جامعــة الشهيد حمه لخضـر بالوادي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علوم التربية

الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة

- دراسة مسحية بولاية الوادي -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التربية: تخصص تأهيل في التربية الخاصة

إعــداد الطالبة: نسرين صوالح محمد

إشراف الأستاذ (الدكتور): إسماعيل العيس

لجنة المناقشة

أ.د إسماعيل العيس	أستاذ محاضر	جامعة الوادي	مشرفا ومقررا
د. كريمة ميقاوسي	أستاذ محاضر	جامعة الوادي	مناقشا ورئيسا
أ. هند غدايفي	أستاذ محاضر	جامعة الوادي	عضوا مناقشا

دورة جوان : 2017/2016

شكر وتقدير

الشكر والثناء لله عز وجل دائما وأبدا وله الحمد والشكر كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه أن وفقني في اتمام هذا العمل.

ولأن كلمات الشكر هي بعض من العرفان بالجميل، فإنني أتقدم بالشكر الجزيل:

إلى الأستاذ المشرف، البروفيسور إسماعيل العيس على مساعدته في إنجاز هذا العمل... لك ألف شكر

إلى الوالد الغالي ... لا توفيك حقك أي كلمة شكر

إلى الأساتذة المناقشين... كلمة شكر

إلى الأساتذة الذين أشرفوا على تدريسنا خلال السنوات الماضية... تحية وشكر.

إلى زملاء دفعة تأهيل تربية خاصة (أول دفعة) جامعة الوادي... لكم كل الشكر.

إلى كل الأصدقاء خاصة من أعنّني في إنجاز هذا العمل سمية، دنيا وأسماء.

إلى كل من ساعدني سواء من بعيد أو قريب بهدف إتمام هذا العمل...

أقول لكم جميعا ألف شكر.

هؤلاء من ذكرت فشكرت أما من نسيت فهم أولى الناس بالتقدير.

وأختم بقول **العميد الأصفهاني:**

" إني رأيت أنه يكتب أحدا كتابا في يومه..إلا قال في غده لو غيرت هذه لكان أحسن ولو زيد هذا لكان يستحسن..ولو قدم هذا لكان أفضل..ولو ترك هذا لكان أجمل وهذه من أعظم العبر.. وهو دليل على استيلاء النقص على جملة البشر".

إهـــــداء

إلى أمي وأبي

إلى زوجي

إلى أبنائي مؤمن وتسنيم

إلى إخوتي

أهدي عملي هذا...

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الإعاقات التي تنتج عن الولادة المبكرة بولاية الوادي، ويتلخص الإشكال المطروح في التساؤلات التالية:

- ما هي الإعاقات والاضطرابات النمائية لدى الطفل الناتجة عن الولادة المبكرة؟
- هل يوجد اختلاف حسب الجنس للإصابة بتلك الاعاقات أو المضاعفات الناجمة عن الولادة المبكرة؟

تمت الدراسة على عينة الأطفال الخدج المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر(قسم حديثي الولادة) والمراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة (المركز النفسي البيداغوجي مدرسة الأطفال المعوقين سمعيا، مدرسة الأطفال المعاقين بصريا) وجمعيات خاصة (جمعية تاج للصحة ومركز خطوة للتكفل المشكلات السلوكية والنفسية) خلال الموسم الدراسي 2016/ 2017 بالوادي.

من خلال دراسة الملفات والسجلات والتي كان عددها حوالي 1000 ملف، تم اختيار الحالات المدروسة بطريقة قصدية وعددها النهائي 42 حالة اختيرت حسب معياري الخداجة والإعاقة لتمثل بذلك عينة الدراسة، وبإتباع المنهج الوصفي بأسلوبه المسحي الاستكشافي وباستخدام الأساليب الاحصائية المتمثلة في التكرارات والنسب المؤوية تم التوصل إلى:

- أن الولادة المبكرة تنتج عنها اعاقات مختلفة تمثلت حسب النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية في: صعوبات التعلم، الإعاقة العقلية، الإعاقات الحسية (سمعية أو بصرية)، الشلل الدماغي الحركي، وإعاقات أخرى تمثلت في التوحد، تأخر النمو الحسي حركي، اضطرابات النطق و التشوهات الخلقية.
- أن نسبة الذكور أعلى من الإناث في جميع الإعاقات.

Abstract

Cette étude visait à mettre en évidence les différents handicaps et troubles développementaux résultants de la naissance prématurée, dans la région d'El-Oued.

Les questions de notre recherche sont formulées comme suit:

- Quelles sont les handicaps et les troubles développementaux chez l'enfant né prématuré ?
- Est ce qu'il existe une différence significative entre les garçons et les filles en matière de prévalence de ces handicaps et troubles post naissance prématurée ?

Cette étude a été effectuée sur un échantillon d'enfants nés prématurés à l'hopitale Bachir Ben Naceur (service de maternité), et au niveau des centre pour enfants ayant des besoins spécifiques (CMP, école des enfants sourds, et école des enfants aveugle), ainsi qu'au niveau des centres appartenant à des associations spécialisées, et ce au cours de l'année 2016-2017.

Après consultation des fichiers d'environ 1000 cas, 42 cas ont été prélevés de manière très sélective sur la base des critères de prématurité et de présence d'un handicap quel que soit le type.

Les résultats de cette étude ont montré que les types d'handicap de troubles développementaux constatés chez notre population causalement liés à la naissance prématurée, sont de différents types : handicap mental, handicaps sensorielles (auditifs et visuels), IMC, autisme, troubles de langage et troubles d'apprentissage. Aussi, la prévalence de ces différents troubles et handicaps est beaucoup plus accentuée chez les garçons que chez les filles.

فهرس المحتويات

	المحتويات	الصفحة
	شكر وتقدير	أ
	إهداء	ب
	ملخص الدراسة باللغة العربية	ج
	ملخص الدراسة باللغة الاجنبية	د
	فهرس المحتويات	هـ
	فهرس الجداول	ز
	فهرس الأشكال	ح
	مقدمة	9
الجانب النظري		
الفصل الأول : الاشكالية واعتباراتها		
1	تحديد المشكلة	13
2	أهداف الدراسة	16
3	أهمية الدراسة	16
4	التعاريف الاجرائية	16
5	الدراسات السابقة	17

الفصل الثاني: الــولادة المبكــرة		
1	مراحل النمو الطبيعي	23
2	تعريف الولادة المبكرة وأنواعها	26

3	أعراض الولادة المبكرة	29
4	نسبة انتشار الولادة المبكرة	30
5	أسباب الولادة المبكرة	31
6	مظاهر الولادة المبكرة	32
7	التشخيص والعلاج	35
خلاصة الفصل		38
الفصل الثالث : أهم الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة		
1	الإعاقة العقلية	40
2	الإعاقة السمعية	42
3	الإعاقة البصرية	44
4	الشلل الدماغي الحركي	47
5	صعوبات التعلم	50
خلاصة الفصل		53
الجانب الميداني		
الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة		
1	منهج الدراسة	56
2	مجتمع وعينة الدراسة	57
3	أدوات الدراسة	60
4	إجراءات الدراسة	60
5	الاساليب الاحصائية	61
خلاصة الفصل		62
الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها		
1	عرض نتائج التساؤل الأول	64

2	عرض نتائج التساؤل الثاني	65
3	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول	67
4	مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني	72
5	خلاصة نتائج الدراسة	74
التوصيات والاقتراحات		75
قائمة المراجع		
قائمة الملاحق		

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح عدد الولادات الطبيعية والمبكرة خلال السنوات 2009-2016	57
02	يوضح توزيع العينة حسب أماكن توزيعهم	59
03	يوضح أهم الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة	64
04	يوضح الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة حسب الجنس	66

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	يوضح صورة لحاضنة اصطناعية	27
02	يوضح الانقباضات في الرحم	30
03	يوضح أسباب الولادة المبكرة	32
04	يوضح صورة لطفل خديج يعاني مشكلات في التنفس	34
05	يوضح ضبط درجة الحرارة المناسبة للطفل الخديج	38
06	يوضح صورة لطفل خديج يعاني شلل دماغي حركي	49
07	يوضح أنواع صعوبات التعلم	51
08	يوضح النسبة المئوية الولادات الطبيعية والمبكرة خلال السنوات 2009-2016	58
09	يوضح توزيع أفراد العينة	60
10	يوضح النسبة المئوية للإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة	65
11	يوضح النسبة المئوية للإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة حسب الجنس	66

مقدمة

يطلق مصطلح التربية الخاصة على كل الفئات التي تحتاج إلى نوع خاص من الرعاية سواء كانت جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو تربوية ...، ذلك أن الواقع يفرض تحديا من كل الجوانب، فالإعاقة كعجز نسبي أو كلي في أداء وظيفة أو وظائف حيوية تعتبر مشكلة متعددة الأبعاد تتداخل فيها الجوانب الطبية والاجتماعية والنفسية والتعليمية والتأهيلية بصورة يصعب الفصل بينها، والكشف عن الأسباب والعلل والتنبؤ بها والسيطرة عليها تدخل في نطاق العلوم بمعناها الأكاديمي والاجتماعي والإنساني، وفي حين يقوم العلم بالكشف والسيطرة على بعض المسببات في حدوث الإعاقة، يقوم في الوقت نفسه باستحداث مسببات أخرى تكون دافعا للبحث نحو مزيد من التحدي.

وتعتبر الولادة المبكرة كعامل مباشر أو غير مباشر في حدوث إعاقات فهي تجعل من الطفل مهيأ للإصابة بمضاعفات تؤثر عليه وتسبب له عجز يعيقه بقية حياته.

وبناء عليه تم اختيار موضوع البحث لتسليط الضوء على هذا الجانب النفسي الهام في كل ما يتعلق بهذا النوع من الولادات وما ينجر عليه من مشكلات صحية أو إعاقات تصيب الطفل.

وقد أنجزت هذه الدراسة بناءا على ما تمليه الدراسات النفسية والتربوية المكونة من جانبين يتعلق الجانب الأول بالإطار النظري للدراسة ويتعلق الثاني بالإطار التطبيقي ويشمل كل جانب عدة فصول، واقترحت الخطة المنهجية التالية لدراسة هذا الموضوع:

الجانب النظري يحتوي على ثلاث فصول:

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها، وتم التطرق فيه إلى مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وأهميتها وأهدافها ومصطلحاتها، والدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع.

الفصل الثاني: والذي كان حول الولادة المبكرة وفيه تم التطرق إلى مراحل النمو الطبيعي يلي ذلك تعريف الولادة المبكرة وأنواعها، أعراضها، أسبابها، مظاهرها وأخيرا التشخيص والعلاج.

الفصل الثالث: وتم فيه تناول أهم الإعاقات والاضطرابات النمائية والتي كانت كالتالي: الإعاقة العقلية، الإعاقة السمعية الإعاقة البصرية، الشلل الدماغي الحركي وصعوبات التعلم.

الجانب الميداني: وتناولت الدراسة خلاله فصلين:

الفصل الرابع: وفيه تم التطرق إلى الإجراءات الميدانية من تعريف للمنهج المتبع وعينة الدراسة وخصائصها، أدوات الدراسة وإجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الخامس: الذي احتوى عرض النتائج ومناقشتها حسب التساؤلات المطروحة للدراسة وأخير خلاصة نتائج الدراسة وتوصياتها واقتراحاتها.

وختاما قدمت خلاصة عامة للبحث تم فيها إبراز أهم النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة بما يتوافق مع أهدافها.

الجانـب النظـــري

الفصل الأول

مشكلة الدراسة واعتباراتها

1- تحديد مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

2- أهمية الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- التعاريف الإجرائية

5- الدراسات السابقة

1-تحديد المشكلة:

تعد الإعاقة بكل صورها واحدة من القضايا النفسية الاجتماعية التي لم تقتصر آثارها على الفرد فحسب بل تتعدى إلى الأسرة وإلى المجتمع لذا أصبحت معالجة هذه القضايا محط عناية واهتمام الكثيرين ذلك أنه لا يخلو أي مجتمع مهما بلغ من سبل التقدم والتطور من وجود الإعاقات على اختلاف أنواعها ومهما اتخذت إجراءات الوقاية والحماية.

وبالرغم من كل التطورات العلمية في مختلف الميادين فإن معدلات حدوث الإعاقة في تزايد. فحسب تقارير منظمة الصحة العالمية فإن فئة المعاقين في الوقت الحالي تمثل نسبة كبيرة في أي مجتمع، حيث كشفت إحصائيات صادرة عن هيئة الأمم المتحدة أن عدد المعوقين في العالم قد وصل إلى 650 مليون معاق في سنة 2002 أي ما يعادل 10 % من إجمالي سكان العالم وأن 80 % من هؤلاء المعاقين يعيشون في بلدان العالم الثالث ومنها الجزائر حيث بلغ عدد المعوقين بالجزائر حسب إحصائيات أفريل 2007 ثلاثة ملايين و400 ألف معاق أي ما يعادل 13 %من المجموع الإجمالي للتعداد العام للسكان (مهداوي الدين،2011).

وعليه فإن مجال التربية الخاصة يتعدى تقديم الخدمات بل يعزى إلى الحد من تفاقم هذه الظاهرة من خلال التعرف على العوامل المؤثرة في ظهور الإعاقات ومحاولة السيطرة عليها، لأن الإعاقة مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد والكشف عن الأسباب والعلل والتنبؤ بها يعتبر الخطوة الأولى في محاولة توفير الرعاية. والفترة الأولى من الحمل خاصة الأشهر الثلاثة الأولى تعتبر أهم ما يجب الاهتمام به، فتعرض الأم أو الجنين في تلك الفترة لأمراض معينة أو أشعة أو تناول أدوية أو كحول يسبب الكثير من المشكلات الصحية للطفل بعد الولادة.

من بين الأسباب التي تساهم في ظهور الإعاقات كذلك تعرض الأم إلى ولادة مبكرة وخروج الجنين قبل فترة انتهاء الحمل وتلد مولودا قبل موعده أو خديج – هو الطفل الناتج عن فترة حمل أقل من 37 أسبوع ويقل وزنه عن 2500 كغ- لأن فترة النمو لم تكتمل وتمثل هي الأخرى نسبة تفرض على الباحثين الاهتمام بهذا النوع من الولادات حسب منظمة الصحة العالمية وإحصاء الولادات المبكرة لأكثر من 100 دولة حول العالم خلال فترة 1999- 2010 **(ملحق رقم 1)**(منظمة الصحة العالمية، 2012).

إن ما تعانيه الأم من مشكلات أثناء الحمل ينعكس سلبا على الطفل عموما و الخديج خاصة ما يجعله من أكثر الفئات تعرضا للعديد من المخاطر الصحية والتعقيدات النمائية. وعلى الرغم من مساهمة التقنيات الحديثة في مجال رعاية المواليد الخدج في الدول المتقدمة التي ساعدت في تقليص النسبة العالية للوفيات بينهم (ميرزا 2002)، إلا أن الأمر يختلف في الدول النامية فحسب منظمة الصحة العالمية فإن (28%) من مجموع وفيات حديثي الولادة هم من الأطفال الخدج (الوفاة خلال السبعة أيام الأولى) أما الأحياء منهم فيصابون بتشوهات خلقية تراوحت نسبتها بين(5% و7%) في بعض البلدان المتقدمة في حين قد تكون النسبة أعلى بكثير في البلدان النامية كما تبدو هذه الأرقام في ازدياد.(منظمة الصحة العالمية 2010)، كما أن للولادة المبكرة عواقب وخيمة طويلة الأجل على الصحة فغالباً ما تمتد المضاعفات المرتبطة بالخدج إلى وقت لاحق من الحياة مما يُسفر عن آثار جسمية وسيكولوجية واقتصادية هائلة.

ولأهمية النمو في المرحلة الأخيرة من الحمل فإن الولادة كلما كانت مبكرة كلما كانت المشاكل بالنسبة للمولود أكبر، ذلك أن نمو الأطفال الخدج يكون اقل من الأطفال مكتملين النمو ويرجع ذلك لعدة أسباب حيث لا يعرف السبب الرئيسي للولادة المبكرة ولكن هناك أسباب كثيرة تناولتها العديد من الدراسات من بينها نذكر دراسة (الشركجي، 2007. السعدي 2012، المحمدي والغردلو وآخرون 2012) وغيرها من الدراسات العربية والأجنبية، ذلك أن هذه الفئة تتطلب نوع خاص من الرعاية الطويلة والمكلفة تتمثل في توفير الحاضنات التي تعتبر المعيار لرعاية حرارة الأطفال ناقصي الوزن حيث أن تكلفتها تجعل عددها محدود ولا يكفي لجميع الأطفال مما يضطر إلى تقليص مدة بقاء الطفل اللازمة داخل المستشفى ليحظى غيره بفرصة. كذلك المشكلات المتعلقة بالصيانة انقطاع التيار الكهربائي عدم توفر قطع الغيار، وضع أكثر من طفل في الحاضنة الواحدة والعدوى كلها عوامل تساهم في زيادة المشكلات الصحية لهؤلاء الأطفال خصوصا في الدول النامية (الوكالة الامريكية للتنمية الدولية، 2010) .

ويعتبر موضوع الولادة المبكرة من المجالات التي تلقى اهتمامًا في مجال الطب في البحوث العلمية على غرار الدراسات النفسية التي لم تسلط الضوء على هذه الفئة وما يترتب على نموها غير الطبيعي على مستوى الصحة الجسدية والعقلية. وتعد الدراسات والأبحاث

الرامية إلى الوقاية من الولادة المبكرة من أهم الأولويات لدى العاملين في مجال أمراض النساء والولادة في القطاعات الصحية في مختلف أنحاء العالم كون هذه المسألة تعد من المجالات ذات الأولوية المتصلة بصحة الأم والطفل في استراتيجيات الصحة للعديد من الدول (أوكادي، 2010).

أما الدراسات القريبة من الدراسة الحالية فهي دراسة(Silveman, 1985. ميرزا، 2002 المغربي، 2006. إسماعيل، 2009. القيصي وأبو جليل وآخرون، 2014) والتي ركزت في مجملها على الأسباب المؤدية إلى الولادة المبكرة واندرجت خلالها الإعاقات كنتيجة أو كعامل خطر، ولكن لم توجد أي دراسة حسب علم الباحثة تناولت تلك الإعاقات كنتيجة للولادة المبكرة أو تصنيفها أو تحديدها سوى ما نشر من مقالات في منشورات عربية وعالمية خلال ملتقيات من مختلف الجامعات العالمية حيث تثبت نتائج تلك الدراسات أن الأطفال الذين يولدون قبل الأوان يملكون معدلاتٍ أعلى بالإصابة بالشلل الدماغي والإعاقات العقلية المختلفة والقصور الحسي والعجز عن التعلم مقارنةً مع الأطفال المولودين في أوانهم (منظمة الصحة العالمية، 2010).

ومن خلال ما سبق تم التركيز على الولادة المبكرة لما يسببه من مشاكل للطفل وللأسرة والمجتمع وبناءا عليه تم طرح تساؤلات الإشكالية على النحو التالي:

- ما هي الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة ؟
- هل يوجد اختلاف حسب الجنس للإصابة بتلك الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة؟

2-أهداف الدراسة:

- التعرف على الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة.
- التعرف على ما إذا كان يوجد اختلاف حسب الجنس للإصابة بتلك الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة.
- تقديم إحصاءات أولية عن نسبة انتشار الولادة المبكرة والإعاقات الناتجة عنها.

3-أهمية الدراسة:

- تعتبر الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة من المواضيع الجديدة والتي لم تحظى بأهمية كبيرة في المجتمعات العربية، حيث ينصب الاهتمام في هذا الموضوع على أهمية الحصول على نتائج أو إحصائيات تمكن من مساعدة الباحثين والعاملين في قطاع الصحة من إمكانية التحكم في بعض المتغيرات، ومحاولة الاستفادة من هذه النتائج لتصحيح أو لتفادي بعض الأخطار التي تصيب الأم والطفل.
- نظرا لقلة الأبحاث التربوية ذات العلاقة بما تسببه الولادات المبكرة من إعاقات ومشكلات تربوية في الجزائر وعلى مستوى الوطن العربي عموما، فإنه لم يتم رصد أي دراسة محلية أو عربية مشابهة للدراسة الحالية سواء من حيث المضمون أو الأهداف، وما يتوفر من دراسات تتعلق بالمواليد الخدج يمثل بحوث ذات طبيعة طبية بحتة.

4- التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

الولادة المبكرة:

نتبنى تعريف منظمة الصحة العالمية للولادة المبكرة : وهي كل حمل يكون لأقل من 37 أسبوع وأكثر من 22 أسبوع على الأقل ومهما كان الوزن (500 غ) على الأقل.
(منظمة الصحة العالمية، 2012)

الإعاقة:

هي كل عجز يولد به الطفل أو يكتسبه بعد مدة من ولادته نتيجة لعدم اكتمال نموه داخل الرحم خلال الفترة اللازمة (40 أسبوع) مما يؤثر على بعض الأعضاء مسببا بذلك قصور في وظيفتها محدثا إعاقة معينة كالإعاقة العقلية أو الإعاقات الحسية (سمعية أو بصرية) أو عصبية (شلل دماغي حركي، صعوبات تعلم).

5- الدراسات السابقة:

5-1 الدراسات العربية:

- دراسة عجاج (1998) التي أكدت بأن نسبة الذكور ممن يعانون صعوبات التعلم تقدر بحوالي(15.64%)، بينما لدى الإناث تقدر (11.38%) وتشمل الصعوبات النمائية والأكاديمية معا(عجاج، 1998).

- دراسة ميرزا (2002) فاعلية برنامج تدخل مبكر لدعم ست أمهات سعوديات لأطفال خدج أكدت نتائجها على فعالية التدخل المبكر في تنمية المهارات الوالدية لأمهات الخدج بما يكفل تقديمهن لمستوى نوعي من الرعاية لأطفالهن الخدج كونها من بين الفئات المعرضة لمخاطر التأخر النمائي في شتى المجالات النمائية (ميرزا، 2002).

- دراسة المغربي (2004) هدفت الدراسة إلى عرض صحة الفرد المسلم في ضوء السنة النبوية الشريفة، حيث أظهرت الدراسة أن المواليد الخدج الذين يكون وزنهم أقل من2.500 كغ يكون مستوى السكر في الدم منخفضاً جداً بحيث يكون في كثير وكلما كان وزن المولود أقل كلما كان مستوى السكر منخفض مما يؤدي ذلك رفض المولود الرضاعة وارتخاء العضلات والتوقف المتكرر في عملية التنفس ازرقاق الجسم واختلاجات، نوبات من التشنج وبالتالي يؤدي ذلك إلى مضاعفات خطيرة مزمنة متمثلة في تأخر النمو، التخلف العقلي الشلل الدماغي، إصابة السمع أو البصر أو كلاهما ونوبات صرع متكررة (المغربي،2004).

- دراسة الناطور (2005) التي أكدت أن أعداد التلاميذ الذكور المعروفين بذوي صعوبات التعلم يفوق أعداد الإناث المعروفات بذوات صعوبات التعلم بما يقارب الضعفين إلى ثلاثة أضعاف.

- دراسة دبدوب ويونس (2005) وفيها شخصت القيم الشاذة كنتيجة لتحليل الانحدار وبطريقة الرسم الصندوقي، وتم معالجتها بطريقة متوسط البتر وقورن بين وجود القيم الشاذة ومعالجتها في تأثيرها على نتائج تحليل انحدار حياة الخديج على كل أو بعض المتغيرات التوضيحية التسعة التي يعتقد بأنها تؤثر على حياته، جمعت البيانات عن المواليد الخدج خلال ثلاثة فترات زمنية :قبل الحصار(89-1990)، وفي ظل الحصار قبل مذكرة التفاهم (94-1995) وبعد مذكرة التفاهم(99-2000) ومَثل كل 100 مولود خديج فترة زمنية واحدة وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن العوامل التي تؤثر على حياة الطفل الخديج اختلفت في الفترات الثلاثة (مجلة علوم الرافدين، 2006).

– دراسة الشركجي (2007) والتي هدفت إلى تناول طريقة المحاور الأساسية لتشخيص أهم العوامل المؤثرة في ولادات الأطفال الخدج، خلصت الدراسة إلى أن أهم تلك العوامل هو عمر الأم، عدد الولادات، عدد حالات الإجهاض، نوع الولادة، وزن الطفل، مدة بقاءه في الحاضنة ونوع المرض الذي يعاني منه (مجلة التربية والعلم، 2007).

– دراسة إسماعيل (2009) وهدفت إلى تقييم واقع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في العراق والخدمات المقدمة لهم، فقد تبين أن الخدج معرضون للإصابة بمرض الغشاء الشفاف الذي يصيب الرئتين حيث يؤثر على وصول الأكسجين للدم وخروج ثاني أكسيد الكربون مما يسبب تلف في المخ والذي يؤدي بدوره إلى حالات متفاوتة من التخلف الذهني كما يؤدي انخفاض الأكسجين الواصل للمخ إلى الإصابة بالمشكلات العصبية كصعوبات التعلم.
(إسماعيل، 2009)

– دراسة عيدلي وبلغيث (2012) حيث هدفت الدراسة إلى معرفة الاستجابة الاكتئابية لدى المرأة بعد الولادة على عينة تمثلت في (100) امرأة حديثة الولادة من خلال المنهج الوصفي الاستكشافي، أثبتت الدراسة أن من أهم الأسباب التي تحدث اكتئاب ما بعد الولادة صعوبة الولادة، حالات الولادة المبكرة أو المتأخرة، ولادة طفل بعيوب خلقية إضافة إلى عدم وجود مساندة من أفراد الأسرة، أو مرور المرأة بمشكلات وصدمات أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة (عيدلي، بلغيث، 2012).

– دراسة المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين بالأردن (2010) ويهدف هذا التقرير بشكل رئيسي إلى إعطاء صورة عن مدى انتشار الإعاقة في الأردن، والإعاقات الأكثر انتشاراً بين أفراد المجتمع، ويتضمن التقرير منهجية المسح وأسلوب جمع البيانات والنتائج التحليلية، خلصت نتائجه إلى أن نسبة المعاقين (02 %) تمثل نسبة الذكور منها (59%) مقابل (41%) من الإناث في جميع الإعاقات وأكثر الإعاقات انتشارا الإعاقة الحركية وضعف البصر وأقلها التوحد وصعوبات التعلم. (المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين بالأردن، 2010).

– دراسة السعدي (2012) هدفت الدراسة إلى معرفة عوامل الخطورة المساهمة في الولادة المبكرة ، حيث كانت دراسة وصفية غرضية، تكونت عينة البحث من (200 أم) أظهرت النتائج أن سن الأم والمستوى الثقافي والاقتصادي وكثرة الاتصال الجنسي والتعرض لبعض

الأمراض وخاصة فقر الدم، كذلك التدخين كلها أسباب مضرة بصحة المرأة الحامل مما يؤدي بها إلى ولادة مبكرة (السعدي، 2012).

– دراسة المحمدي وآخرون (2012) هدفت هذه الدراسة إلى معرفة البروفيل الوبائي والزمني للولادة المبتسرة، حيث أوضحت نتائج الدراسة أن العمر الحدِّي للأم (19- 35عاماً) ووجود حمل توأمي وحدوث مضاعفات أثناء الحمل كانت منبِّئات مهمّة بالابتسار (الخدج) وخلصت إلى أنه ينبغي بذل جهود لتحسن جودة الرعاية الصحية لاسيَّما في حالات الحمل ذات الخطورة العالية. (مجلة الصحة للشرق الأوسط، 2014)

– دراسة القيصي وآخرون (2014) والتي هدفت إلى تحديد قيمة الجهد التأكسدي 8epi-PGF2α ومضادات الأكسدة مغذية (السلينيوم) في الحبل السري لأطفال الولادة المبكرة وأطفال الولادة الكاملة وأمهاتهم، ذلك أن الجذور الحرة تشكل واحدة من مجموعة آليات تشترك في التسبب بعدة أمراض تصيب الخدج، وبينت نتائج الدراسة أن مستوى السلينيوم في أطفال الولادة المبكرة وأمهاتهم منخفض مقارنة بأطفال الولادة الكاملة وأمهاتهم، بينما مستوى الجهد التأكسدي كان مرتفعا في أطفال الولادة المبكرة وأمهاتهم مقارنة بأطفال الولادة الكاملة وأمهاتهم، وبذلك من الممكن استنتاج أن الخدج وأمهاتهم هم أكثر عرضة للجهد التأكسدي من أطفال الولادة الكاملة وأمهاتهم، ذلك أن الدهون فوق المؤكسدة تلعب دورا حيويا في التسبب في مضاعفات كثيرة لدى حديثي الولادة والتوتر الشديد والنمو غير المكتمل وبالتالي تعرض الخدج لعدة أمراض. (المجلة الدولية للعلوم والتكنولوجيا، 2014)

– دراسة بدور وآخرون (2014) والتي هدفت إلى تقييم جودة الأداء التمريضي في وحدة العناية المركزة، وخلصت النتائج إلى وجد أن حوالي ثلثي أفراد العينة تقريباً (67%) لديهم مستوى أداء ضعيف في جميع الإجراءات التمريضية فيما الثلث الباقي (33%) لديه مستوى متوسط من الأداء التمريضي، كما أظهرت الدراسة أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مستوى الأداء التمريضي في (وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة) وكل من المؤهل العلمي، بينما كشفت الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية هامة بين مستوى الأداء التمريضي في قسم (وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة) والعمر وسنوات الخبرة التمريضية العامة (مجلة جامعة تشرين للبحوث العلمية والدراسات 2014).

2-5 الدراسات الأجنبية:

- دراسة Silverman (1985): هدفت الدراسة إلى معرفة سبب حالة العمى عند الرضع الخدج، حيث أوضحت أن من الآثار التي تصادف الأطفال المولودين مبكرا كانت حالة من العمى (التليف خلف البلورة) بين الأعوام 1942 و 1945 والتي تبين أنها كانت جراء الطريقة التي يتم بها تزويد الخدج بالأكسجين (العسالي، 2002).

- أجرت منظمة الصحة العالمية مراجعةً منهجيةً للانتشار العالمي لوفيات الأمهات وأمراضهن في الفترة بين 1997-2002 بهدف المُساهمة في قاعدة المعرفة في هذا المجال واسُتخدمت المعطيات المُستخرجة من هذه المراجعة وذات الصلة بمعدلات الخدج في هذه الدراسة جنباً إلى جنب مع معطيات من بحث تكميلي مُنفّذ في الأعوام 2003-2007 لتقديم تقديرات حديثة، تُمثل هذه المخطوطة تحليلاً لمعدلات الخدج العالمية في محاولة لفهم المدى العالمي لهذه المشكلة الصحية العمومية والتبصّر في إستراتيجيات التقييم القائمة حالياً ووضع خارطة للتوزيع الإقليمي للخدج (منظمة الصحة العالمية، 2010).

- دراسة Leuger (2008): أظهرت نتائج هذه الدراسة أن من أكثر ما يصيب الأطفال الخدج مشكلات عصبية تؤدي إلى صعوبات في التعلم في المستقبل.(Leuger, 2008)

- دراسة Lindström, Winblah, Haglund et al (2007): هدفت الدراسة إلى رصد كل ما يتعلق بالأطفال الخدج في فنلندا وأوروبا من أسباب مؤدية للولادة المبكرة ونسبة انتشار والتكفل والإعاقات المرتبطة بهؤلاء الأطفال حيث أثبتت الدراسة في هذا الجانب (الإعاقات) مدى ارتباط المشكلات الصحية بالإعاقات على المدى القريب والبعيد لهذه الفئة فمتلازمة الضائقة التنفسية تسبب على المدى القريب تأخر في النمو على المدى البعيد الشلل الدماغي الحركي، النزيف داخل البطيني يسبب عدوى تسبب إعاقات حسية، التهاب الأمعاء يسبب صعوبات التطور العصبي وبالتالي تأخر نمو غير مكتمل تسبب صعوبات تعلم العدوى تسبب توترات عابرة تحدث اضطرابات سلوكية (Lindström et al, 2007).

- دراسة جوي لون (2012) حيث هدفت الدراسة إلى معرفة أبي الجنسين أكثر عرضة للولادات المبكرة من خلال مراجعة بيانات الولادات المبكرة سنة 2012، تبين أن أكثر من 34400 ولادة للذكور في الأسبوع 37 مقابل 28700 ولادة أنثى، أي أن الذكور عرضة للولادة المبكرة بنسبة (14%) كما أنهم أكثر عرضة للعدوى واليرقان وبالتالي هم أكثر عرضة للموت والإعاقة نتيجة الولادة المبكرة والتشوهات الخلقية، مفسرة بذلك أن زيادة الولادات المبكرة

للذكور هو أن المرأة الحامل بذكر أكثر عرضة لمشكلات المشيمة، وتسمم الحمل، وارتفاع ضغط الدم، وهذه كلها ترتبط بالولادة المبكرة، كما أن فالإناث في الرحم "ينضجن" قبل الذكور (جوي، لون، 2012).

تعد الدراسات السابقة مرجعية نظرية يعتمد الباحث ويستند عليها أثناء تفسيره للنتائج التي تحصل عليها، ومن خلال ما تم حصره من دراسات في هذا الموضوع تناولت أغلب الدراسات الأسباب التي تؤدي إلى الولادة المبكرة وما ينجم عنها من مشكلات صحية فقد ذكر كملاحظة دون التركيز على ما يصيب الطفل من إعاقات أو اضطرابات نمائية، كما تم تناول هذا الموضوع فقط من الجانب الطبي والتمريضي.

أما اهتمامات الغرب فكانت ملمة بجميع جوانب الولادة المبكرة، فقد ركزت معظمها كذلك على الأسباب إلا أنها لم تهمل المشكلات الصحية التي تصيب الطفل أثناء وبعد الولادة والتي لا يمكن عزلها عن المجال الطبي.

ولكن جميعها لم يركز على تأثير الولادة المبكرة وما تخلفه من إعاقة أو مشكلات نمائية تؤثر على الطفل والأسرة وبالتالي على المجتمع.

الفصل الثاني

الـــــولادة المبكـــــرة

تمهيد

1- الحمل الطبيعي وتطوره

2- تعريف الولادة المبكرة وأنواعها

3- أعراض الولادة المبكرة

4- نسبة انتشار الولادة المبكرة

5- أسباب الولادة المبكرة

6- مظاهر الولادة المبكرة

7- تشخيص وعلاج الولادة المبكرة

خلاصة

تمهيد

يبدأ الجنين بالتشكل ويمر أثناء عملية نموه بمراحل مختلفة ومعقدة من الشهر الأول وحتى الشهر التاسع لكي يصبح كائنا قادرا على الحياة خارج الرحم. وقبل التحدث عن الولادة المبكرة يجب التعرف على المراحل التي يمر بها الجنين خلال فترة الحمل، أي النمو الطبيعي خلال تلك الفترة لتحديد تشكل ونمو كل عضو من الأعضاء خلال الأسابيع والأشهر وذلك لتحديد مدى تأثير خروجه قبل ذلك على صحته وبالتالي نوع المعاناة بعد الولادة.

1- مراحل نمو الجنين:

يمر الجنين بمراحل خلال فترة الحمل تذكرها (سليم، 2002، 105) في:

الشهر الأول: خلال الأسابيع الأولى يكون الجنين عبارة عن قرص(1/2 مليمتر) يتكون من خلايا تنقسم إلى ثلاث طبقات ومنها ستتكون أعضاء الجسم وهي:

- الطبقة الخارجية: وتكون الجلد والشعر والأظافر والجهاز العصبي والنخاع الشوكي والأعصاب.
- الطبقة الوسطى: وتكون العضلات والهيكل العظمي والجهاز البولي والتناسلي القلب والجهاز الدموي والأعضاء التي تكون الدم.
- الطبقة الداخلية: وتكون الغشاء المخاطي والرئتين والجهاز الهضمي والغدد والكبد.
- في نهاية الشهر الأول يبلغ طول الجنين 5 ملم.

الشهر الثاني: تتكون خلال هذه الأسابيع الأربعة باقي الأعضاء وهي:

- ظهور الأطراف العليا ثم الأطراف السفلى ويرتسم الوجه.
- نمو الجهاز العصبي والجهاز الدموي والبولي والأمعاء ويتكون القلب.
- في نهاية الشهر الثاني يبلغ طول الجنين 3 سم ووزنه 11 غراما، يكون الإحساس بالحرارة أكثر من الإحساس بالألم.

الشهر الثالث:

- تتحدد في بداية الشهر الثالث الأعضاء التناسلية الذكرية او الانثوية.
- تنمو الحبال الصوتية.
- تنمو الأطراف والكبد.

– تبدأ الكليتان بالعمل.

– نمو بدايات الأسنان.

– تواصل العضلات والعظام نموها.

– يبلغ طول الجنين في نهاية الشهر الثالث 10 سم ووزنه 4 غرما.

الشهر الرابع: وخلاله تنمو الأجزاء السفلى بسرعة ويستقيم الظهر، كما تنمو اليدان والقدمان ويزداد نشاط الأفعال المنعكسة.

الشهر الخامس:

– تزداد حركة البلع عند الجنين ويزداد نمو الرئتين وتبدأ عملية التنفس ببطء.

– يزداد الشعر كثافة وتنمو الأظافر.

– تشعر الأم بحركة الجنين.

– يبلغ طول الجنين 30 سم ووزنه 500 غرام.

الشهر السادس: يصبح الجنين خلقا قادرا على الحياة داخل وخارج الرحم وذلك عند تمام الشهر السادس من تخلقه وهذا ما يتفق مع معاني الآيات القرآنية الكريمة التالية:

قال تعالي: " ...وحمله وفصاله ثلاثون شهرا...(الأحقاف، الآية 15)

قال تعالي: " ...وحمله وفصاله في عامين...(لقمان، الآية 14)

فهذه الآيات وبعملية حسابية بسيطة تدل على أن أدنى مدة للحمل هي ستة أشهر، أي استحالة قدرة الجنين على التنفس قبل نهاية الأسبوع الرابع والعشرين. (رضوان، 2009، 46)

كذلك الشهر السادس هو شهر الحركة حيث يمارس الجنين الطاقة التي يملكها فهو يقوم بـ 20 - 60 حركة خلال نصف ساعة بالذراعين والأطراف السفلى وبالجزء الأعلى من الجسم.

– يزداد نمو الدماغ ويتعقد خلال هذا الشهر.

– يتحدد الحاجبان والأنف والأذنان والعنق.

– ينام الجنين ويستيقظ إذ ينام من 16 - 20 ساعة.

– تتوقف حركة الجنين على حالة الأم النفسية والجسمية.

الشهر السابع: حيث تتم فيه يقظة الحواس حيث تؤكد الأبحاث على يقظتها في الشهر السابع، حيث يستطيع الجنين سماع صوت الأم أو الأب أو الإخوة حسب الدراسات، كما تبدأ عند الجنين حركة المص ويبلغ وزن في نهاية الشهر السابع 1700 غراما ويبلغ طوله 40 سم.

الشهر الثامن: تكتمل أعضاء الجسم وإمكاناتها الوظيفية خصوصا المعدة والأمعاء والكلى وبعضها الآخر لم يكتمل بعد مثل الرئتين والكبد.

– تتراوح دقات قلب الجنين بين 120-140 في الدقيقة الواحدة.

– يتكون الشحم الذي يعدل طبقات الجلد ويعدل حدوده وشكله ويختفي اللون الأحمر ليحل محله اللون الزهري.

– يتخذ الجنين وضعية الولادة بحيث تكون مؤخرته في قعر الرحم ورأسه في أسفل الرحم حيث يكون هذا الوضع الطبيعي ولكن هناك بعض الاستثناءات.

– يزن الجنين في نهاية الشهر الثامن 2400 غرام ويبلغ طوله 45 سم.

الشهر التاسع: يخصص الجنين الأسابيع الأخيرة لتخزين الطاقة والوزن، يزداد وزنه من 20 إلى 30 غراما في اليوم الواحد، كما يمارس حركته ويمكن أن تتباطأ الحركة في الأسبوعين اللذان يسبقان الولادة بسبب ضيق المكان، كما يكون الجنين في نهاية الشهر التاسع مستعدا للولادة وهو يزن بين 3000 كغ إلى 2300 كغ في المتوسط ويبلغ طوله 50 سم ويكون بذلك قادر على مواجهة مواجهة العالم الخارجي دون مشكلات وبالتالي يولد ولادة طبيعية، حيث تعرف (Mergeryet Melchior,1979) **الولادة الطبيعية** بأنها مجموعة من الظواهر تكون نتيجة خروج الجنين ولواحقه عن طريق مهبل الأم، وتكون الولادة ما بين بداية الأسبوع 38 ونهاية الأسبوع 42 أي بعد مدة من الحمل دامت ما بين 205- 290 يوم منذ لحظة الإخصاب ومتوسطها يكون حوالي 280 يوما.

