشكلات، وحتى نتمكن من السيطرة على هذه العوامل العامة والخاصة وتعقيدها المتنوعة وما يترتب عليها من عواقب بالغة الخطورة، فإن الباحث الحالي يطرح مجموعة من التوصيات المعبرة عن نتائج الدراسة الحالية وفقاً لما يلي:

١- سن السياسات والتشريعات الصحية الوقائية التي تعمل على:

أ (إلزام الأسرة بإخضاع المولود الجديد لبرنامج التطعيمات المطلوبة لمنع حدوث الإعاقة بأنواعها ومستوياتها المختلفة.

ب) توفير خدمات الإرشاد الوراثي Genetic counseling قبل وبعد الزواج.

جـ) إلزام الراغبين في الزواج من أبناء العمومة والأقارب من الدرجة الأولى بنتائج الفحص الطبي قبل الزواج في حالة كانت النتائج موجبة.

د (توفير البرامج الوقائية التدخلية للحالات العرضية للخطورة كحالات اضطراب التمثيل الغذائي (PKU) أو حالات الجلالتسيميا لمنع حدوث الإعاقة الفكرية الشديدة.

هـ) توفير برامج المسح والتشخيص المبكرين لحالات الولادة الجديدة للكشف عن الاضطرابات الأيضية والنمائية وغيرها بهدف التدخل المبكر لمنع تطورها وتحولها إلى إعاقة.

٢- تفعيل دور مراكز الرعاية الصحية الأولية ودعمها بالكوادر البشرية المدربة على أساليب رعاية الأم الحامل المبنية أساساً على ثقافة الوقاية واستراتيجياتها المختلفة وذلك من خلال الأساليب الآتية:

أ) توفير الأجهزة الطبية القادرة على تشخيص وضع الجنين أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة.

ب) تجهيز المراكز بالمختبرات والمعامل القادرة على كشف الأمراض الوراثية والاضطرابات الصبغية لدى الأمهات الحوامل أو بعد الولادة مباشرة.

ج) توفير الاختبارات المعنية بقياس القدرة الحيوية لدى المولود الجديد التي من خلالها يتم الكشف عن طبيعة المشكلات النمائية التي يحتمل أن تواجهه في المستقبل.

٣- تكثيف التوعية الأسرية حول طبيعة أساليب الوقاية واستراتيجياتها المختلفة سواء على مستوى العوامل والأسباب العامة والتي تشترك فيها معظم الإعاقات المختلفة، أو الأسباب الخاصة التي تنفرد في حدوث الإعاقة الفكرية وذلك من خلال الآليات الآتية:

أ) توفير البرامج التدريبية للأمهات قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة حول الرعاية الصحية والتغذية السليمة، وأساليب السلامة للجنين أو الرضيع.

ب) تغيير بعض الاتجاهات الاجتماعية السلبية وتعزيز الإيجابية منها نحو الإجراءات الوقائية الضرورية للحد من حدوث الإعاقة.

ج) قيام الجهات ذات العلاقة بالمجالات الطبية، والنفسية، والاجتماعية والتربوية بتقديم البرامج التوعوية الموجهة نحو الأسر والتي يتم من خلالها التركيز على العوام المساهمة في حدوث الإعاقة الفكرية وأساليب الوقاية منها.

٤- إجراء البحوث المسحية لتقييم المستوى التوعوي والثقافي بالعوامل والأسباب المساهمة في حدوث الإعاقة بأنواعها ومستوياتها المختلفة وعلى رأسها الإعاقة الفكرية لدى الأسرة في المجتمع السعودي بهدف معرفة جاهزيتها لجميع الاحتمالات وكيفية التعامل معها.