تحدث بعد الولادة تغييرات فسيولوجية مثل انخفاض درجة حرارة الجسم والإسهال وتكون طبيعية بحيث يستطيع الطفل التكيف مع المحيط الخارجي دون تعقيدات، إلا أن هناك حالات لدى بعض الأطفال يولدون ولديهم مشكلات صحية قد تكون بسيطة أو قد تكون أكثر تعقيدا وهو ما يرجع لعدم اكتمال مدة الحمل وعدم نضج الأعضاء مما يعيقها على تأدية وظيفتها لأن الولادة كانت قبل موعدها الطبيعي، وتسمى الولادة في هذه الحالة بالولادة المبكرة أو المبتسرة.

2- تعريف الولادة المبكرة :

من **الناحية اللغوية** اسم مُبتَسَر يعني غَيْرُ نَاضِج **وابتُسِر** الجنينُ أي وُلد قبل تمام أيّامه وإن كان طفل تامّ الخَلْق، واللوِلادة **المُبْتَسرة** تعني خروج الطِّفل من بطن أمّه قبل استكمال فترة الحمل (المبتسرة /www.almaany.com/ar/dict/ar_ar).

أما اصطلاحا : فقد تعددت تعريفات الولادة المبكرة نوردها كما يلي:

تعرف منظمة الصحة العالمية الولادة المبكرة بأنها كل حمل يكون لأقل من 37 أسبوع وأكثر من 22 أسبوع على الأقل ومهما كان الوزن 500غ على الأقل (منظمة الصحة العالمية، 2012).

وتعرف الولادة المبكرة بأنها ولادة الطفل قبل تمام الـ 40 أسبوعا وهي مدة الحمل الطبيعية فتشعر الأم بالمخاض المبكر، أي تقلصات شديدة في الرحم كل ساعة أو كل 20 دقيقة قبل 37 أسبوع من بداية الحمل (أخر موعد للطمث)، مما يؤدي إلى انطلاق المياه وبدأ آلام الولادة قبل اكتمال نمو الجنين. (Pauchet, 2014)

كما تعرف الولادة المبكرة أيضا بأنها عدم نضج الأعضاء والأجهزة الإنزيمية مما يؤدي لارتفاع عدد الموتى للمواليد حديثا، وارتفاع إصابة المواليد الخدج بالأمراض الصدرية والعصبية (Biclet, Chain, Dorlmen et al, 1982).

والولادة المبكرة هي حدوث الولادة قبل وصول الجنين إلى مرحلة النمو الكامل والمقدرة على المعيشة خارج الرحم، والطفل يصل إلى تمام المقدرة على المعيشة الطبيعية خارج الرحم بعد مرور 37 أسبوعا منذ أول يوم في آخر دورة شهرية هذا إذا أخذ باستمرار فترة الحمل أما إذا أخذ بوزن الطفل ساعة الولادة فإن الطفل يصل إلى مرحلة تمام النمو والمقدرة على المعيشة الطبيعية خارج الرحم إذا زاد الوزن ساعة الولادة على 2500 كغ.

وعلى هذا فإن الولادة المبكرة هي حدوث الولادة قبل الأسبوع 37 أو ولادة طفل يقل في الوزن عن 2500 كغ، وفى كلتا الحالتين فإن الطفل لن يقدر على الحياة خارج الرحم بسهولة ويحتاج إلى وجوده داخل الحاضنة وهو جهاز يقلد (ولكن بكفاءة أقل) ما يحدث داخل الرحم فالجهاز يستطيع ضبط درجة الحرارة بما يناسب الطفل وكذلك فإن الحاضنة تبعد الطفل عن الميكروبات والجراثيم الموجودة في الجو (السقا، 2015).

والشكل التالي يوضح صورة للحاضنة الاصطناعية.

شكل رقم (1) يوضح صورة الحاضنة الاصطناعية
(http://claraley-bloglley.blogspot.com/2011/05/incubadora.html)

مما سبق تعتبر الولادة المبكرة بأنه ولادة طفل قبل انتهاء مدة الحمل الطبيعية والمقدرة بـ40 أسبوعا وقبل اكتمال نموه الطبيعي، فتكون قبل الأسبوع 37 وبوزن لا يقل عن 500 غ ولا يزيد عن 2500 كغ .

وتنقسم الولادة المبكرة حسب منظمة الصحة العالمية إلى 03 مجموعات بناءا على المدة الزمنية التي تحدث فيها وهي:

- الولادة المبكرة المتوسطة تكون بين 36 و 33 أسبوع.
- الولادة المبكرة الكبيرة بين 32 و 28 أسبوع.
- الولادة المبكرة الكبيرة جدا قبل 28 أسبوع (Leguer, 2008).

وقد تكون الولادة المبكرة تلقائية أو بأمر من الطبيب، حيث أن (20%) منها بسبب الأمر الذي يتطلب تدخل طبي عند ظهور أي مشاكل صحية أو تأخر في النمو لذلك قد يلجأ الطبيب إلى العملية القيصرية (Di renzo et Roura, 2006) .

ولأن أن الولادة المبكرة مسؤولة عن حوالي (70% إلى 90%) من الوفيات أثناء الولادة والأمراض التي تصيب الأم أثناء فترة الحمل تجعل العملية القيصرية هي الحل الأسهل و الأفضل لأن الجنين ضعيف جدا، فالامتناع والعملية القيصرية لحماية الجنين ليس سهلا لأن الموت وخطر الإصابة يكون جد مرتفع قبل 32 أسبوع (Rocinet, 1984).

2-1-الطفل الخديج:

تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه ذلك المولود الحي الذي يولد قبل 37 أسبوعًا رحميًا وتدل هذه التسمية " الخديج " على عدم النضوج وذلك لان هنالك عمليتين كبيرتين تتحكمان في الوزن عند الولادة وهما مدة الحمل ومعدل النمو داخل الرحم. (الشكرجي، 2007)

2-1-1 خصائص الطفل الخديج:

إن شكل وسلوك الطفل الخديج يعتمدان على درجة خداجته (الأسبوع الذي ولد فيه) حيث يترتب على ذلك عدة مضاعفات وبالتالي خصائص تتمثل فيما يلي:

- فقدان النسيج الشحمي تحت الجلد، مع جلد رخو فوق الأطراف، وحتى يمكن رؤية الحركات الحيوية من خلال الجلد بسبب نحافة الجلد و شفافيته.
- الطفل الخديج ينام كثيرا، ويبكي قليلا وبكاؤه ضعيف.
- تنفسه قد يكون منتظم، ولكن في الغالب غير منتظم.
- يتعرض الطفل الخديج إلى أزمات توقف التنفس، قد تكون هذه التوقفات كثيرة وطويلة.
- من المفارقات أن منعكس مورو ناشط بعد الولادة في الطفل الخديج.
- استجابة الخديج للمنبهات الجلدية بعد الولادة تكون قوية.
- حركة الخديج أقل منها في الطفل الكامل.
- قدرته على المص والرضاعة ضعيفة أو معدومة، حسب شدة الخداجة، وخاصة في الأيام (42) الأولى بعد الولادة .
- يعبر الطفل الخديج عن جوعه بالبكاء، الهيجان، حركة الأيدي فإذا لم تظهر هذه العلامات في غضون أربعة أيام بعد الولادة فهذه دلالة على معاناة الطفل.
- عدم الانتظام في ضربات القلب.
- معدل التنفس يختلف بشكل كبير من طفل لآخر. (El korso et Tabet, s d: 12)

2-1-2 تغذية الطفل الخديج

تبدأ تغذية الوليد من الساعات الأولى بعد الولادة، ولكن نوعية التغذية تعتمد على مقدرة المولود على تناول الغذاء بدون أن يؤثر ذلك عليه بالتعب والإرهاق، وهو ما يعتمد على عمر ووزن الولادة وهناك أكثر من طرقة للتغذية، ومنها :

- التغذية عن طريق الفم(الطبيعية): التغذية الطبيعية عن طريق الرضاعة هي الأفضل وتتطلب وجود التنسيق بين المص والبلع، انغلاق الحنجرة بلسان المزمار، تحرك طبيعي للمريء، وتلك غالباً ما تكون غير موجودة قبل 34أسبوع من الحمل لعدم نضج تلك الأعضاء.
- التغذية بواسطة الأنبوب المعدي (التزقيم) : تتم هذه الطريقة بواسطة أنبوب بلاستيكي طري يمرر عبر الأنف ليصل إلى المعدة ويمكن إبقاء الأنبوب لمدة أسبوع قبل تغييره، ومن خلال الأنبوب يمكن تغذية الطفل بالحليب إما عن طريق التنقيط المستمر أو الجرعات المتكررة .
- التغذية الوريدية(عن طريق الوريد) : بعض الأطفال الخدج لا يمكن تغذيته عن طريق الأنبوب المعدي نظرا لحالتهم الصحية بالتالي تتم تغذيتهم عن طريق الوريد، والمحلول المغذي يحتوي على السائل(الجلوكوز) كمصدر للطاقة بالإضافة إلى العديد من المعادن والمواد الأخرى (Abad, 2015).

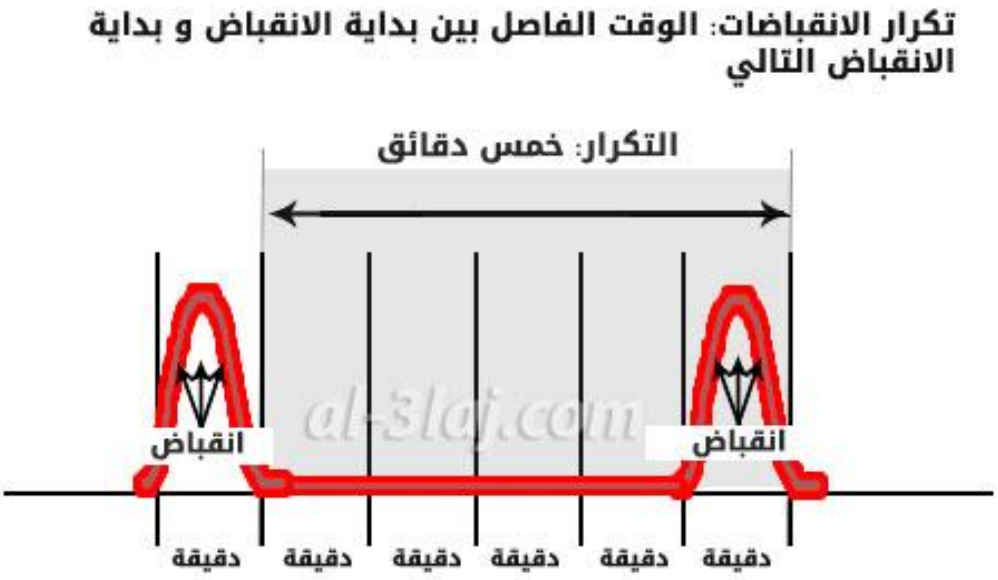
3-أعراض الولادة المبكرة:

إن العلم والدراية بعلامات الولادة المبكرة من شأنه أن يحدث فرق كبير في حماية الأم والجنين، وعليه يكون التصرف سريع والاستجابة تكون مباشرة لهذه العلامات والتي يمكن حصرها من خلال ما جاء في (Mercer, Goldenberg, Meis, 2000)

- آلام في الظهر، والتي عادة ما تكون أسفل الظهر، وقد تكون ثابتة أو على نوبات.
- تشنج في أسفل البطن مشابه لألم الدورة الشهرية (الطمث).
- الإفرازات المهبلية (زيادة افرازها أو تغيرها)، ضعيفة كانت أو قوية.
- نزيف مهبلي، بما فيه النزف الخفيف.
- زيادة الضغط في الحوض أو المهبل.

هناك أيضا أعراض أخرى مثل الغثيان، القيء، الإسهال خصوصا عدم القدرة على الاحتفاظ بالسوائل لمدة 8 ساعات.

وأهم تلك الأعراض هي الانقباضات التي تحدث في الرحم كل 5 إلى 10 دقائق يوضحها الشكل التالي:



شكل (2) يوضح الانقباضات في الرحم
(Mergery et Melchior,1979)

4-نسبة انتشار الولادة المبكرة:

- في الجزائر نسبة المواليد الخدج يقدر حوالي(12%) من الولادات الحية مما يشكل عقبة في التكفل العادي، كذلك الوفيات بعد الولادة في تزايد جراء ضعف التكفل وزيادة الحالات المبكرة ومخاطرها (Lebane, 2009).

في العراق تمثل نسبة الولادة المبكرة 12 ولادة طفل خديج من بين من بين كل 1000 ولادة حية (اسماعيل،2009، 13). وحسب (دبدوب ويونس، 2006) فقدرت نسبة المواليد الخدج في العراق بـ (32% و11%) في الأقطار العربية و(18%) في الدول النامية و(17%) في عموم العالم.

- أما في فرنسا تصل نسبة الولادة التلقائية إلى(08 %) وتختلف حسب المكان والزمان فحسب مركز Fosh الفرنسي للخصوبة مثلا وصلت نسبة الولادة المبكرة إلى (07 % سنة 1969 و04 % سنة 1974) (Mergery et Melchior,1979).

كذلك في فرنسا (30 %) من وفيات ما بعد الولادة سببها الولادة المبكرة و ما نسبته (30% إلى40 %) من الإعاقات الحركية التي تصيب الأطفال الخدج(Delaby, 2005, 02).

- وفي أمريكا الشمالية زاد معدل الولادة المبكرة في العقود الأخيرة نظرا إلى العديد من العوامل، حيث ارتفع معدل الولادة قبل الأوان بشكل مطرد من حوالي(6 % إلى8 %) خلال سنة الفترة بين 2006 - 2007، وكان معدل الولادات المبكرة في كندا حوالي(8.1%) وبلغت ما يقرب 29000 حالة ولادة خلال هذه الفترة، حيث كان ما يقارب ثلاثة أرباع تلك النسبة(47 %) ولدوا ولادة مبكرة خفيفة(34- 36 أسبوعا من الحمل)، في حين أن(11.7%) منهم ولدوا ولادة مبكرة معتدلة (32 أو 33 أسبوعا من الحمل) و(14.3 %) كانت ولادة مبكرة جدا (أقل من 32 أسبوعا من الحمل) .

(Institut Canadien d'information sur la santé, 2009)

5-أسباب الولادة المبكرة:

هناك العديد من الأسباب المؤدية إلى حدوث الولادة المبكرة في مختلف الأسابيع كما وردت في (Mercer et al, 2000 ؛ Arezki, 2013) وهي كالتالي:

- التمزق المبكر للأغشية (RPM) (Rupture prématurée des membranes)

كما أن تعفن السائل الأمينوسي يؤدي إلى الولادة المبكرة جدا (23 % قبل 28 أسبوع).

- التعرض لعدوى في الجهاز التناسلي.
- حدوث تهيج في الغشاء البروتيني المحيط بتجويف البطن.
- العيوب الخلقية في تكوين الرحم.
- وجود المشيمة في موضع غير طبيعي داخل الرحم.
- الحمل في أكثر من جنين (توأم).
- ولادة مبكرة في حمل سابق.
- وجود عيوب خلقية أو خلل كروموسومي في الجنين.
- تطرف سن الحمل (أقل من 18 سنة أو وق سن 40 سنة).

حدوث حمل في غضون أربعة أشهر فقط من ولادة سابقة.

بالإضافة إلى أسباب أخرى قد تكون عامل مساعد في حدوث الولادة المبكرة منها:

- سوء التغذية والوزن المنخفض وحالات الأنيميا الشديدة.
- التدخين وإدمان الكحول والمخدرات.
- أمراض ضغط الدم أثناء الحمل.
- التعرض للتوتر أو الإجهاد الشديدين. والشكل التالي يوضح بعض أسباب الولادة المبكرة

شكل رقم (3) يوضح أسباب الولادة المبكرة

(/http://www.dailymedicalinfo.com)

6- مظاهر الولادة المبكرة:

تعني ولادة طفل مبكر ضمنيا عدم اكتمال النمو الجسدي بعد، مما يجعل الطفل المولود مبكرا عرضة للمشاكل الصحية والمضاعفات بمعدلات أعلى من الطفل المولود في موعده الطبيعي، لذلك فإن العناية بالطفل الخديج مهمة وحذرة للغاية بعد الولادة إذ يكون معرضا لهبوط الحرارة وداء الأغشية الهلامي، لذلك يجب تدفئته فور الولادة (دهمان، 1989، 271).

ومن أهم المضاعفات التي يتعرض لها الطفل الخديج:

- انخفاض نسبة السكر في الدم، ذلك أن مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بالنسبة للمولودين حديثاً يكون منخفضاً، وكلما كان وزن المولود أقل كلما كان مستوى السكر منخفض و بالتالي فإن المواليد الخدج الذين يكون وزنهم أقل من 2500 كغ يكون مستوى السكر في الدم منخفضاً جداً بحيث يكون في كثير من الأحيان أقل من 20 ملليجرام لكل 100 ملليلتر من الدم، وأما المواليد أكثر من 2500 كغ فإن مستوى السكر لديهم يكون عادة

فوق 30 ملليجرام، ويعتبر هذا المستوى (20 أو 30) ملليجرام هبوطاً شديداً في مستوى سكر الدم وبالتالي يؤدي ذلك إلى الأعراض الآتية:

- رفض المولود الرضاعة.
- ارتخاء العضلات.
- توقف متكرر في عملية التنفس و حصول ازرقاق الجسم.
- اختلاجات و نوبات من التشنج. (المغربي، 2004، 23)

وبالتالي قد تؤدي تلك الأعراض إلى تعقيدات خطيرة ومزمنة أوردها كل من (اوكادي،2015؛ المغربي، 2004) و(Biclet et al, 1982) وتتمثل في :

- تأخر في النمو.
- تخلف عقلي.
- شلل دماغي حركي.
- إصابة السمع أو البصر أو كلاهما.
- نوبات صرع متكررة (تشنجات).

و إذا لم يتم علاج هذه الحالة في وقت مبكرا قد تنتهي بالوفاة، بالإضافة إلى:

- التشوهات الخلقية.
- عدم ثبات درجة الحرارة.
- الاختناق نتيجة استنشاق السوائل.
- النزيف الداخلي. (Hémorragie interne)
- النزيف الدماغي الداخلي(Hémorragie cérébrale interne).
- توقف التنفس المتكرر (Apnées récurrentes).
- ضيق التنفس(Détresse respiratoire).
- ارتفاع نسبة البيليريبين في الدم(Hyper bilirubinémie).
- الإنتانات (Infection)
- مشاكل في التغذية

والشكل التالي يوضح صورة طفل خديج يعاني مشاكل في التنفس

شكل رقم (4) يوضح صورة طفل خديج يعاني مشاكل تنفسية
(Delaby, 2005)

وتزداد المضاعفات للخدج بشكل ملحوظ خصوصا ناقصي الوزن جدا لأنه كلما انخفض الوزن عند الولادة كلما ازدادت المخاطر والمضاعفات ومع ذلك تبقى أكثر المضاعفات للأطفال الخدج خطر الضائقة التنفس(SDR) (Syndrome de détresse respiratoir)

أما المشاكل السريرية المرتبطة بنقص الوزن تشمل:

1-انخفاض حرارة الجسم: انخفض مخازن الدهون البني والجليكوجين، مما يجعلها غير قادرة على حفظ أو توليد حرارة الجسم، وتشمل المشاكل الطبية المرتبطة مع انخفاض حرارة الجسم.

2-نقص السكر في الدم: كما ذكر سابقا أن انخفاض نسبة السكر في الدم تصيب الخدج وذلك بسبب انخفاض مخازن الجليكوجين والدهون، وبالتالي تؤدي إلى انخفاض درجة الحرارة ونقص الأكسجين. ولأن الخدج معرضون لحدوث نقص سكر الدم فإن العوامل المسؤولة عن التواتر العالي لنقص سكر الدم لهذه الفئة تتعلق بعدم كفاية مخازن الجليكوجين في الكبد والبروتين العضلي والشحم في الجسم اللازمة لتأمين الركائز

الضرورية لمواجهة احتياجات الطاقة، ويكون هؤلاء الرضع ناقصي الوزن بسبب ضعف نقل المغنيات عبر المشيمة، وقد لا تكون أجهزتهم الأنزيمية اللازمة لاستحداث السكر متطور بشكل كامل. (المغربي، 2008، 15)

إضافة إلى ذلك:

3-فقر الدم بسبب تأخر التغذية المعوية بسبب مرض في الجهاز التنفسي.

4-المشاكل العصبية بما في ذلك النزف داخل البطيني، زيادة المخاطر على المدى الطويل كالشلل الدماغي، تأخر النمو، الإعاقة من خلال التعليم.

5-مضاعفات العيون بما في ذلك اعتلال الشبكية، الحول والأخطاء الانكسارية.

6-العجز السمعي بسبب فرط بيليروبين الدم، التهاب السحايا، انخفاض ضغط الدم الأدوية السامة للأذن مثل(أمينوجليكوزيدات، فوروسيميد).

7-متلازمة موت الرضع المفاجئ (SIDS): (Sudden infant death syndrome) الأطفال الخدج أكثر عرضة لمتلازمة الموت المفاجئ وذلك بسبب الوقاية غير السليمة عند عودة الطفل إلى المنزل.

(Intensive Care Nursery House Staff Manual,[ICNHSM], 2004)

7-تشخيص الولادة المبكرة والوقاية منها:

7-1 التشخيص: يعتمد العلاج على تشخيص السبب أولا وهذا لا يتم إلا إذا تحصلت كل امرأة حامل على رعاية كاملة أثناء الحمل، فيجب أولا الاستعلام الكامل عن التاريخ المرضي للأم والأسرة وكذلك التاريخ المرضى لجميع الولادات السابقة.

بداية يتم الفحص الطبي، ثم يأتي دور التحاليل المعملية, وهي هامة جدا لتحديد العدوى (بكتيريا) في المهبل أو عنق الرحم التي تؤثر على الأغشية(RPM) كتحليل بول كامل لنسبة الهيموجلوبين .

كما يتم فحص الموجات الصوتية للجنين (Echographie) حيث يراقب الجهاز كلا من معدل ضربات قلب الجنين وتقلصات رحم الأم فإذا ظهر أن لدى الأم تقلصات وتوسع في عنق الرحم هذا مؤشر للمخاض المبكر، أما إذا لم يظهر الجهاز أي تقلصات للرحم فقد يتم الفحص المهبلي لتقرير ما إذا كان عنق الرحم قد توسع. (Necolaides, 2007)

بالإضافة إلى فحص الموجات الصوتية الذي يساعد على:

- تشخيص ضعف عضلات عنق الرحم .
- تشخيص بعض العيوب الموجودة في المشيمة.
- تحديد ميعاد الولادة وفترة استمرار الحمل.
- تحديد الوزن التقريبي للطفل وهو داخل الرحم.
- يعمل على تشخيص العيوب الخلقية بالجنين. (السقا، 2015)
- يتم إجراء فحص لعنق الرحم بالأمواج فوق الصوتية(Echographie endovaginale) لتقرير ما إذا كان عنق الرحم قد ضعف أو ترقق.

هناك أيضا إجراء قد تتطلبه حالة الأم وهو إجراء مسحة من المهبل والمسمى الفايبرونكتين الجنيني(Fibronectine fœtal-cevrco-vaginal) وهو بروتين سكري يعمل كمادة لاصقة بين الغشاء وجدار الرحم، فإذا كانت نتيجة الاختبار(fFN) ايجابية أي وجود الفايبرونكتين الجنيني فيعني حدوث مخاض مبكر وهنا يكون التدخل لمحاولة وقف المخاض (American College of Obstetricians and Gynecologists , 2001)

7-2 الوقاية:

تكون العلاج عبارة عن تدخل مبكر ووقاية من حدوث الولادة المبكرة ويكون التدخل العلاجي في صورتين الأولى عند حدوث المخاض في فترة مبكرة وذلك لمنع الولادة قبل وقتها والثانية للطفل بعد ولادته مباشرة.

أولا/ يتم العلاج المخاض المبكر عن طريق الأدوية التالية:

- بيتاميميتيك (Betmimétique)
- ضد الالتهابات غير المخدرة (Anti flamatoire non steroidien)
- مثبطات تركيب بروستاقلندين (Inhibiteurs de synthèse de prostaglandines)
- سيلفات الماغنيزيوم (Sulfate de magnèsium).

إن الأدوية التي تعطى للأم تعمل على ارتخاء عضلة جدار الرحم وتوقف التقلصات أو الانقباضات (Arezki, 2013) .

ثانيا/ يوضع الطفل فور ولادة في الحاضنة حيث توفر له العناية من خلال:

1- مكافحة انخفاض درجة حرارة الجسم: في بعض الحالات العادية يكون الوسط الخارجي أحيانا غير ملائم، ويستلزم ارتفاعا في استهلاك الأكسجين لذلك فالمولود الخديج يكون

صغيرا وأكثر عرضة للخطر خاصة صعوبة التنفس، كما انه أكث عرضة لانخفاض درجة حرارة الجسم، ويصعب ايجاد درجة حرارة جسمه ما بين 36.5^0 و 37^0 لذلك فالحاضنة الاصطناعية هي الحل الأنسب لوضعه فيها حتى تعتدل درجة حرارته ويتم فيها مراقبته عن طريق أخذ الحرارة الشرجية (Tempurative Rectale)، فإذا كانت درجة حرارة الخديج جد منخفضة يجب تسخينه تدريجيا حوالي درجة واحد كل ساعة لأن الارتفاع المفاجئ أو الانخفاض المفرط المباشر وليس تدريجيا يؤدي به إلى توقف التنفس.

بالإضافة إلى هذا هناك عدة طرق بسيطة للوقاية من فقدان الحرارة وهي:

- تجفيف الرضيع عند الولادة لمنع فقدان الحرارة والتبخر.
- توفير بطانيات أو غلاف بلاستيكي لعدم فقدان الحرارة.
- التقميط للحفاظ على حرارة الجسم عند الرضيع الكبير، وسخان مشع أو ساخنة.

(ICNHSM, 2004)

2- المراقبة المتواصلة للجهاز القلبي التنفسي: يحدث للمولود الخديج في الأسابيع الأولى من حياته وفي أي لحظة توقف التنفس المتكرر (Apnées répétés) حتى لو لم يكن يعاني أمراض تنفسية، لذلك يجب مراقبته باستمرار حتى لا يحدث له ازرقاق أو نقص نبضات القلب إثر مشكل في التنفس.

3-المحافظة على نسبة الدم في الجسم بصورة كافية: وهنا لا بد من ضرورة الحفاظ على نسبة الأكسجين الذي يعتبر أهم ما يجب مراعاته لهذه الفئة لأن مشاكل التنفس التي تصاحبهم تستوجب الاهتمام الفائق والذي يعتبر من أهم الإجراءات اللازمة بالإضافة إلى مراقبة نسبة خضاب الدم(Hématocrite) ومراقبة ضغط الدم.

4-مراقبة الأكسجين: إن ارتفاع ضغط الأكسجين يكون خطيرا، فهو يؤدي إلى تنصيف الأوعية الدموية الشبكية مما يؤدي إلى العمى لذلك يجب مراعاة قواعد ضغط الأكسجين للحفاظ على النسبة الأمثل وتكون ما بين 60-80 مليمتر زئبقي(mm hg).

5-المراقبة والوقاية من اليرقان(الصفير Ictère): يكون اليرقان منتشرا بين الخدج لعدم نضج الإنزيمات الكبدية، لذلك يجب مراقبته مراقبة جيدة، كما يجب البحث عن فقر الدم أو بعض التعفنات الموجودة عند المولود نتيجة انتقاله من الأم أو عن طريق الجهاز التناسلي مما يتوجب التعقيم والنظافة لحمايته من الأمراض (Bichlet et al, 1982).

والشكل التالي يوضح ضبط درجة الحرارة المناسبة للطفل داخل الحاضنة الاصطناعية

شكل رقم (5) صورة توضح ضبط درجة الحرارة المناسبة للطفل الخديج
(http://claraley-bloglley.blogspot.com/2011/05/incubadora.html)

خلاصة الفصل

هدف هذا الفصل إلى التعرف على الولادة المبكرة بكل جوانبها كونها أحد أسباب الإعاقة، التي تحدث للأطفال الخدج وهذه الفئة بدورها تستوجب العناية الفائقة من خلال التدخل المبكر والوقاية المركزة خوفا من حدوث مضاعفات تؤثر عليها في المستقبل.

وما ينتج عن الفترة القصيرة التي قضاها الجنين داخل الرحم استوجبت معرفة كل العناصر السابقة والتي من خلالها تم التمهيد لمعرفة أكثر الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة والتي سيتم التطرق إليها في الفص الموالي.

الفصل الثالث

أهم الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة

تمهيد

1- الإعاقة العقلية

2- الإعاقة السمعية

3- الإعاقة البصرية

4- الشلل الدماغي الحركي

5- صعوبات التعلم

خلاصة

تمهيد:

يطلق مصطلح الإعاقة على الأفراد غير العاديين والذين يختلفون اختلافا ملحوظا عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي مما يستدعي اهتماما خاصا بهم، ولأن المصطلح يعتبر مجحف بعض الشيء فقد استحسن الاستدلال عليهم من خلال مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة و واندرج ضمن مجال التربية الخاصة حيث يتم التكفل بهذه الفئات من خلال مستويين وقائي ويقصد به القيام بكافة الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإعاقة، والعمل على تجنب الظروف التي يمكن أن تؤدي إلى تفاقمها كالعناية بالأم والجنين أثناء فترة الحمل، ومستوى علاجي يتمثل في العمل على إزالة القصور والتخفيف من حدته في المجالات الوظيفية المختلفة أو التعويض عنه ببديل إذا تعذرت إزالته، وكما تختلف الإعاقات باختلاف العضو المصاب تختلف كذلك الأسباب باختلاف الحالات، فمنها ما يصيب الفرد بعد ولادته ومنها ما يصيبه أثناء الولادة والأخطر منها ما يصيب الأم والجنين خلال فترة الحمل خاصة الأشهر الثلاثة الأولى، بالإضافة إلى عدم اكتمال النمو والولادة مبكرا تعد سببا للعديد من المضاعفات والإعاقات أهمها ما سيتم تناوله في هذا الفصل.

1-الإعاقة العقلية

1-1 تعريف الإعاقة العقلية: تعرف منظمة الصحة العالمية (1992) الإعاقة العقلية بأنها حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله، والتي تتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مراحل النمو وتؤثر في المستوى العام للذكاء، أي القدرات المعرفية اللغوية، الحركية والاجتماعية وغيرها، وقد تحدث الإعاقة مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي (الشريف، 2011، 355).

1-2 تصنيف الإعاقة العقلية حسب نسبة الذكاء:

- الحد الفاصل بين السواء والإعاقة العقلية: يتراوح ذكاء هذه الفئة بين (70-90).
- الإعاقة العقلية البسيطة: يتراوح ذكاء هذه الفئة بين (55-70).
- الإعاقة العقلية المتوسطة: يتراوح ذكاء هذه الفئة بين (40-55).
- الإعاقة العقلية الشديدة: يتراوح ذكاء هذه الفئة بين (25-40)

(البطاينة والجراح وغوانمة، 2007)

1-3 نسبة انتشار الإعاقة العقلية:

تعتبر الإعاقة العقلية ظاهرة منتشرة في كل دول العالم، وتختلف النسبة باختلاف التأثيرات البيئية فالمجتمعات المتقدمة بما لديها من إمكانات وتقنيات وأدوات قياس وأجهزة تسهم في عمليات التعلم، مما يساعد على التحكم في مثل هذه الظواهر، أما المجتمعات النامية فتفتقر إلى تلك الإمكانيات ويتفشى فيها الجهل وينخفض المستوى الثقافي والتعليمي والصحي ما يجعل نسبة الإعاقة أكثر (الشريف، 2011).

1-4 أسباب الإعاقة العقلية:

أسباب ما قبل الولادة:

الاضطرابات الكروموسومية: تعتبر الحالة المعروفة باسم متلازمة داون أكثر الاضطرابات الكروموسومية المرتبطة بالتخلف العقلي، حيث تتمثل في أن الطفل المصاب يكون لديه (47) كروموسوم بدلا من (46) كروموسوم وهو العدد الطبيعي، ويكون الكروموسوم الزائد متصلا بزوج الكروموسومات رقم(21) حيث يصبح هذا الزوج ثلاثيا بدلا من ثنائيا، لهذا يطلق على هذه الحالة ثلاثي الصبغي رقم واحد وعشرين(Trisomy21).

اضطرابات الحمل: فترة الحمل مرتبطة بالتخلف العقلي بطول فترة الحمل او قصرها فقد ينجم عن قصر فترة الحمل الخدج مما يعرضهم لخطر انخفاض النمو العقلي العام.

(الخطيب والحديدي، 2009)

الاضطرابات الايضية: الاضطراب في عملية الايض قد يسبب بدوره الإعاقة العقلية حيث تحدث عن طريق طفرات في الجينات تؤدي إلى اضطراب أو اختفاء الإنزيمات المتعلقة بهضم البروتينات والكربوهيدرات أو الدهون.

أمراض تصيب الأم: اصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالزهري، الحصبة الألمانية السكري، أمراض القلب، الربو، ضغط الدم، الحالة النفسية المزرية والمستمرة للأم، التسمم التدخين والكحول، أيضا تعرض الأم لأشعة اكس(X) وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى أو الإشعاعات النووية، بالإضافة إلى سوء التغذية.

أسباب أثناء الولادة:

- عسر الولادة.
- الاختناق بسبب قلة الأكسجين إلى الجنين أو انقطاعه.
- طول الحبل السري غير الطبيعي (أطول أو أقصر من المعتاد).

– انفصال المشيمة المبكر الذي يؤدي إلى انسداد عنق الرحم الذي يعرقل الولادة الطبيعية أو وصول كفاية من الأكسجين للوليد.

– التوليد غير الصحي واستخدام أدوات صلبة غير معقمة.

أسباب ما بعد الولادة:

وتشمل الحوادث والأمراض التي تصيب الطفل في سن مبكرة والتي تؤثر في تلف بعض أجزاء المخ كحالات التهاب الجهاز العصبي المركزي، الالتهاب الدماغي، الحمى، الحصبة سوء التغذية، كما تشكل العوامل البيئية كالثقافية والاجتماعية والنفسية سببا آخر لتخلف العقلي وخاصة البسيط منه (الظاهر، 2008).

2- الإعاقة السمعية:

2-1 تعريف الإعاقة السمعية: هي الفقدان الكلي أو الجزئي للإحساس السمعي وهذا النقص أو الفقدان ناتج عن إصابة إما الجهاز السمعي وهو الأذن بمختلف أقسامها، وإما عن إصابة العصب السمعي، وتتراوح هذه الإصابة من البسيطة جراء انسداد المجرى السمعي الخارجي إلى التلف العميق الذي يمس الأعضاء الداخلية، حيث تتمثل الإعاقة السمعية في كل من الصمم والضعف السمعي. (ركزة، 2014)

فالشخص الأصم هو ذلك الفرد الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع سواء استخدم في ذلك المعينات السمعية أو لم يستخدم أياً منها بالمرة.

أما الشخص ضعيف السمع بأنه ذلك الشخص الذي تظل لديه حال استخدام المعينات السمعية بعض بقايا السمع التي تكفي كي تمكنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع (هالاهان وكوفمان، 2008).

2-2 تصنيف الإعاقة السمعية:

إعاقة سمعية توصيلية: يحدث هذا النوع من فقدان السمع عندما يحدث أي خلل يمنع تسلسل الاهتزازات في أي مكان من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية، أو تحد من وصول الاهتزازات إلى العصب السمعي.

إعاقة سمعية حسية عصبية: الإصابة تكون على مستوى الأذن الداخلية أو العصب السمعي فالأذن الداخلية تكون غير قادرة على التقاط الاهتزازات، أو غير قادرة على إرسال

الاهتزازات إلى الدماغ، مما يؤدي إلى عدم القدرة على سماع الأصوات الضعيفة وبالتالي عدم القدرة على فهم الكلام.

إعاقة سمعية مركزية: سبب فقدان السمع المركزي هو حدوث ضرر في العصب السمعي أو المراكز السمعية، فالعصب السمعي قد لا يستطيع إرسال الموجات الكهربائية إلى الدماغ، أو أن المراكز السمعية في الفص الصدغي في الدماغ قد لا تستلم الإشارات بشكل صحيح وهنا يكون سبب فقدان السمع مشكلة على طول الممر من الأذن الداخلية إلى المنطقة السمعية من الدماغ أو في الدماغ نفسه (الشاهين، 2007).

2-3 نسبة انتشار الإعاقة السمعية:

تشير الإحصائيات إلى أن ما نسبته (08%) من أي مجتمع يعاني من ضعف معتدل في السمع، في حين يعاني ما نسبته (2.5%) من أفراد أي مجتمع من ضعف حاد في السمع كما تشير الإحصائيات أيضا إلى أن ما نسبته (09%) من فاقدي السمع تقل أعمارهم عن 18 سنة (البطاينة وآخرون، 2007).

2-4 أسباب الإعاقة السمعية:

تنقسم الأسباب التي تؤدي إلى فقدان السمع الجزئي أو الصمم بالتساوي بين الوراثة والبيئة فكل منهما مسؤول عن (50%) من الأسباب.

الأسباب الوراثية: والتي قد تورث إما من قبل أب مصاب بالصمم أو أب يتمتع بسمع عادي كما ليست جميع حالات فقدان السمع الوراثية يمكن أن تظهر عند الولادة، فيمكن أن يفقد الطفل السمع لأسباب وراثية بعد شهور أو سنوات من ولادته، وقد يصاب بفقدان السمع في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

الأسباب البيئية: تتمثل في الأمراض التي تصيب الأم والطفل

- الحصبة الألمانية والتكيس الرحمي حيث يترافق هذا الفيروس مع الوزن الضعيف عند الولادة بحيث تم اعتباره مسببا محتملا للخدج مما ينتج عنه فقدان في السمع.

التهاب السحايا وعدم توافق العامل الريزيسي.

- إصابة الأذن الخارجية كوجود الشمع بكميات كبيرة في الأذن، أو تعرض الطفل لثقب في الطبلة نتيجة إدخال أدوات حادة أو التعرض لأصوات عاليه أو غسيل الأذن بطريقة غير صحيحة، أو أمراض الأذن الوسطى كالتهابات الأذن الوسطى،أو التشوهات الخلقية ويمكن

أن تكون في طبلة الأذن أو في العظيمات الثلاث، او قوقعة الأذن أو بالعصب السمعي أو في صوان الأذن أو القناة السمعية الخارجية.

– الولادة المبكرة تناول الأم الحامل بعض العقاقير والأدوية والكحول والتسمم.

– إصابة الطفل بالتهابات الدماغ نتيجة فيروسات تصيب الدماغ أو ارتفاع درجة الحرارة أو الإصابة بالتهابات الغدة النكفية.

– الآثار البيئية التي تحدث أو تبدأ قبل الولادة بأمراض أو إصابات معدية، فالسكر غير الخاضع للسيطرة يسبب فقدان السمع وإصابات بالإضافة إلى كدمات الولادة أثناءها أو بعدها ونقص كمية الأوكسجين الذي يتلف الخلايا العصبية. (الوهيب، 2010)

3-الإعاقة البصرية:

3-1 تعريف الإعاقة البصرية: هي ضعف في حاسة البصر يحد من قدرة الشخص على استخدامها بفعالية مما يؤثر سلبًا في أدائه ونموه، والإعاقة البصرية ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمس وهي: البصر المركزي، البصر الثنائي، التكيف البصري، البصر المحيطي ورؤية الألوان (الخطيب والحديدي، 2009).

3-2 **تصنيفات الإعاقة البصرية:**

– فقدان البصر الكلي: وهو عدم تمييز الضوء من الظلام، أو عدم القدرة الكلية للرؤية.

– الضعف البصري: ويسمى أيضا انخفاض الرؤية، وهو انخفاض حاد في الرؤية لا يمكن أن يصحح بالنظارات الطبية أو بالعدسات اللاصقة، ويشير الضعف البصري إلى وظيفة العين وقدرتها على الإبصار ويقاس باختبارات حدة الإبصار واختبارات مجال الإبصار.

– العجز البصري: ويشير إلى كيفية أداء الشخص في الحياة اليومية بدلا من الوظيفة العضوية ويركز على مدى تأثير فقدان البصر على النشاطات والمهارات الحياتية اليومية مثل القابلية للحركة والتنقل والقراءة...

3-3 نسبة انتشار الإعاقة البصرية:

طبقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية هناك حوالي 1500000 طفلا حول العالم فاقدي البصر، حيث أن ما نسبته (12.2%) طفل لكل 1000 طفلا هم من ضعاف البصر تحت سن 18 سنة، وأن نسبة الضعف البصري الحاد تبلغ (0.6) حالة لكل 1000 طفل.

(البطاينة وآخرون، 2007)

3-4 أسباب الإعاقة البصرية:

هناك العديد من العوامل التي تسبب حدوث الإعاقة البصرية أهمها:

ما قبل الولادة: وتشمل العوامل الوراثية والبيئية وإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض كالحصبة الألمانية الأمراض المعدية...