المراجع

- Abuelo, D. (1991). Genetic Disorders. In J. Maston & J. Mulick, Handbook of Mental Retardation (2nd ed., pp 97-114). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Ainsworth, P. & Baker, P. (2004). Understanding Mental Retardation. A resource for parents, caregivers, and counselors. Jackson, University Press of Mississippi.
- Alford, C. (1988). Chronic Perinatal Infections & Mental Retardation, In J. F. Kavanagh (Ed.), Understanding Mental Retardation (PD137-148). Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Al-Mouzan, M. Al-Salloum, A., Al-Herbish, A. Qurachi, M., and Aloman, A. (2008). Consanguinity and major genetic disorders in Saudi children: a community-based cross-sectional study. Annal of Saudi Medical, 28(3), 167-173.
- Al-Sukait, M. (1992). Disability at Al-Qassem Region. Prince Salman Center for Disability Research.
- Beirne-Smith, M., Patton, J. & Kim, S., (2006). Mental Retardation: An Introduction to Intellectual Disabilities. (7thed), Columbus, Ohio, Pearson Merrill Prentice Hall.
- Brasco, J. Mattingly, M. & Sanders, L. (2006). Impact of Specific Medical Intervention on Reducing the Prevalence of Mental Retardation. Arch Pediatr Adolesc Med., 160, 302-309.
- Chelly, J., Khelfaoui, M. Francis, F., Cherif, B. & Bienvenu, T. (2006). Genetics and Pathophysiology of Mental Retardation. European Journal of Human Genetics, 14, 701-713.

- Cirnera, R. (2006). *Mental Retardation Doesnot Mean Stupid*. Lanham, Maryland. Rowmah & Littelfield Education.
- Croen, L. Grether, J. & Selvin, S. (2001). The Epidemiology of Mental Retardation of Unknown Cause. *Pediatrics*, 7(6), 1-5.
- Durkin, M. Khan, N. Davidson, L. & Zaman, S. (2000). Prenatal and Postnatal Risk Factors for Mental Retardation Among Children in Bangladesh. *American Journal of Epidemiology*, 152 (11), pp. 1024-1033.
- Dykens, E. & Leckman, J. (1995).Developmental Issues in Fragilex Syndrome.In R. Hodapps, J. Burack & E. Zigler (Eds.) *Issues in the developmental Approach to Mental Retardation*. (pp. 226-337); New York, NY. Cambridge University Press.
- El-Hazmi, M. Al-Sawailem, A. & Warsy, A. (1995).Consanguinity among the Saudi Arabian Population. *Journal of Medical Genetics*, 32(8) pp. 623-626.
- Evans, D. (1983). *The Lives of Mentally Retarded People*. Boulder, Colorabo, Westview Press.
- Flint, J. & Wilkie, A. (1996).The Genetics of Mental Retardation.*Birth Medical Bulletin*.52(3). 453-464.
- Gearheart, B. & Litton, F. (1975).*The Trainable Retarded*. Saint Louis, U.S. The C.V. Mosby Co.
- Grossman, et. al., (1983).*Classification in Mental Retardation*. Washington, D.C. American Association on Mental Deficiency.
- Hallahan, D. & Kauffman, J. (2000). *Exceptions Learner: introduction to Special Education*. (8thed.). Boston, U.S. Allyn & Bacon.

- Hamamy, H. (2012). Consanguineous Marriages Preconception Consolation in Primary Health Care Settings. *Journal Community Genet*, (3) pp. 185-192.
- Hou, J. W., Wang, T. & Chuang, S. (1998). An Epidemiological and Aetiological Study of Children with Intellectual Disability in Taiwan. *Journal of Intellectual Disability Research*. (42)2, 137-143.
- Kassel, K. S. (2010). *Intellectual Disability*. EBSCO Publishing.
- Lamont, M. & Dennis, N. (1988). Aetiology of Mild Mental Retardation. *Archives of Disease in Childhood*, 63, 1032-1038.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E. (2002). *Mental Retardation: Definition Classification, and Systems of Supports (10thed.)* Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., et al., (1992). *Mental Retardation: Definition Classification, and Systems of Supports (9thed.)* Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- MacMillan, D. L. (1982). *Mental Retardation in School & Society*. Boston, Little, Brown Company.
- Maris, A., Barbato, I., Trott, A., & Montano, M. (2013). Familiar Mental Retardation: a review & Proctical Classification. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1717-1729.
- Maulik, P. & Harbour, C. (2010). *Epidemiology of Intellectual Disability*. International Encyclopedia of Rehabilitation University at Buffalo, New York.