أثناء الولادة نفسها: تسمى بالعوامل الولادية وتشمل نقص الأكسجين والولادة المبكرة والولادة العسرة واستعمال الأجهزة والآلات في التوليد.

ما بعد الولادة: وتعرف العوامل غير الوراثية المسببة للإعاقة البصرية بالعوامل المكتسبة وتشمل زيادة نسبة الأوكسجين في حاضنات الأطفال الخدج حيث من المحتمل أن لا تنفصل الجفون بالكامل في هؤلاء الأطفال، والحدقة قد لا تتقلص أو تتوسع وقد لا تقوم القرنية بوظيفتها بالكامل، وقد يكون الوعاء الدموي الشبكي غير ناضج وألياف العصب البصرية متضررة والنتائج الوظيفية لهذه الأمور هي قلة القدرة على السيطرة على الضوء الذي يدخل إلى العين ويكون النظام البصري غير جاهز للعمل كاللازم. بالإضافة إلى الإصابات الناجمة عن الحوادث والأمراض التي تصيب العين إلى جانب عوامل تتعلق بإصابة العين مباشرة منها:

- انفصال الشبكية: ينجم عن انفصال الشبكية من جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها.
- انتكاس النقطة المركزية: هو اضطراب في الشبكية يحدث تلف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية يواجه الشخص فيه صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة، ويؤدي إلى فقدان البصر المركزي والبصر المحيطي المتبقي لا يكفي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة...
- الماء الأسود :الماء الأسود أو الجلوكوما هو زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرًا.
- المياه السوداء الولادية: وتكون موجودة منذ لحظة الولادة أو بعد الولادة بقليل، وتحتاج هذه الحالة إلى جراحة مباشرة لمنع التلف، وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة

إلى الإمام، وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية إذ يحدث توسع فيها.

- الماء الأبيض: هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية، يحدث بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي، حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة، ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية جيدًا في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءًا تدريجيًّا ويحدث صعوبة في الرؤية.
- ضمور العصب البصري: يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأوكسجين..
- التليف خلف العدسي: مرض ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة وتتأثر الأوعية الدموية وتتلف الشبكية، وأحيانًا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط، وبشكل عام قد ينتهي هذا المرض بالعمى التام.
- الحول: تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العين في الاتجاهات المختلفة ومن المهم أن تتحرك العينان معًا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا ما يسمى بالبصر الثنائي، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معًا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينًا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل.
- الخلع العدسي: اضطراب تصبح فيه عدسة العين مزاحة عن موقعها التشريحي الطبيعي مما يقود إلى ضعف بصري واحمرار في العين(متلازمة مارفان)، وقد يكون الخلع جزئيًّا حيث تصبح العدسة تغطي جزءًا من الحدقة أو كليًّا.
- القصور في الأنسجة: مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية، ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر وحساسية للضوء ومياه بيضاء (الخطيب والحديدي، 2009).

- التهاب القرنية: هو التهاب ينتج عن البكتيريا أو الفيروسات أو الفطريات أو نقص فيتامين(أ)، وفي هذا الالتهاب يتكون على القرنية سحابة تسبب ألم شديد في لعين وحساسية للضوء، يبدأ الالتهاب عادة بإحدى العينين وغالبًا ما تتأثر كلتاهما، وإذا لم يعالج الالتهاب فقد يحدث مضاعفات منها المياه السوداء (الجلوكوما) وفقدان البصر.

(البطاينة وآخرون، 2007)

4-الشلل الدماغي الحركي:

4-1 تعريف الشلل الدماغي الحركي: هو اضطراب في النمو الحركي في مرحلة الطفولة المبكرة يحدث نتيجة تشوه أو تلف في الأنسجة العصبية الدماغية مصحوبا باضطرابات حسية أو معرفية أو انفعالية، والشلل الدماغي هو أحد الإعاقات الجسمية يظهر في الجانب الحركي على شكل ضعف في الحركة أو عدم تناسق في الحركة يسببه تلف مناطق الحركة في الدماغ ولا يشمل المشكلات الحركية الناجمة عن إصابات النخاع الشوكي.

(هناندة والخفش، 2005)

4-2 تصنيف الشلل الدماغي الحركي:

يصنف الشلل الدماغي تبعا لشدة الإعاقة الحركية إلى الأنواع التالية:

- الشلل الدماغي البسيط: حيث يسبب هذا النوع مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج فيستطيع الطفل المشي دون استخدام أجهزة أو أدوات مساندة.
- الشلل الدماغي المتوسط: النمو الحركي في هذا النوع يكون بطيء جدا، إلا أن الطفل المصاب تتطور لديه القدرة على ضبط الحركات الدقيقة ويتعلم المشي بأدوات مساندة أحيانا والتدخل يكون للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات.
- الشلل الدماغي الشديد: تكون الإعاقة الحركية شديدة حيث تحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية والحركة المستقلة والكلام، لذلك يكون العلاج مكثف ومنظم ومتواصل.

(الصفدي، 2007)

ومن أشكال الشلل الدماغي الحركي:

- الشلل التشنجي: والذي يحدث نتيجة إصابة الجزء الحركي من الغلاف المخي حيث يزيد من حالة التوتر العضلي مع زيادة الانعكاسات الوترية وظهور الانعكاسات الباثولوجية.

- الشلل الارتخائي: أو نقص حالة توتر العضل – نقص الانكماش العضلي الطبيعي وارتخاء العضلات – وغالبا ما يصحب بتخلف عقلي.
- الشلل التراقصي(القفاعي):ويمتاز بحركات بطيئة وغير متجانسة (تراقصية)، كما تظهر حركات عفوية أخرى مثل الحركات الاهتزازية أو الارتعاشية، ويعتبر من الأشكال النادرة حيث يصحب عادة مع العارض التشنجي.
- الشلل الاختلاجي الحركي المخي: أي عدم الانتظام والتناسق الحركي.
- الشلل المختلط: ويمثل مجموعة من الأشكال السابقة، حيث يكون إما قليلا أو كثيرا في حجم الإصابة، أي مقدار مخلفات الإصابة على الجسم.

جميع الأشكال التي ذكرت يمكن أن يصاحبها نقص أو خلل في كثير من الوظائف الحيوية كالصوت والكلام، السمع، النظر والإحساس، ولكن أغلب هذه المضاعفات هو الخلل الذي يحصل في النطق والكلام غير المنسق وغير المفهوم (النماس، 2000).

4-3 نسبة انتشار الشلل الدماغي الحركي:

تبلغ نسبة انتشار الشلل الدماغي الحركي بين الأطفال في سن المدرسة بين(1.2-2.5) حالة لكل 1000 طفلا تقريبا. (البطاينة وآخرون، 2007، 378)

كما أن نسبة الشلل الدماغي الولادي أكبر بكثير من نسبة الشلل الدماغي المكتسب بنسبة (85%) ولادي مقابل (25%) الشلل المكتسب (هناندة والخفش، 2005).

4-4 أسباب الشلل الدماغي الحركي:

تعتبر إصابة الدماغ التي تحدث في وقت مبكر السبب الأساسي للشلل الدماغي الحركي وهو ليس مرضا واحدا بسبب واحد بل يتعدى إلى مجموعة من الاضطرابات المتعلقة بمشاكل السيطرة على الحركة ذات أسباب محتملة مختلفة، وبشكل عام يمكن تحديد بعض العوامل التي تسبب تلف في مراكز الحركة في الدماغ منها:

- الإصابة أثناء الحمل: مثل الحصبة الألمانية أو الإيدز حيث تنتقل العدوى من الأم إلى الجنين عبر المشيمة مما يؤدي إلى إصابة دماغ الجنين.
- الاصفرار لدى الرضع: ينتج الاصفرار عندما تتحطم خلايا الدم (عامل الريزيس) حيث يسبب الاصفرار الحاد وغير المعالج تلف خلايا الدماغ.
- الجلطة الدماغية: أن اضطرابات التجلط لدى الأمهات أو الأطفال يمكن أن تؤدي إلى الجلطة الدماغية.

- المواد الكيميائية: تؤثر العديد من المواد الكيميائية التي تتناولها الأم سلبا على الدماغ النامي للجنين وبعضها يؤدي إلى حدوث تعقيدات في الوعاء الدموي لدى الجنين وبالتالي تؤثر تلك التعقيدات سلبا على النظام العصبي المركزي.
- الولادة المبكرة: حيث أن الأطفال الخدج الذين يزنون عند الولادة أقل من معرضون لتطوير الشلل الدماغي الحركي بحدود 30 ضعفا مقارنة بالأطفال العاديين.
- نقص الأكسجين الحاد أو إصابة الدماغ أثناء الولادة: إن عدم حصول الطفل الوليد على الأوكسجين الكافي أو إصابته بجرح في الرأس لسبب ما، قد يؤدي إلى إصابته بالشلل الدماغي.
- الولادة الصعبة أو المعقدة: يعاني الوليد أثناء عملية الولادة إذا كانت صعبة أو معقدة حيث يتعرض الدماغ الذي مازال في طور النمو إلى إصابات مما يؤدي إلى الإصابة بالشلل الدماغي(البطاينة وآخرون، 2007). والشكل التالي يوضح خديج يعاني من شلل دماغي حركي

شكل رقم (6) يوضح صورة لطفل خديج يعاني من شلل دماغي حركي

(https://www.google.dz/search?q=bebe+premature+et+imc&source=lnms&tbm)

5-صعوبات التعلم:

5-1 تعريف صعوبات التعلم: هي مصطلح عام يشير إلى مجموعة من الأفراد (في أي عمر) ليسوا متجانسين في طبيعة الصعوبة أو مظهرها يظهرون تباعدا واضحا بين أدائهم المتوقع وبين الأداء الفعلي في مجال أو أكثر من المجالات الأكاديمية وربما ترجع الصعوبة لديهم إلى الاضطراب في وظائف نصفي المخ المعرفية والانفعالية ويتمتعون بمناخ ثقافي اجتماعي تعليمي معتدل، ولا يعانون أيا من الإعاقات المختلفة (العقلية، الانفعالية، الجسمية البصرية والسمعية)، وأيضا لا يعانون من اضطرابات انفعالية حادة أو اعتلال صحي، كما يلاحظ عليهم بعض الخصائص السلوكية المشتركة مثل النشاط الحركي الزائد، قصور الانتباه و الإحساس بالدونية لذلك هم يحتاجون لطرق تدريس مختلفة (ابراهيم، 2010).

5-2 أنواع صعوبات التعلم:

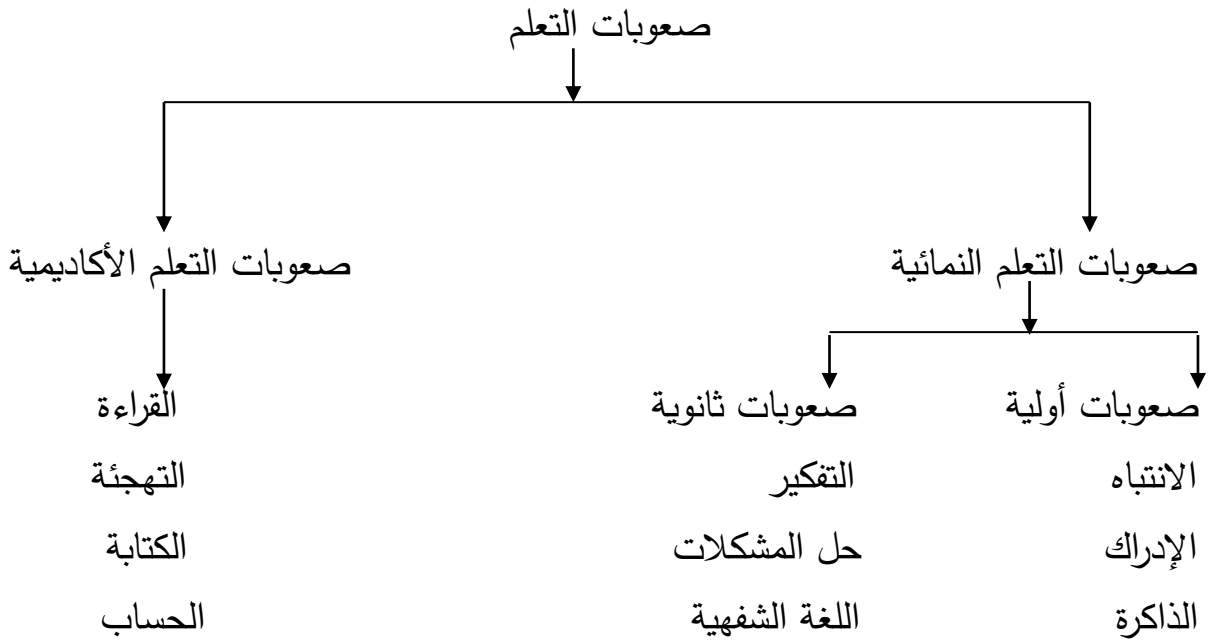
يذكر " كيرك وكالفانت " أنه يوجد نوعان من صعوبات التعلم هما:

صعوبات تعلم نمائية: ويشمل هذا النوع الصعوبات التي يحتاجها الطفل بهدف التحصيل في الموضوعات الأكاديمية وتقسم الصعوبات النمائية إلى:

- صعوبات أولية: وتشمل الانتباه والذاكرة والإدراك والتي تعتبر وظائف أساسية متداخلة مع بعضها البعض، فإذا أصيبت إحدى هذه الوظائف باضطراب فإنها تؤثر على الصعوبات الثانوية من الصعوبات النمائية.
- صعوبات ثانوية وهي الخاصة باللغة الشفهية والتفكير.

صعوبات تعلم أكاديمية: وهي مشكلات تبدو واضحة إذا حدث اضطراب لدى الطفل في العمليات النفسية(الصعوبات النمائية)، ويعجز عن تعويضها من خلال وظائف أخرى، حيث يكون لدى الطفل صعوبة في تعلم القراءة، التهجئة، الكتابة أو الحساب (الشريف، 2011).

والشكل التالي يوضح أنواع صعوبات التعلم:



شكل رقم(7) يوضح أنواع صعوبات التعلم

(ابراهيم، 2010)

3-5 نسبة انتشار صعوبات التعلم:

أشار "مايكل بست" (1964) إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من الصعوبات التعليمية بحوالي (15%) في سن المدرسة الابتدائية و الثانوية، و في بحث آخر قام به وجد أن (7 %) من الأطفال في سن المدرسة الابتدائية في الولايات المتحدة يعانون من صعوبات التعلم، أما في بعض الأقطار العربية فكانت نسبة انتشار صعوبات التعلم الأكاديمية في مصر حسب التقديرات إلى (26 %) في القراءة، والكتابة (4.28 %) و الحساب (28.46%) و هذه المعدلات حسبت في الفترة من (1998-1992)، أما نسبة انتشار صعوبات التعلم الأكاديمية في السعودية (6.20 %) سنة (1989)، و في الإمارات (7.13 %) سنة (1991)، في عمان (3.10%) سنة (1991)، أما في الأردن فكانت (21%) سنة (1987)، ولو قارنا بين ما ورد من معدلات في البيئات العربية و بين مثيلاتها في البيئات الأجنبية لوجدنا الفرق شاسعاً مما يستدعي التصدي لهذه الصعوبات و محاولة تشخيصها بدقة و السيطرة عليها من خلال البحوث و الدراسات (بن يحي، 2009).

5-4 أسباب صعوبات التعلم:

تعددت أسباب صعوبات التعلم واختلف الباحثين في هذا الميدان في تحديديها حيث اعتبرت عملية التعرف على الأسباب المؤدية إلى صعوبات التعلم عملية صعبة ولكن الباحثين حاولوا تقسيمها إلى مجموعات كانت كتالي:

العوامل العضوية والبيولوجية: يعتبر التلف المخي لب صعوبات التعلم، كما اصابة الأم ببعض الأمراض كالحمى القرمزية والحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى للحمل قد تسبب أيضا الاضطرابات المخية المختلفة فقد يحدث النمو غير السوي للنظام العصبي المركزي بسبب تعاطي الأم للكحوليات والمخدرات، حيث تنجم صعوبات التعلم عن خلل في النواقل العصبية الموصلة للنبضات بين الخلايا، مما يترتب عليه عجز الدماغ عن القيام بمهامه بصورة دقيقة.

العوامل الوراثية: من المسلم به أن صعوبات التعلم باتت تنتشر بين العائلات، حيث أن الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة تفرض أن بعض الحالات من صعوبات التعلم تعتبر وراثية، فقد أظهرت نتائج هذه الدراسات أنه إذا كان أحد التوائم يعاني صعوبة في القراءة فإنه من المحتمل إل حد كبير اصابة الثاني أيضا من صعوبات في التعلم، كما أن تأثير العوامل الوراثية ليس عاما، أي أنه لا تحدث الصعوبة بنفس الطريقة لدى الجميع أو في عدة مواد دراسية حيث توجد جينات معينة لها تأثير مباشر في حدوث صعوبة القراءة بصفة خاصة فالأفراد الذين يعانون صعوبة في القراءة تظهر لديهم خصائص معرفية أخرى متشابهة إلى حد كبير.

العوامل البيئية: إن المشكلات التي تحدث أثناء فترة الحمل أو أثناء الولادة، أي الظروف التي تؤثر على الطفل خلال مرحلة الولادة أو قبلها بفترة قصيرة مثل نقص الأوكسجين أو الإصابات التي تحدث أثناء الولادة أو نتيجة لاستخدام الأدوات الطبية لها صلة بصعوبات التعلم، إلى أن العلاقة الدقيقة ليست واضحة تماما، لذلك يركز المتخصصين في مجال صعوبات التعلم عل الأسباب البيئية، غير أن معظم التعريفات تستبعد الحرمان البيئي الحاد ولكن هناك من حاول تحديد بعضا من تلك العوامل البيئية الكامنة وراء صعوبات التعلم منها:

اصابة المخ نتيجة لتعرض الطفل لمرض يسبب لديه تلفا دماغيا، ومن أكثر هذه الأمراض خطورة على دماغ الطفل التهاب السحايا، الحصبة الألمانية، التهاب الخلايا الدماغية، أو التعرض لولادة مبتسرة أو متعسرة ينجم عنها نقص في الأوكسجين. (علي، 2011)

خلاصة الفصل

تم التطرق في هذا الفصل على أكثر الإعاقات التي تسببها الولادة المبكرة وتم تناولها بشيء من التفصيل كتعريف الإعاقة ونسبة انتشارها والتركيز أكثر شيء على الأسباب والتي تندرج الولادة المبكرة ضمن أحد أهم الأسباب التي تشترك فيها جميع الإعاقات فهي سبب مهم في حدوث الإعاقة العقلية والإعاقات الحسية (السمعية أو البصرية) كذلك تؤدي إلى الشلل الدماغي الحركي ومن أهم العوامل التي تساهم في ظهور صعوبات التعلم عند الدخول إلى المدرسة.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- مجتمع وعينة الدراسة

3- إجراءات الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- الأساليب المستخدمة في الدراسة

خلاصة

تمهيد

بعد التعرض في الفصول السابقة إلى الإطار النظري من إشكالية وأهداف للدراسة وما يتعلق بمتغيرات الدراسة، يأتي الجانب التطبيقي مكملا للجانب النظري ليمثل معطيات الدراسة كميا، حيث تتوقف صحة وموضوعية النتائج التي يتحصل عليها الباحث على دقة الإجراءات المتبعة والأساليب المستخدمة في معالجة موضوع الدراسة ومدى تمكنه من التطبيق الصحيح لتلك الإجراءات والأساليب، وخلال هذا الفصل سيتم التعرف على منهج الدراسة وطريقتها وتحديد العينة وخصائصها، كما يتم التطرق إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

1-منهج الدراسة:

إن طبيعة المشكلة المطروحة للدراسة هي التي تحدد المنهج الذي يتبع من بين المناهج المختلفة، وبداية يمكن أن نعرف المنهج العلمي بأنه" الطريقة التي يسلكها الباحث في دراسته أو تتبعه لظاهرة معينة من أجل تحديد أبعادها بشكل شامل يجعل من السهل التعرف عليها وتمييزها ويسهل معرفة أسبابها ومؤشراتها والأشكال التي تتخذها والعوامل التي تؤثر فيها وطرق قياس الأثر والتنبؤ بشكل موضوعي دقيق يفسر العلاقات التي تربط عواملها الداخلية والخارجية بهدف الوصول إلى نتائج عامة محددة يمكن تطبيقها وتعميمها". (خالدي وقدي، 1996)

ولأن طبيعة الموضوع ومعطياته هي التي تفرض إتباع منهج مناسب للدراسة فقد تم الدراسة الحالية إتباع المنهج الوصفي باعتباره يصف الظاهرة في الوقت الحاضر ويعرفه بشير صالح على أنه " مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع محل البحث" (الرشيدي، 2000، 59).

ويندرج تحت المنهج الوصفي العديد من الأساليب من بينها" **الأسلوب المسحي الاستكشافي**" والذي يميزه أن الباحث يدخل الميدان وهو لا يعرف الأبعاد الحقيقية للظاهرة التي يدرسها، الأمر الذي يجعله يحصر اهتمامه في استكشاف كل جوانب هذه الظاهرة أو المشكلة (أنجرس، 2008).

2- مجتمع وعينة الدراسة:

يتم تحديد الأسلوب المستخدم في جمع البيانات حسب الهدف من البحث وحجم المجتمع محل البحث، ولطبيعة الدراسة فإن مجتمع البحث يتمثل في أطفال الولادة المبكرة والمتمثل في 1000 ملف **(ملحق رقم2)** في الفترة الممتدة من 2009 – 2016 .

وقد تم الحصول من مديرية الصحة بولاية الوادي على إحصائيات الولادة المبكرة للثماني سنوات الأخيرة (2009- 2016) مع عدد الولادات الطبيعية الإجمالي لكل سنة.

والجدول التالي يوضح عدد حالات الولادات الطبيعية والمبكرة خلال تلك السنوات

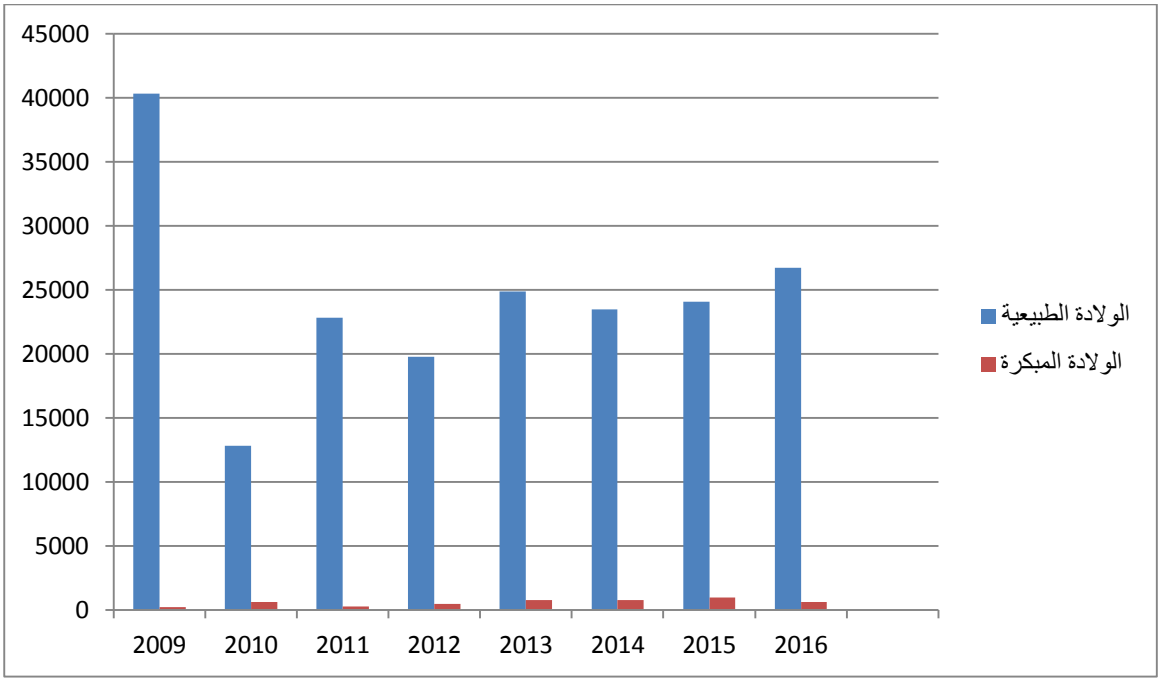
جدول رقم (1) يوضح عدد الولادات الطبيعية والمبكرة خلال السنوات 2009- 2016

السنة	عدد الولادات الطبيعية	عدد الولادات المبكرة	النسبة المئوية
2009	40350	195	حوالي2.12 %
2010	12817	632	حوالي 5.20%
2011	22821	243	حوالي 3.06%
2012	19751	479	حوالي 4.73%
2013	24868	748	حوالي 5.66%
2014	23485	766	حوالي 5.85%
2015	24101	965	حوالي 7.11%
2016	26149	602	حوالي 5.01%

يتضح من خلال الجدول أن نسبة المواليد الخدج تتفاوت خلال السنوات فترتفع في سنة وتنخفض في سنة أخرى فسنة 2015 سجلت أعلى نسبة حيث بلغت 965 حالة أي بنسبة قدرت حوالي (7.11%) وانخفضت في السنة الموالية 2016 إلى 602 حالة بنسبة حوالي (5.01%)، أما خلال السنتين 2013 و 2014 فكانت النسبة متقاربة فقد سجلت في الأولى 748 حالة بنسبة حوالي(5.66%) وفي الثانية 766 حالة أي ما نسبته حوالي (5.85%)، أما بالنسبة للسنوات الأخرى فقد شهدت نسب متفاوتة كذلك فسنة 2009 بلغ عدد

الولادات المبكرة 195 أي بنسبة حوالي (2.12%) وبلغ سنة 2010 عدد الولادات المبكرة 632 بنسبة حوالي (%)، أما سنة 2011 فتراجعت عدد الولادات المبكرة إلى 243 نسبة تقدر حوالي (3.06%). وبالرغم من أن النسب تعتبر بسيطة إلا أنها لا تعكس المشكل الحقيقي.

والشكل التالي يوضح التوزيع التكراري للولادات الطبيعية والمبكرة خلال السنوات (2016 -2009)



شكل رقم(8) يوضح نسبة المئوية للولادة المبكرة خلال الفترة 2009-2016

أما بالنسبة للعينة فيتم اختيارها بما يخدم الباحث حسب طبيعة بحثه، بحيث يحقق ذلك الاختيار أهداف الدراسة المطلوبة (قنديلجي، 2015).

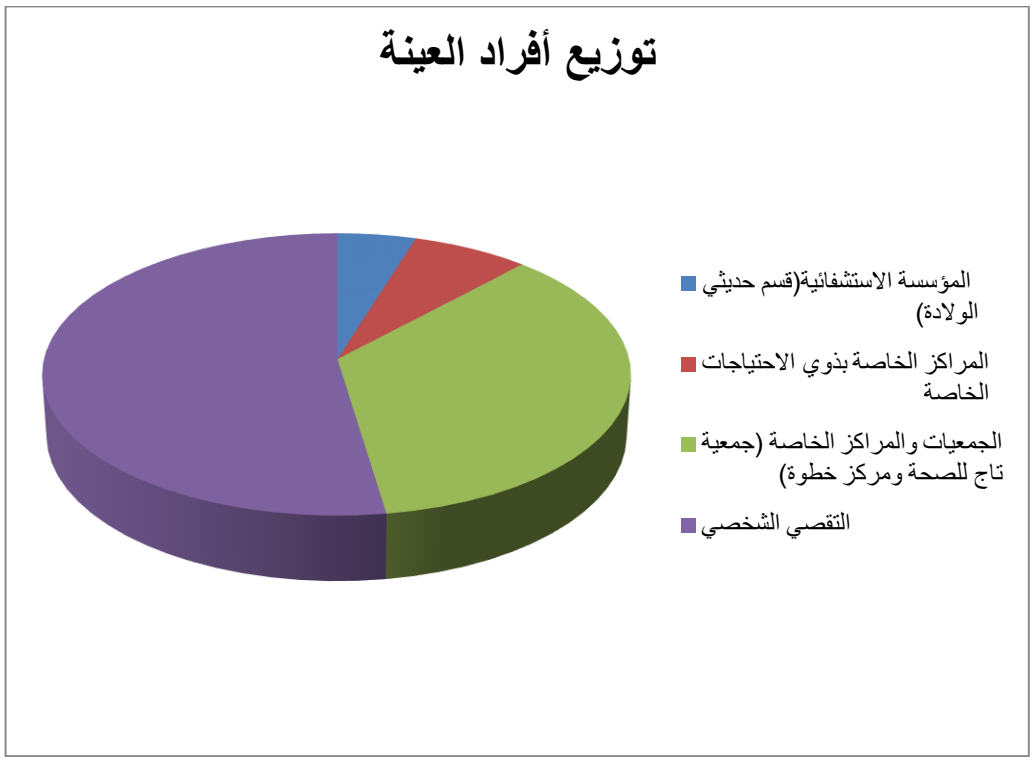
لذلك تم اختيار العينة في الدراسة الحالية بما يحقق الغرض بناء على معياري الولادة المبكرة والإعاقة، وبطريقة قصدية ليتحدد العدد النهائي بـ42 حالة، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة.

جدول رقم (2): يوضح توزيع أفراد العينة

المركز	العدد	النسبة المئوية
المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر (قسم حديثي الولادة)	2	%5
المراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة (المركز النفسي البيداغوجي، مدرسة الأطفال المعوقين سمعيا، مدرسة الأطفال المعاقين بصريا)	3	%7
الجمعيات الخاصة (جمعية تاج للصحة ومركز خطوة للتكفل بالمشكلات النفسية والمدرسية)	15	%36
أخرى (التقصي الشخصي)	22	%52
المجموع	42	%100

يتضح من خلال الجدول أن عدد حالات الإعاقة الناتجة عن الولادة المبكرة المسجلة في المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر(قسم حديثي الولادة) هما حالتان فقط أي بنسبة (05 %)، كذلك بالسبة لعدد الحالات المسجلة في المراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة هي 3 حالات أي بنسبة (07 %)، أما الجمعيات الخاصة فقد تم تسجيل 15 حالة ما نسبته (36 %) والحالات الأخرى جمعت عن طريق التقصي الشخصي وهي 22 حالة أي بنسبة (52 %) .

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد العينة:



شكل رقم(9) يوضح توزيع أفراد العينة حسب أماكن توزيعهم

3-أدوات الدراسة:

استخدمت في الدراسة الحالية عدة أدوات وكان الهدف الأساسي منها هو جمع المعطيات معتمدين في ذلك على الأساليب الإحصائية في علم الإحصاء.

- الوثائق: تم الاعتماد في هذه الدراسة على الملفات والسجلات الموجودة في المستشفى والمراكز والجمعيات وتحليلها وتسجيل الحالات الخاصة بالولادات المبكرة والتي سجلت بإعاقة .

- المقابلة: تعتبر المقابلة من أهم الأدوات في جمع البيانات حيث ساعدت هذه الأداة في كشف بعض جوانب الموضوع بأنواعها المختلفة، وتم استخدام المقابلة غير المقننة مع بعض الأطباء والقابلات والممرضات والمربيات المتخصصات وبعض الأهل لجمع المعلومات.

4-إجراءات الدراسة:

مرت الدراسة بخطوات عدة اشتملت أساسا على:

- زيارة مديرية الصحة بالوادي للحصول على إحصائيات للمواليد الخدج للسنوات الأخيرة ولكن لم يتم الحصول سوى على ثماني سنوات (2009 - 2016) كما سبق الذكر.

- تم الاطلاع على الملفات الصحية للأطفال على مستوى المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر(قسم حديثي الولادة) والمراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة (المركز النفسي البيداغوجي، مدرسة الأطفال المعوقين سمعيا، مدرسة الأطفال المعاقين بصريا) جمعيات خاصة (جمعية تاج للصحة، مركز خطوة للتكفل بالمشكلات التعليمية والنفسية)، وبلغ عدد الملفات حوالي 1000 ملف بالإضافة إلى السجلات .
- إجراء مقابلات مع بعض الأطباء وبعض القابلات وممرضات ومربيات متخصصات عن إمكانية تفسير الإعاقة لدى الحالات غير المدونة (نوعية الإعاقة) أو من الحالات المسجلة لكن معلوماتهم غير واضحة.**(ملحق رقم 3)**
- إجراء مقابلات مع مسؤولين في بعض المراكز الخاصة فلم يكن منهم من تعاون مع البحث والبعض منهم صرح بأن الأمر ليس بهذه الدقة وأن الملفات لا تحتوى مثل هذه المعلومات قبل الإطلاع على الملفات وبعد الإطلاع عليها .
- إجراء مقابلات مع بعض الأهالي وجمع باقي الحالات عن طريق التقصي الشخصي.

5-الأساليب الإحصائية :

يهتم الإحصاء بالطرق العملية لجمع وتنظيم وعرض وتحليل البيانات، وعلى ضوء هذا الأخير يتم التوصل إلى نتائج وقرارات (شربيني، 2007) وللوصول إلى هاته الأخيرة وتبعا لطبيعة الموضوع وما تم السعي إلى تحقيقه من خلال الدراسة الحالية، فقد تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- **التكرارات:**

تستخدم التوزيعات التكرارية من أجل توضيح البيانات وسهولة معالجتها إحصائيا(عطية، 2009)، وقد تم استخدام التكرارات لمعرفة مجموع كل إعاقة وبالتالي سهولة حسابها بالنسب المئوية.

- **النسبة المئوية:**

تشير إلى استخدام أجزاء المائة في الحساب, وقد تم استخدامها لحساب النسب المئوية في تحديد نسبة الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة للإجابة على إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.

خلاصة الفصل:

من خلال استعراض الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة تم توضح المنهج المتبع وهو المنهج الوصفي بأسلوبه "المسحي الاستكشافي" وذلك تبعا لطبيعة الموضوع والهدف المراد التوصل إليه، كما تم التعرف على إجراءات الدراسة مما سهل طريقة اختيار العينة كما تم من خلال هذا الفصل التعرف على الأساليب الإحصائية المتبعة في الدراسة وبناءا عليه تم امتلاك مفتاح الوصول إلى تفسير نتائج الدراسة وهو ما سوف نأتي على تفصيله في الفصل الموالي من الجانب التطبيقي.

الفصل الرابع
عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض نتائج الدراسة

2- تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

خلاصة

تمهيد:

تعد مرحلة مناقشة النتائج من أهم مراحل البحث العلمي، باعتبارها المرحلة التي يقوم فيها الباحث باستخراج الأدلة والمؤشرات العلمية الكمية والكيفية التي تبرهن على إجابة أسئلة البحث (العساف، 1995)

وعليه يأتي هذا الفصل بعد جمع البيانات الرقمية لاستعراض النتائج المتحصل عليها من خلال عرضها عن طريق تفريغها وترتيبها وتصنيفها في جداول إحصائية ومن ثم مناقشتها وتفسيرها بالاستناد على الإطار النظري للدراسة ومن خلال الدراسات المتعلقة بالموضوع.

1-عرض نتائج الدراسة:

1-1 عرض نتائج التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على "ما هي الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة؟"

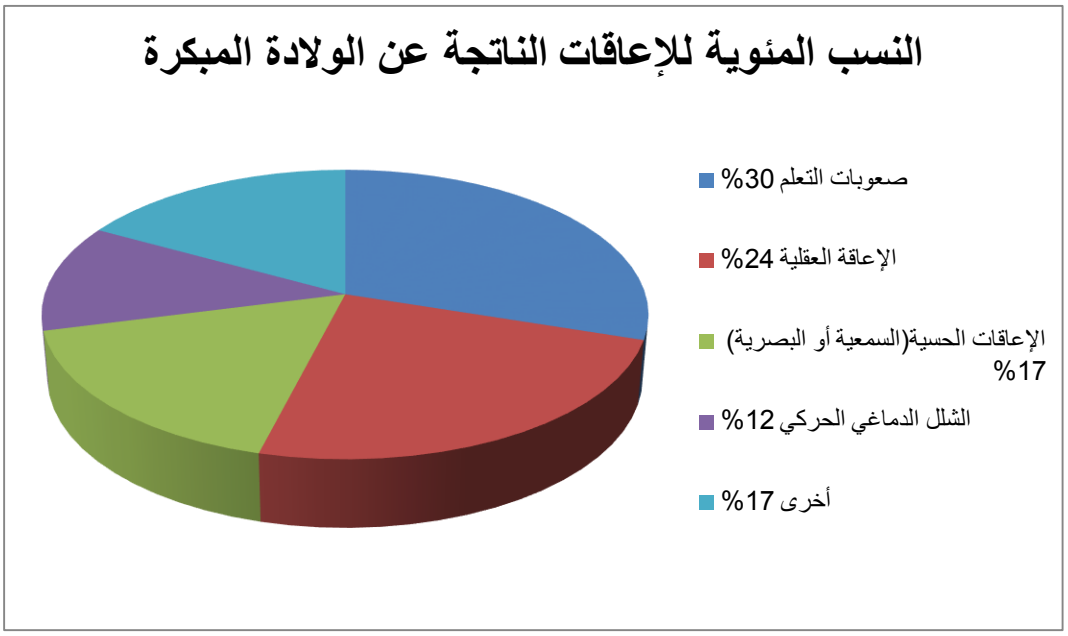
والهدف من هذا التساؤل هو معرفة أنواع الإعاقة والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة، وباستخدام التكرارات والنسب المئوية تم الحصول على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (3) يوضح أهم الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة

الإعاقة	العدد	النسبة المئوية
إعاقة ذهنية	10	%24
صعوبات تعلم	13	%30
إعاقات حسية (بصرية أو سمعية)	7	%17
شلل دماغي حركي	5	%12
أخرى (توحد، تأخر نمو حسي حركي اضطرابات لغة وتشوهات خلقية)	7	%17
المجموع	42	100

يتضح من خلال الجدول أن عدد حالات صعوبات التعلم عند أفراد العينة 13 حالة الإعاقة العقلية 10 حالات والمتمثلة في نسبة (24%)، أما الإعاقات الحسية فعددها 7 حالات ما نسبته (17%)، وعدد الحالات الأخرى هو 7 حالات بنسبة (17%) وأخيرا والشلل الدماغي الحركي 5 حالات بنسبة (12 %).

والشكل التالي يوضح النسبة المئوية للإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة



شكل رقم (10) يوضح النسبة المئوية للإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة

1-2 عرض نتائج التساؤل الثاني:

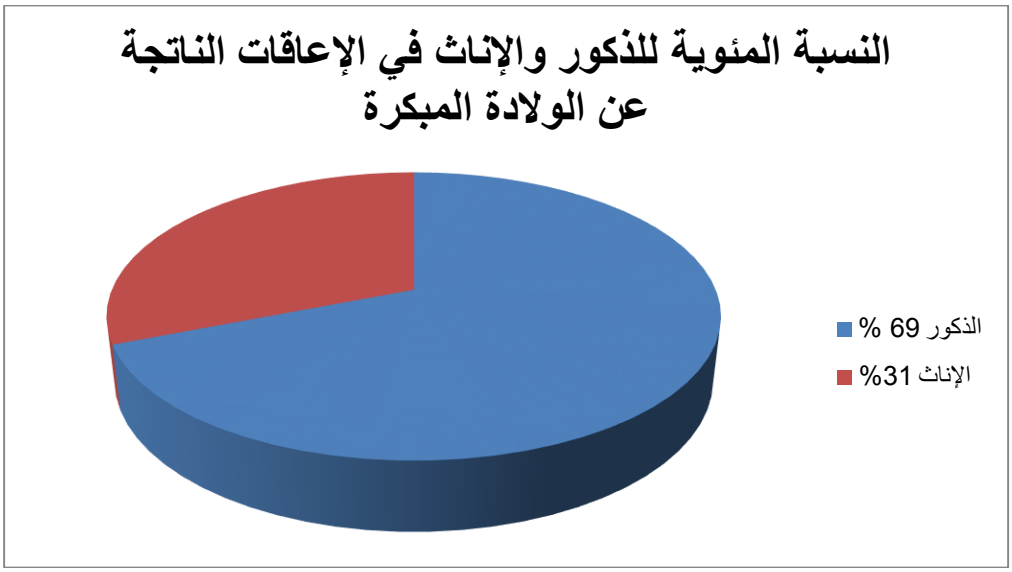
ينص التساؤل الثاني على: هل يوجد اختلاف حسب الجنس للإصابة بتلك الإعاقات و الاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة؟ والهدف من هذا التساؤل هو معرفة أي الجنسين يمثل النسبة الأعلى في الإصابة بالإعاقات التي تنتج عن الولادة المبكرة وباستخدام التكرارات والنسب المؤوية تم الحصول على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4) يوضح الإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	29	%69
إناث	13	%31
المجموع	42	%100

يتضح من خلال الجدول أن نسبة الذكور 29 حالة في جميع الإعاقات بنسبة (69%) أما الإناث فعدد الحالات 13 حالة في جميع الإعاقات بنسبة (31 %).