- Mendal, P. Selevan, S. Gutter, S. & Rice, D. (2002). Environmental Factors Associated with a Spectrum of Neuodevelopmental Deficits. *Mental Retardation Developmental Disabilities Research Reviews*.8(3) ,188-197.
- Menke, J., McClead, R. & Hansen, N. (1991). Perspectives on Perinatal Complications Associated with Mental Retardation. In J. Matson & J. Mulick (Eds.), *Handbook Mental Retardation*. (2nd, pp 139-150). New York, U.S. Pergamon Press.
- Mohammadi, M. Hooman, H., Afrooz, G., and Daramadi, P. (2012).The relation between consanguineous marriage and death in fetus and infants. *Journal of Research in Medical Sciences*. 448-451.
- Moser, H. (2004). Genetic Causes of Mental Retardation. *Annals of the New York Academy of Science*, (1038) (1).44-48.
- Nounou, H. Ali, S. & Shalaby, M. (2012).The Potential Risk Factors for Childhood Disabilities in Riyadh Rura Areas, Saudi Arabian. *Asian Biomedicine*, 6(60), 807-813.
- Pierangelo, R. & Giuliani, G. (2007). *The Educator's Diagnostic Manual of Disabilities & Disorders*. San Francisco, CA. John Wiley & Sons, Inc.
- Polloway E., & Smith, J. (2006).Biological Aspects and the Promises of Prevention.In M. Beirne-Smith, J. Patton, & S.K.U. (Eds.), *Mental Retardation.An Troducation to Intellectual Disabilities*. (pp. 180-226), Columbus, Ohio.Pearson Merrill Prentice Hall.
- Rantallio, P. & Wendi, L. (1988).Risk Factors for Mental Retardation.*Archives of Disease in Childhood*. 60, 646-952.

- Rasheed, (1999). Major Causes and Consequences of Childhood Disability. UNICEF, (2) (4) ,1-3.
- Rowitz, L. (1991). Social & Environmental Factors and Developmental Handicaps in Children. In J. Maston & J. Mulick (Eds), Handbook of Mental Retardation (2nd ed., pp 158-165) Elmasford, NY: Pergamon.
- Sagger, A. & Bittle, A. (2008). Consanguinity and Child Health. Paediatrics & Child Health, 18(3), 244-253.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. & et al. (2012). User's Guide: Applications for clinicians, educators,.....policy maker, family member and advocates & health care professionals. Washington, D.C. Published by AAIDD.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., and Others (2010). Intellectual Disability. (The 11th ed. Of the AAIDD Definition Manual) Washington, D.C. Published by AAIDD.
- Scola, P. (1991). Infections. In J. Matson & J. Mulick (Eds.), Handbook of Mental Retardation (2nd ed., pp. 151-157). Elmasford, NY: Pergamon Press.
- Scot, K. (1988). Theoretical Epidemiology Environmental & Life Style. In James Kavanagh (Editor), University Mental Retardation. (pp. 23-33), Batimore, Maryland, Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Simonoff, E. Bolton, P. & Ruter, M. (1998). Genetic Perspective on Mental Retardation. In J. Burack, R. Hadapp. & E. Zigler (Eds.), Handbook of Mental Retardation and Development. (pp. 41-79) Cambridge, U.K. Combridge University Press.

- Stromme, P. & Hagberg, G. (2000). Aetiology in Severe and Mild Mental Retardation a Population-based Study of Norwegian Children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, (42), 76-86.
- Tadmouri, G. Nair, P. Obeid, T. Alali, M., Al Khaja, H., & Others (2009). Consanguinity & Reproductive Health among Arabs. *Reproductive Health*, 6(17) October 8. doi:10118611742-4755-6-17.
- Valent, F. Little, D. Bertollini, R. and Others (2004). Burden of Disease Attributable to Selected Environmental Factors & Injury among Children & Adolescents in Europe, *Lancet*, 363, 2032-2039.
- Yaqoob, M., Bashir, A. Zaman, S., and Ferngnon, H. (2004). Mild Intellectual Disability in Children in Lahor, Pakistan: Aetiology & Risk Factors. *Journal of Intellectual Disability Research*. 48 (7) , 663-671.