والشكل التالي يوضح النسب المئوية للإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة حسب الجنس



شكل رقم (11) يوضح النسبة المئوية للإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة حسب الجنس

1-تفسير ومناقشة النتائج:

1-2 تفسير ومناقشة التساؤل الأول:

ينص التساؤل الأول على " ما هي الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة؟ "

يتضح من خلال عرض النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة أن للولادة المبكرة مشكلات نمائية وصحية تصيب الأطفال الخدج على المدى القريب أو البعيد والتي تؤدي إلى إعاقة مصاحبة مدى الحياة أو تتطور تلك المشكلات لتصبح اضطرابات نمائية، غير أن البعض قد يتحسن عند التدخل المبكر والرعاية الجيدة أثناء تواجده داخل المستشفى أو العناية الوالدية الجيدة عند عودته إلى البيت والبعض الآخر يلقى حتفه خلال الأسابيع الأولى بعد الولادة.

والنتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية عبارة عن نسب تقريبية لأن هناك صعوبة في حصر جميع الولادات المبكرة والتي تعاني من إعاقة وذلك راجع إما لعدم متابعة الأهل لحالة هؤلاء الأطفال أو تفضيل البعض منهم المتابعة خارج الوطن وبالتالي يصعب تحديد كل الحالات.

بالإضافة إلى عدم وجود مراكز متخصصة لمتابعة مثل هذه الحالات ذلك أنها تحتاج إلى متابعة مستمرة ولفترة زمنية طويلة حتى الدخول إلى المدرسة ليتسنى الكشف عن الاضطرابات النمائية التي سببها الولادة المبكرة، كما أن الولادة بالمنزل تكون محاطة بالمخاطر وبالتالي يكون حصر الإعاقات والتعرف على ظروف الولادة والأسباب المؤدية إليها أمرا مجهولا وذلك لعدم تسجيل تلك الحالات ومتابعتها دوريا.

فالطفل الخديج يحتاج إلى عناية خاصة بعد ولاته وذلك لتعرضه للأمراض جراء ضعف المناعة لديه الناتج عن الولادة قبل الوقت والوزن الضعيف، لذلك يجب أن توفر له كل وسائل العناية والعلاج، وهذا ما تؤكده (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2010) بأن هذه الفئة تتطلب نوعا خاصا من الرعاية الطويلة والمكلفة...

وبالنسبة إلى الإصابات أثناء الحمل والولادة يشير الطبيب المختص في طب الأطفال أنها عادة ما تحدث نتيجة لنقص الأكسجين في مخ الوليد لأن الأوعية الدماغية لا تستطيع

التحكم في تدفق الدم إلى الدماغ فيتسبب بنقص الأكسجين مما يؤدي إلى تلف الخلية العصبية مسببا حدوث إعاقات مختلفة حسب المنطقة المصابة.

ويرجع نقص الأكسجين إلى أسباب مهمة أدرجها في دراسته كل من (Mercer et al, 2000 ؛ Arezki, 2013) تتمثل في الانفصال المبكر للمشيمة،النزف المهبلي الحاد للأم.. العيوب الخلقية في تكوين الرحم. بالإضافة إلى أسباب أخرى حظيت بالاهتمام من خلال دراسات (الشركجي، 2007. السعدي، 2012. المحمدي وآخرون، 2012) منها الأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل مثل فقر الدم، الحمل في أكثر من جنين (توأم) ولادة مبكرة في حمل سابق، تطرف سن الحمل...وأكدت أيضا (ميرزا، 2002) أن ما تعانيه الأم أثناء الحمل ينعكس سلبا على الطفل عموما وعلى الخديج خاصة مما يجعله أكثر الفئات تعرضا للعديد من المخاطر الصحية والتعقيدات النمائية.

وتوصلت الدراسة الحالية إلى أن هناك مجموعة من الإعاقات والاضطرابات النمائية التي تنتج عن الولادة المبكرة تم تفسيرها وفق أكثرها انتشارا إلى الأقل وهي كالتالي:

2-1-1 صعوبات التعلم:

مثلت صعوبات التعلم النسبة الأكثر انتشارا للإعاقات التي يعانيها الأطفال الخدج من خلال نتائج الدراسة الحالية التي سببها الولادة المبكرة والتي تظهر على المدى البعيد وتمثلت النسبة في (30%)، حيث يصرح طبيب الأطفال بأن الجهاز العصبي من الأجهزة التي يستمر نموها حتى الأسابيع الأخيرة من الحمل، والولادة قبل هذه الأسابيع تؤثر على الخلايا العصبية ونموها المستمر وبالتالي يؤدي إلى مشكلات أثناء المعالجة للمعلومات والتي تظهر عند دخول الطفل إلى المدرسة، مما يجعله لا يستطيع مجارات زملاءه في نفس العمر، ويتفق مع هذا التفسير مجموعة من الدراسات أكدت جميعها على أن السبب الرئيسي المسؤول على صعوبات التعلم هو أن الطفل يولد قبل وقته، حيث كلما كانت الولادة في وقت مبكر كلما كانت المشكلات النمائية أكثر ومن بين هذه الدراسات دراسة (Lindström et al, 2007) التي أكدت على أن الخدج يتعرضون إلى صعوبات في التعلم على المدى البعيد جراء مشاكل عدم اكتمال النمو ومشاكل في الأمعاء، بالإضافة إلى دراسة (إسماعيل 2009) والتي أكدت نتائجها كذلك على الإصابة بالمشكلات العصبية كصعوبات التعلم بالإضافة إلى دراسة (leuger,2008) التي تؤكد أن أكثر ما يصيب الأطفال الخدج مشكلات عصبية تؤدي إلى صعوبات في التعلم في المستقبل.

2-1-2 الإعاقة الذهنية:

اعتبرت الإعاقة الذهنية كذلك من بين أكثر الإعاقات التي تصيب الخدج من خلال النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية حيث بلغت النسبة (24%)، ويرجع تفسير هذه النتيجة حسب طبيب الأطفال المختص إلى طبيعة المجتمع المحلي الذي يشجع زواج الأقارب والزواج في سن مبكرة أو متأخرة فالأم الصغيرة جدا أو الكبيرة جدا تتعرض للولادة المبكرة فتزيد من فرصة الطفل للتعرض لمثل هذه الإعاقات كما أكدته معظم الدراسات المتعلقة بأسباب الولادة المبكرة التي تم ذكرها سابقا، كما أضافت الممرضة أن الوزن الضعيف جدا والولادة أبكر تجعل الطفل غير قادر على المقاومة أثناء الولادة مما يعرضه إلى الاختناق وبالتالي لا يصل الأكسجين إلى المخ وهو المشكل الأهم في حدوث الإعاقات كما سبق الإشارة إليه، حيث يؤدي نقص الأكسجين في المخ إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي يحدث التخلف الذهني بدرجات متفاوتة، ويتفق مع هذا التحليل دراسة كل من (إسماعيل، 2009) التي أثبتت النتائج المتحصل عليها أن الخدج معرضون للإصابة بمرض الغشاء الشفاف الذي يصيب الرئتين حيث يؤثر على وصول الأكسجين O_2 للدم وخروج ثاني أكسيد الكربون Co_2 مما يسبب تلف في المخ والذي يؤدي بدوره إلى حالات متفاوتة من التخلف الذهني، ويضيف ويشير كذلك طبيب الأطفال إلى أن نسبة السكر في الدم لهؤلاء الأطفال عند الولادة تكون منخفضة جدا تؤدي إلى التوقف المتكرر في عملية التنفس وبالتالي عدم وصول الأكسجين إلى المخ بالنسبة اللازمة فيؤدي إلى تخلف عقلي وما توصلت إليه نتائج دراسة (المغربي، 2004) يؤكد كذلك هذا التفسير حيث أن الخدج الذين يكون وزنهم أقل من 2.500 كغ يكون مستوى السكر في الدم لديهم منخفضاً جداً، وأنه كلما كان وزن المولود أقل كلما كان مستوى السكر منخفض مما يؤدي إلى رفض الرضاعة وارتخاء العضلات والتوقف المتكرر في عملية التنفس وازرقاق الجسم والاختلاجات ونوبات من التشنج تؤدي بدورها إلى مضاعفات خطيرة مزمنة منها التخلف العقلي.

2-1-3 تفسير النتائج المتعلقة بالإعاقات الحسية:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن الإعاقات الحسية من بين المشكلات التي يعانيها الأطفال الخدج بنسبة (17%) كانت بعض الحالات لديها عمى وصمم وأخرى تعاني إعاقة سمعية (ضعف سمع وصمم كلي)، وتفسر هذه النتيجة بأن العديد من الأعضاء يكتمل نموها ووظيفتها في الأسابيع الأخيرة من الحمل لذلك فهم في خطر متزايد للإصابة بمشاكل

العين والأذن وهذا ما جاء على لسان الطبيب المختص وأكدته الممرضة في قسم حديثي الولادة، فهؤلاء الأطفال قد تحدث لهم مشاكل في الأذن، فقد يعاني البعض منهم من ضعف السمع إلى جانب مشاكل الرؤية والبعض الآخر قد يعاني من مشاكل في السمع دون مشاكل في الرؤية، ومشاكل السمع هي من بين المخاوف الأكثر شيوعا، بالإضافة إلى التشوهات الجسدية في الأذنين. وأضاف الطبيب أن الطفل الخديج قد يولد سليم الرؤية والسمع ولكنه يكتسب تلك الإعاقات مع مرور الوقت ويرجع ذلك إلى عدم انتظام الأوعية الدموية في شبكية العين أو عدم مقاومة العضو للأمراض.

ويعتبر اعتلال الشبكية الناتج عن الولادة المبكرة من أكثر المشكلات التي تصيب هؤلاء الخدج والذي يحدث عند توقف الأوعية الدموية للشبكية عن النمو عندما يولد الطفل مبكرا، فهذه الأوعية تستمر في النمو حتى تصل إلى أطراف الشبكية في وقت الولادة تقريبا لذا عند الولادة المبكرة تتكون أوعية غير طبيعية تؤدي إلى تشكل تليّفات بدورها تؤدي إلى الشد على سطح الشبكية ثم انفصالها وبالتالي تصاب بعض الحالات بالعمى ، ويتفق مع هذا التفسير دراسة (SCDP) والتي تؤكد على أن الخدج معرضين للإصابة باعتلال الشبكية لذلك يجب فحص العينين فور الولادة (التدخل المبكر)، بالإضافة إلى عوامل أخرى تتمثل في نسبة وطريقة الأكسجين الخاطئة التي يزود بها الطفل بعد الولادة مباشرة ويعود ذلك على ضعف الأداء التمريضي داخل أقسام حديثي الولادة، ولأن هذه الفئة حساسة لا تحتمل مثل هذه الأخطاء تؤكد نتائج دراسة (بدور 2012) على أن جودة الأداء التمريضي يساعد في العناية بهؤلاء الأطفال ويخفف من تعرضهم للمضاعفات الصحية والإعاقات وهي نتيجة تعزز هذا التفسير. كما تؤكد دراسة (Silverman, 1985) إصابة هؤلاء الأطفال بإعاقة حسية (التليف خلف البلورة) الذي يؤدي إلى العمى وذلك إثر نسبة الأكسجين الخاطئة التي يزود بها الخدج بعد الولادة مباشرة، بالإضافة إلى دراسة كل من (Lindström et al, 2007) والتي تؤكد على أن الأطفال الخدج يصيبهم نزيف بطيني داخلي يسبب العدوى مما ينتج عنه عجز حسي، وأخيرا دراسة (المغربي، 2004) التي تؤكد على إصابة هذه الفئة بإعاقات حسية.

2-1-4 تفسير النتائج المتعلقة بالشلل الدماغي الحركي:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية كذلك أن الشلل الدماغي الحركي إعاقة تصيب الأطفال الخدج وتمثلت النسبة في (12%)، وحسب ما جاء في المقابلة مع الطبيب والممرضة

فكلاهما قد أكدا على أن السبب يرجع في ذلك إلى تلف الخلايا العصبية وتضرر أماكن الحركة في المخ بسبب ما يعانيه الطفل أثناء وبعد الولادة جراء مشاكل التنفس (متلازمة الضائقة التنفسية) وهي أن الطفل يتعرض لانقطاع التنفس المتكرر مما يجعل الأكسجين لا يصل إلى المخ بصورة طبيعية وبالتالي تحدث أنواع مختلفة من الشلل الدماغي الحركي وذلك حسب المنطقة المصابة ويؤكد هذه النتيجة ما توصلت إليه (منظمة الصحة العالمية 2010) خلال السنوات الأخيرة وهو أن الأطفال الذين يولدون قبل الأوان يملكون معدلاتٍ أعلى من الشلل الدماغي، كذلك دراسة (Lindström et al, 2007) التي تربط الإعاقة الحركية بشكل مباشر بالمشكلات التنفسية التي يواجهها معظم الخدج حيث تؤدي هذه الأخيرة إلى تأخر في النمو وبالتالي تحدث الإعاقة الحركية تدريجيا، دراسة (المغربي 2004) أيضا أكدت أن الشلل الدماغي الحركي من المشكلات العصبية التي تواجه هذه الفئة بالإضافة إلى دراسة (القيصي وآخرون، 2014) والتي فسرت الإعاقة من خلال دراسة الجذور الحرة وفعاليتها والتي تعتبر شوارد خلوية (جزيئات أوكسجين عالية الفعالية ومشحونة) تلحق الدمار بالجسم عن طريق إتلافها لـ (DNA)، فهي تحدث تبدلاً في المكونات الكيميائية الحيوية، مسببة تلف النسيج الخلوي وقتل الخلايا مباشرة، والمادة المضادة للأكسدة تمتص جزيئات الأوكسجين العالية بالجسم، أي لها القدرة على تحييد الأوكسجين الفاعل، وبالتالي الخدج وأمهاتهم أكثر عرضة للجهد التأكسدي مما يجعلهم عرضة للمخاطر الصحية منها الشلل الدماغي الحركي.

2-1-5 تفسير النتائج المتعلقة بالحالات الأخرى:

يتضح من خلال نتائج الدراسة الحالية أن هذه الفئة قد تصاب بإعاقات أخرى مختلفة تمثلت في التوحد، اضطرابات النطق، تأخر النمو الحسي حركي وتشوهات خلقية وبلغت نسبتها (17%)، وحسب ما صرحت به القابلة أن الوزن المنخفض جدا والذي يقل عن 1000 ويزيد عن 500 غرام من أكثر الأسباب التي تجعل الطفل يواجه مشكلات كبيرة جدا أثناء الولادة أو بعدها حيث يحتاجون إلى رعاية فائقة للجهاز التنفسي والدورة الدموية والتغذية والحفاظ على درجة الحرارة والوقاية من العدوى والعديد من المشكلات الأخرى التي تؤدي إلى تأخر النمو لاحقا، وقد أشارت معظم المراجع وأكدت هذا التفسير (ICNHSM, 2004) والتي تفسر الوزن المنخفض جدا وما يترتب عليه من مشكلات نمائية، وهو الشيء الذي أكده أيضا طبيب الأطفال المختص خلال المقابلة، وأضافت مربية متخصصة أثناء مقابلتها

أن التشوهات الخلقية كالشفة الأرنبية قد تعيق الطفل من تعلم الكلام أو تشوهه بالتالي تحدث اضطرابات النطق وها ما اتفق مع نتائج دراسة كل من (المغربي، 2004) و(Lindström et al, 2007) والتي تؤكد هذا التفسير حيث أثبتت نتائج كل منها أن الأطفال الخدج ذوو الوزن المنخفض جدا يعانون من تأخر في النمو على المدى القريب والبعيد.

2-2تفسير ومناقشة النتائج التساؤل الثاني:

ينص التساؤل الثاني على: هل يوجد اختلاف حسب الجنس للإصابة بتلك الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة؟

تبين خلال هذه الدراسة أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث في الإصابة بالإعاقات الناتجة عن الولادة المبكرة حيث بلغ نسبة الذكور الخدج المعاقين (69%) بينما بلغت نسبة الإناث (31%)، هذه النتيجة علميا يرجعها الأطباء والعلماء إلى الاختلافات البيولوجية في الجهاز التنفسي لدى الجنسين، فقد أوضحت نتائج دراسة (جوي لون، 2012) أن الذكور أكثر عرضة للولادة المبكرة بنسبة (14%)، فمن خلال نتائج دراستها كانت نسبة الولادات المبكرة للذكور 34400 في الأسبوع 37 مقابل 28700 ولادة مبكرة للإناث، كما أكدت نفس الدراسة على أنهم أكثر عرضة للعدوى واليرقان وبالتالي هم أكثر عرضة للموت والإعاقة نتيجة الولادة المبكرة والتشوهات الخلقية، مفسرة بذلك أن زيادة الولادات المبكرة للذكور يتمثل في أن المرأة الحامل بذكر تكون أكثر عرضة لمشكلات المشيمة وتسمم الحمل وارتفاع ضغط الدم، كما أن الإناث في الرحم "ينضجن" قبل الذكور، بالإضافة إلى دراسة المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعاقين بالأردن (2010) التي أكدت أن نسبة الذكور في الإعاقة أكثر من الإناث من خلال نتائجها التي بلغت نسبة الذكور المعاقين فيها (59 %) مقابل (41 %) من الإناث في جميع الإعاقات من نسبة معاقين إجمالية بلغت (2 %)، كما أثبتت النتائج لنفس الدراسة أن أكثر هذه الإعاقات انتشارا هي الإعاقة الحركية وضعف البصر وأقلها انتشارا هي التوحد وصعوبات التعلم.

وتشير الدراسات التي بحثت في نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الجنسين إلى أن عدد الذكور الذين يعانون من صعوبات التعلم يفوق عدد الإناث بما يقارب الثلاثة أضعاف كما جاء في دراسة (الناطور، 2005) وأكدت على أن المعدلات المرتفعة بين الذكور قد تعزى إلى العوامل البيولوجية سب بعض الباحثين، في حين عزا البعض الآخر ذلك إلى التحيز في الإحالة بسبب المشكلات السلوكية التي يظهرها الذكور مقارنة مع الإناث والتي تسبب

إزعاجا لمعلميهم، وهنا لا بد من الإشارة إلى أنه يمكن أن يكون هذا الاختلاف في تحديد نسب انتشار صعوبات التعلم بين الذكور والإناث يعود إلى المعايير والمحكات المستخدمة كما أكدته نفس الدراسة، وفي دراسة الكوافحة أكدت نتائجها أن نسبة صعوبات التعلم لدى الذكور (9.20%)، في حين كانت لدى الإناث (6.88%) من إجمالي نسبة بلغت حوالي (1.10%) بمدينة إربد، كذلك دراسة (عجاج 1998) التي أوضحت أن نسبة الذكور ممن يعانون صعوبات التعلم تقدر حوالي(15.64%) بينما لدى الإناث تقدر بـ (11.38%) وتشمل الصعوبات النمائية والأكاديمية معا.

أما دراسة (عثمان، 1998) فقد أشارت إلى أن التخلف العقلي أكثر شيوعاً بين الذكور منه لدى الإناث ويعزى ذلك إلى عوامل " بيولوجية " أبرزها الاضطرابات الوراثية المرتبطة بالجنس والتي تقتصر على الذكور دون الإناث، وقد بلغ معدل انتشار التخلف العقلي لدى الذكور حسب نتائج دراسته حوالي (5.3 %) مقابل (4.2 %) لدى الإناث، واختلفت هذه النتيجة تماماً مع دراسة (مهداوي الدين،2011) التي بلغ معدل انتشار الأطفال المعوقين عقلياً فيها والذين يقل معامل ذكائهم عن (50) (4.5 %) في أغلب الدراسات، وأن عدد المعاقين عقليا بولاية البيض (الجزائر) قد بلغ 1270 منهم 741 معاق عقلي بنسبة(100%) يشكل الذكور منهم 492 بنسبة (66.40 %) والإناث 319 أي بنسبة (33.6 %).

وعليه فهذه النتائج تؤكد في غالبيتها أن الأطفال الذكور أكثر تعرضا للإعاقات مقارنة بالإناث.

3- خلاصة نتائج الدراسة

من خلال عرض النتائج الحالية ومناقشتها تم التعرف على أنواع الإعاقات والاضطرابات النمائية الناتجة عن الولادة المبكرة والتي تمت بعد تحليل السجلات والملفات الخاصة بالأطفال في المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر(قسم حديثي الولادة) والمراكز الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة (المركز النفسي البيداغوجي، مدرسة الأطفال المعوقين سمعيا ومدرسة الأطفال المعاقين بصريا)، بالإضافة إلى جمعيات خاصة (جمعية تاج للصحة ومركز خطوة للتكفل بالمشكلات النفسية والتعليمية)، ومن خلال مقابلات مع أطباء وممرضات وقابلات ومربيات متخصصات وبعض الأهل توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الخدج يتعرضون إلى عدة مشكلات صحية تؤدي إلى حدوث إعاقات مختلفة تمثلت في:

- صعوبات التعلم وكانت أكثر ما يصيب الأطفال الخدج بنسبة 30%.
- الإعاقة العقلية ومثلتها نسبة 24% وهي النوع الثاني من الإعاقات الذي يتعرض له.
- الإعاقات الحسية (بصرية أو سمعية) وكانت الإعاقة التالية بنسبة 17%.
- الشلل الدماغي الحركي بنسبة 15% وهو أقل الإعاقات حدوثا لهؤلاء الأطفال.
- إعاقات أخرى تمثلت في التوحد، تأخر النمو الحسي حركي، اضطرابات نطق وتشوهات خلقية بنسبة 17%.

وتوصلت النتائج الحالية كذلك إلى أن نسبة الذكور الخدج المعاقين هي أعلى من نسبة الإعاقة عند الإناث فالذكور كانت نسبة الإعاقة لديهم 69 % بينما كانت لدى الإناث 31%.

وقد اقتصرت الدراسة على عدد غير كبير من الحالات وذلك يرجع لعدة ظروف أهمها:

- غياب التوثيق مما يجعل المُعطيات في السجلات والملفات الطبية غير دقيقة و غير كاملة، وهذا ما جعل حصر عدد الحالات صعب.
- عدم وجود بيانات صحيحة ومضبوطة من مديرية الصحة راجع إلى غياب التوثيق الإهمال واللامبالاة.
- الاختلافات في إدراك عيش الرضع الخدج وقلة الوعي بنوع المشكلات التي تصيب هؤلاء الأطفال جراء ولادة الزوجة بالبيت والتي يمكن ألاّ تشجّع على تسجيل الخدج.
- رفض بعض المراكز التعاون وتقديم المساعدة.

توصيات واقتراحات حول موضوع البحث:

إن الأخذ بالحسبان العواقب الوخيمة للإعاقات على الأطفال وعائلاتهم والمجتمع يجعل تأسيس نظام جيد ومدروس لتسجيل تلك الإعاقات أمرا مطلوبا وملحا وذلك من خلال:

- فتح سجلات خاصة تخدم أغراض رصد تلك الإعاقات، وتوفر أداة جيدة للبحوث العلمية، الطبية والصحية المستقبلية.
- فتح مراكز خاصة لاستقبال مثل هذه الحالات والمتابعة حتى سن التمدرس، وإجراء دراسات تتبعية من أجل الكشف عن الاستعداد الوراثي والعوامل البيئية في وقت لاحق على النمو البدني والعقلي للطفل على المدى الطويل كصعوبات التعلم.
- تحسين الأداء التمريضي وتوفير كوادر متخصصة في التعامل مع هذه الفئات.
- إعداد مخطط عمل يهدف إلى التنمية المستديمة من خلال تطبيق إستراتيجية " الأم الكنغر" حيث تعتمد على الالتصاق المبكر والمستمر لمدة أطول بين الطفل وأمه وتستمر هذه الملامسة حتى بلوغ الطفل ما يوازي 40 أسبوعا من العمر الرحمي مع استمرارية الرضاعة الطبيعية ذلك أن حليب الأم يحمي أمعاء الطفل الخديج فضلا عن دعمه للنمو كذلك المتابعة المستمرة. كما ابتكرت هذه الإستراتيجية لتخفيف الأعباء المالية والتغلب على مشكلة انتقال العدوى الناجمة عن ازدحام الحاضنات وتوفيرها (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2010).**(ملحق رقم 4)**
- اتخاذ استراتيجيات الوقاية التي تبدو بسيطة وقابلة للتنفيذ في أماكن تقديم الخدمة للسيدات الحوامل.
- الرعاية المشتركة بين المستشفيات والأطباء والاهتمام المتبادل.
- القيام ببرنامج وقائي موجه نحو تلك الولادات المبكرة يحمل فائدة كبيرة في إنقاص معدلات الوفيات والإعاقات.
- تدعيم البرامج الوطنية الخاصة بالتكفل بحديثي الولادة.

- تقديم تصور لبرامج توعية للأمهات من خلال الوقاية وكيف تعتني بصحتها خلال فترة الحمل لتفادي خطورة الوضع المسبق (حملات توعية عن الطفل الخديج).

عناوين دراسات مقترحة

- دراسة وبائية في أكبر مستشفيات الوطن لتحديد المشكلات بأنواعها.
- دراسة ارتباطيه للأسباب المؤدية للولادة المبكرة ونوع كل إعاقة.
- دراسة مقارنة بين الأطفال الخدج المعاقين والأطفال الخدج غير المعاقين.
- دراسة تعنى بكل إعاقة من الإعاقات التي تم التعرف عليها في هذه الدراسة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- القرآن الكريم.

- إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف (2010). ***المرجع في صعوبات التعلم (النمائية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية)***. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- إسماعيل، سلوى ابراهيم (2009). ***تقييم لواقع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في العراق والخدمات المقدمة لهم***. العراق: وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي.

- الخطيب، جمال محمد والحديدي، منى أحمد (2009). ***المدخل إلى التربية الخاصة*** عمان: دار الفكر.

- الرشيدي، بشير صالح (2000). ***مناهج البحث التربوي، رؤية مبسطة***. دار الكتاب الحديث.

- السقا، محمد عيد (2015). ***موسوعة الإعجاز العلمي***. مكة: هيئة الإعجاز في القرآن والسنة.

- الشاهين، لميس إحسان(2007). **فاعلية *برنامج قائم على التعليم الفردي في تحسين مهارات القراءة لدى عينة من الطلبة ضعاف السمع في معهد الصم والبكم***. رسالة ماجستير في التربية الخاصة. دمشق: الجامعة الأردنية.

- الشركجي، ذنون يونس ذنون (2007). ***استخدام التحليل العامل (طريقة المحاور الأساسية) لتشخيص أهم المتغيرات المؤثرة في ولادة الأطفال الخدج نينوى***. العراق مجلة التربية والعلم. المجلد 19. العدد 01 .

- الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد (2011). ***التربية الخاصة وبرامجها العلاجية***. القاهرة مكتبة الانجلو المصرية.
- الصفدي، عصام حمدي (2007). ***الإعاقة الحركية والشلل الدماغي***. الطبعة العربية الأردن: دار اليازوري العلمية.

- الظاهر، أحمد قحطان (2008). ***مدخل إلى التربية الخاصة***. ط2. عمان: دار وائل. المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين (2010). ***واقع الاعاقة في الأردن العمالة والبطالة***. الأردن: دائرة الاحصاءات العامة.

- العساف، صالح بن حمد(1996). ***المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية***: الرياض مكتبة العبيكان.

- المغربي، شادي فواز (2008). ***دراسة نقص سكر الدم عند الأطفال بعد مرحلة الوليد*** بحث علمي اعد لنيل شهادة الدراسات العليا في طب الأطفال في قسم الأطفال. دمشق كلية الطب البشري. جامعة دمشق.

- الناطور، ميادة محمد (2005). ***صعوبات تعلم القراءة وكيفية معالجتها***. دمشق: مؤسسة الوحدة للصحافة والطباعة والنشر.

- الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (2009). ***الدليل التنفيذي لنموذج أنشى الكنغر في رعاية وليدها***. الولايات المتحدة الأمريكية: حماية الطفولة.

- الوهيب، عادل بن سليمان (2010). ***خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف***

السمع أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصين بمدينة الرياض. السعودية قسم التربية الخاصة. جامعة الملك سعود.

- انجرس، موريس (2008). ***منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية***. ب ط. الجزائر: دار القصبة.

- بن يحي، عطاء الله (2009). ***تشخيص صعوبات تعلم الرياضيات عند تلاميذ الطور الثالث من التعليم الابتدائي.*** مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي. الجزائر: جامعة ورقلة.
- حمزة، مختار (1956). ***سيكولوجية ذوي العاهات***. القاهرة: دار المعارف.

- خالدي، الهادي وقدي، عبد المجيد (1996). ***المرشد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي.*** ب ت. الجزائر: دار هومة

- دبدوب، عبد العزيز مروان ويونس، فرح عبد الغني (2006). ***تأثير القيم الشاذة على نتائج تحليل الانحدار مع التطبيق على المواليد الخدج.*** مجلة علوم الرافدين. المجلد 17. العدد01. ص 62-81.
- دهمان، أحمد (1989). ***فن التوليد****(لطلاب سنة رابعة طب وطالبات صف القبالة)* سوريا: جامعة دمشق.
- رضوان، عبد الكريم (2009). ***علم النمو والتطور " قراءات في النمو و التطور الإنساني"***

غزة: كلية التمريض. الجامعة الاسلامية.
- ركزة، سميرة (2014). ***الأرطفونيا دروس في الصمم.*** ط1. الجزائر: جسور للنشر والتوزيع.

- زكريا، أحمد شربيني(2007). ***الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية: القاهرة***. مكتبة الأنجلو المصرية.

- سليم، مريم (2002). ***علم النفس النمو***. بيروت: دار النهضة العربية.

- عجاج، خيري المغازي (1998). ***صعوبات القراءة والفهم القرائي***. مصر: دار الوفاء للطباعة والنشر.

- قنديلجي، عامر(2015). ***البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية***. ط 6. الأردن: دار المسيرة.

- علي، محمد النوبي محمد (2011). ***صعوبات التعلم بين المهارات والاضطراب***. عمان: دار الصفاء.

- عطية، محسن علي (2009). ***البحث العلمي في التربية مناهجه، أدواته، وسائله الإحصائية***، عمان: دار المناهج.

- عيدلي، مهى وبلغيث، خديجة (2012). ***الاستجابة الاكتئابية لدى المرأة بعد الولادة*** مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي. ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.

- كوافحة، تيسير وعبد العزيز، عمر(2003). ***مقدمة في التربية الخاصة***. عمان: دار المسيرة.

- مهداوي الدين (2011). ***التحليل السوسيو الانثروبولوجي للإعاقة ورعاية المعوقين. دراسة لواقع أسر الأطفال المتخلفين ذهنيا بمنطقة البيض – الجزائر–*** . مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير تخصص انثروبوبوجيا الصحة. الجزائر: جامعة تلمسان.

- هناندة، عوني والخفش، سهام (2005). ***دليل الآباء والأمهات للتعامل مع الشلل الدماغي الحركي***. عمان: دار يافا العلمية ودار الجيل العربي.

- هالاهان، دانيل وكوفمان، جمس (2008). ***سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم مقدمة في التربية الخاصة.*** عمان: ترجمة عادل محمد. دار الفكر.

المراجع باللغة الاجنبية:

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2001. ***Assessment of risk factors for preterm birth.*** Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists .

- Areski M, 2013, , ***La fibrillation atriale*** *est responsable de 25 des AVC,* Media Pub Santé, Alger.

-Biclet P, Chain C, Dorfmann H, Gray J, Hazard J, Hess C Horvy P,Romain C, Vercken Vincent 1982, ***encyclopédie Médico- chirurgicale***, édition Techniques, Paris.

- Delaby Beatrice, 2005, ***la tres grande prematurite:Quel pronostic de Lenfant?*** Université de Picardie, France.

- Di renzo G, Roura L and the European association of perinatal medicine study on preterm birth 2006 .***Guidelines for the management of spontaneous preterm labor***. *J. Perinat Med.*

- Djamil Lebane, 2009, ***programme National Périnatalité Program Triennal 2006-2009***, Mnistre De La Sante, De La Population Et De La Reforme hospitaliere, ALGER.

- El korso M Y, Tabet A, s d, ***Allaitement maternel des prématurés***, Alger, université Abou Beker Belkaid. Telemcen.

- Institut Canadien d'information sur la santé,2009, ***Nés trop vite et trop Petits*** *étude sur les bébés de faible poids au Canada*, ICIS, Ottawa.

- Legeur M, 2008, ***la prise en charge precoce du grand premature au sein du reseau de soin p titmip***, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, Institut de Formation en Psychomotricité, France.

- Merger B, Goldenberg R, Meis P, 2000, ***The preterm prediction study: prediction preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing*** Am J Obstet Gynecol.

- Merger R, Melchior L, 1979, ***Précis dobstetrique***, 5em edition, Masson edition paris

-Nicolaides K, 2007, ***Comment on Progesterone and Preterm birth***. N Engl J Med.

- Lindström K, Winbladh B, Haglund B, Hjern A, 2007 ***Preterm infants as young adults****: a Swedish national cohort study*. Pediatrics.

- Pauchet A, 2014, ***Accouchement au secret, une grossesse plus à risque?*** École de sage-fammes A.Fruhinsholz, France .

- Rocinet C, 1984, ***La césarièn****ne*, Masson édition, Paris.

- Société canadienne de pédiatrie, 2010, ***La rétinopathie des prématurés : Les recommandations de dépistage***, Comité d'étude du foetus et du nouveau-né. Pediatr Child Health, 15(10):671.

المواقع الإلكترونية:

- معجم المعاني 12.02.2017، 8.32 من :

http://www.almaany.com/ar/dict/ar_ar/المبتسرة

جوي، لون (2012) الذكور أكثر عرضة للموت والإعاقة بنسبة 14%، 24.01.2017 10.32 من:

http://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2013/11/19

http:// www.youm7.com/story/2013/11/1719.02.2017

- عباد، ثابت (2015). الطفل الخديج (المبتسر) 13.02.2017 09.11 من:

http://300abad.blogspot.com/2015/07/premature-birth-premature-baby.html

- منظمة الصحة العالمية (2012). انتشار الولادة المبكرة 24.01.2017 ، 08.51 من:

. http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html

- الولادة المبكرة في الشهر السابع (2014)، 08.02.2017، 16.42 من:

. Dailymedicalinfo.com.http://www

صور أطفال خدج 17 /2017/05 ، 7.55 من:

http://claraley-bloglley.blogspot.com/2011/05/incubadora.html .

https://www.google.dz/search?q=bebe+premature+et+imc&source=lnms&tbm

صورة الام الكنغر، 19.05.2017، 23.25 من:

https://prematurebabies451.files.wordpress.com/2014/12/d8b1d8b9d8a7d98ad8a9-d8a7d984d8a3d985.jpg

ملحق رقم(01) جدول يوضح نسبة الولادات المبكرة لأكثر من 100 دولة خلال فترة 1990-2010

ملاوي	%18.1	كوستا ريكا	%13.6	المملكة المتحدة	%12.0
الكونغو	%16.7	أوغندا	%13.6	تايلاند	%12.0
جزر القمر	%16.7	منغوليا	%13.5	تركيا	%12.0
زيمبابوي	%16.6	الطوغو	%13.3	الصومال	%12.0
غينيا	%16.5	غيانا	%13.2	مالديف	%11.9
موزمبيق	%16.4	اليمن	%13.2	جيبوتي	%11.9
الغابون	%16.3	السودان	%13.2	ليسوتو	%11.9
باكستان	%15.8	تشاد	%13.1	دومينيك	%11.9
اندونيسيا	%15.5	الهند	%13.0	الكونغو الديمقراطية	%11.9
موريتانيا	%15.4	زامبيا	%12.9	جزر غرينادين	%11.8
بوتسوانا	%15.1	ايران	%12.9	سيشيل	%11.6
فيليبين	%14.9	فانواتو	%12.9	مالي	%11.6
السيبر	%14.7	السلفادور	%12.8	افغانستان	%11.5
غانا	%14.5	أفريقيا الوسطى	%12.6	سنغافورة	%11.5
ناميبيا	%14.4	موريس	%12.6	جزر مارشال	%11.5
الأردن	%14.4	الكاميرون	%12.6	تانزانيا	%11.4
عمان	%14.3	انغولا	%12.5	براندي	%11.4
مدغشقر	%14.2	جزر سليمان	%12.4	غينيا بيساو	%11.2
هايتي	%14.1	مينامار	%12.4	الرأس الأخضر	%11.2
النيبال	%14.0	ماليزيا	%12.3	سانت لوسيا	%11.1
البحرين	%14.0	غينيا	%12.3	ارمينيا	%11.0
كوتي فوار	%14.0	اريتريا	%12.2	بوركينا فاسو	%10.9
جامبيا	%14.0	نيجيريا	%12.2	سوريا	%10.9
بنغلادش	%14.0	هوندوراس	%12.2	اوتريش	%10.9
سويسرا	%13.9	بروناي دارالسلام	%12.1	جمهورية دومينيك	%10.9
ليبيريا	%13.9	تيمور الشرقية	%12.1	كوريا	%10.8
سيري لانكا	%10.6	اثيوبيا	%9.2	كوريا	%8.6
طاجاكستان	%10.5	سيرا ليونا	%9.2	مونتينيغرو	%8.5
الكويت	%10.5	فيجي	%9.2	البانيا	%8.3
بنين	%10.5	توركمينيزيستان	%9.2	بوليفيا	%8.1
كامبريدج	%10.5	السينيغال	%9.0	تونس	%8.1
قطر	%10.4	كيريباتي	%9.0	كولومبيا	%8.1
ميكرونيزيا	%10.4	رواندا	%8.9	كازاخستان	%8.1
كريغيزيستان	%9.6	الباهامس	%8.9	جورجيا	%8.0
بيليز	%9.5	الفيتنام	%8.8	سيرينام	%8.0
قروناد	%9.5	النيجر	%8.8	اوزباكستان	%8.0
جامايكا	%9.4	نيجاراكو	%8.8	هنغاريا	%8.6
بوتان	%9.4	المانيا	%8.8	اذربيجان	%8.5
اوروغواي	%9.3	البرازيل	%8.7	ليبيا	%8.3
الطوباغو	% 8.1	البرتغال	%7.7	الصين	%7.1
بانما	%8.1	اسرائيل	%8.1	روسيا	%7.0

فانزويلا	%8.1	الامارات العربية	%7.6	مقدونيا	%6.8
لوكسمبورغ	%8.1	زيلاندا الجديدة	%7.6	بولونيا	%6.7
هولندا	%8.0	طونغا	%7.5	فرنسا	%6.7
جنوب افريقيا	%8.0	سلوفينيا	%7.5	الدنمارك	%6.7
الارجنتين	%8.0	بلغاريا	%7.5	المغرب	%6.7
البوسنا والهرسك	%7.9	اسبانيا	%7.4	صربيا	%6.7
بلجيكا	%7.9	سويسر	%7.4	اليونان	%6.6
الملديف	%7.9	الجزائر	%7.4	العراق	%6.5
لبنان	%7.9	البيرو	%7.3	اوكرانيا	%6.5
رويوم اوني	%7.8	المكسيك	%7.3	ايطاليا	%6.5
كندا	%7.8	جمهورية التشيك	%7.3	ايسلندا	%6.5
بارغواي	%7.8	رومانيا	%7.3	مالطا	%6.4
جوتيمالا	%7.7	مصر	%7.3	كوبا	%6.4
استراليا	%7.6	الشيلي	%7.1	ايرلندا	%6.4

ملحق رقم (3) 1/ نموذج مقابلة مع طبيب

أهم الأسئلة التي تم تناولها خلال المقابلة

- التعرف على فئة الاطفال الخدج؟
- هل يتعرض هؤلاء الاطفال على إعاقات او اضطرابات؟
- ما نوعها؟
- لماذا يتعرضون إلى المشكلات الصحية؟
- هل يتم تسجيل تلك الحالات عندكم؟
- هل تكون متابعتكم لهم مستمرة؟
- لماذا يصعب التوصل لهذه الفئة؟

2/ نموذج مقابلة مع ممرضة في قسم حديثي الولادة

- التعرف على فئة الخدج داخل القسم(قسم حديثي الولادة)؟
- التعرف على وضعهم الصحي ؟
- هل يصابون بإعاقات أو اضطرابات؟
- لماذا لا تقدم لهم الرعاية الكافية؟
- ما المانع من قضاءهم الفترة اللازمة داخل الحاضنة الاصطناعية؟

ملحق رقم(4) يوضح رعاية الطفل الخديج بطريقة الام الكنغر

https://prematurebabies451.files.wordpress.com/2014/12/d8b1d8b9d8a7d98ad8a9-d8a7d984d8a3d985.jpg