

معرفة معلمي الأفراد المعاقين عقليا بالاضطرابات الصحية التي  
يعاني منها هؤلاء وأثر برنامج تدريبي في تنميتها

إعداد

عبد الهادي عيسى حيمور

المشرف

الأستاذ الدكتور جمال محمد سعيد الخطيب

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في  
التربية الخاصة

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

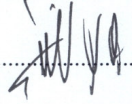
أذار، ٢٠٠٨

### قرار لجنة المناقشة


نوقشت هذه الأطروحة (معرفة معلمي الأفراد المعاقين عقليا بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الأفراد واثر برنامج تدريبي في تمتيتها) وأجيزت بتاريخ ٢٠٠٨١٣١٢ م .

التوقيع \_\_\_\_\_

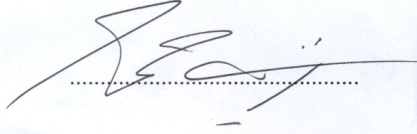
أعضاء لجنة المناقشة

.....  


أ . د جمال الخطيب ، مشرفاً  
 أستاذ التربية الخاصة

.....  


أ . د جميل الصمادي ، عضواً  
 أستاذ التربية الخاصة

.....  


أ . د محمد نزيه حمدي ، عضواً  
 أستاذ في الإرشاد التربوي

.....  


أ . د أحمد عواد ، عضواً  
 أستاذ التربية الخاصة  
 ( جامعة عمان العربية )

تعتمد كلية الدراسات العليا  
 هذه النسخة من الرسالة  
 التوقيع: التاريخ: ٢٠٠٨/١٣/١٢

## الإهداء

إلى روح والدي الطاهرة ..  
رحمه الله وأسكنه فسيح جناته ...

إلى أمي .. التي سهرت الليالي على راحتي  
والتي غمرتني بحبها ودعائها ..  
والدتي الحنونة

إلى إخواني وأخواتي  
الذين كانوا سنداً وعوناً لي على الدوام ...

إلى توأم الروح  
الخطيبة الغالية

إلى أصدقائي وأحبائي في مسيرة حياتي ..  
إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل ..

أهدي إليكم جميعاً هذا العمل

الباحث

## الشكر والتقدير

الحمد لله والصلاة والسلام على سيدنا محمد بن عبد الله.. أما بعد  
في البداية أتقدم بجزيل الشكر لمن كان عوناً لي طوال مسيرتي الأستاذ الدكتور  
جمال الخطيب له مني عظيم الشكر والامتنان على ما قدمه لي من مساعدة، وجزاه  
الله كل الخير.

كما أتوجه بعظيم الشكر والامتنان إلى الأساتذة الأفاضل الذين شاركوا في  
مناقشة هذا المشروع، فقبولكم لمناقشتي في عملي المتواضع هذا ووجود أسمائكم  
في مشروعني لهو شرف عظيم ووسام أفخر به على مر العصور فلکم كل الشكر  
والحب والود. كما أشكر الأساتذة الذين شاركوا بتحكيم أدوات الدراسة ليخرج هذا  
العمل بصورته الحالية.

كما أتقدم بعظيم الشكر والامتنان والتقدير لكل من ساعدني في إتمام هذا  
المشروع وأخص بالذكر مديرة مركز أمان للتربية الخاصة السيدة ريم أبو سيدو  
والسيد محمد دعسان والدكتور خليل البلوي الذين ساعدوني ودعموني إلى الحد  
الذي غمروني فيه .

كما وأخص بالشكر الزميل راضي أبو هواش الذي ما توانى لحظة واحدة في  
تقديم المساعدة حتى إنهاء هذا المشروع .

ولا يفوتني أن أتقدم بالشكر الجزيل لأصحاب المراكز الذين أبدوا تعاوناً كبيراً في  
إتمام هذا المشروع.

إلى كل من ساهم بأي جهد مهما كان يسيراً... جزاكم الله عني كل خير

الباحث

## فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
قرار لجنة المناقشة .....	ب
الإهداء .....	ج
الشكر والتقدير .....	د
فهرس المحتويات .....	هـ
قائمة الجداول .....	و
قائمة الملاحق .....	ح
ملخص .....	ط
الفصل الأول : المقدمة والخلفية النظرية .....	١
الفصل الثاني : الدراسات السابقة .....	٢٥
الفصل الثالث : الطريقة والإجراءات .....	٤٩
الفصل الرابع : النتائج .....	٦١
الفصل الخامس : مناقشة النتائج .....	٨٥
التوصيات .....	٩٧
المراجع .....	٩٩

## قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
١	توزيع أفراد عينة الدراسة على المراكز المشاركة في الدراسة حسب متغيرات الدراسة المسحية ( الجنس، تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة)	٥٠
٢	توزيع أفراد عينات الدراسة على المراكز المشاركة في الدراسة التجريبية	٥٢
٣	معاملات الثبات عن طريق الإعادة	٥٦
٤	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على المجالات الأربعة.	٦٢
٥	المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية	٦٣
٦	المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية	٦٥
٧	المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية	٦٦
٨	المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية	٧٠
٩	المتوسطات والانحرافات المعيارية للاختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها موزعة حسب الجنس ( ذكور، إناث )	٧١
١٠	نتائج اختبار ( T-Test ) للفروق في معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها موزعة حسب الجنس (ذكور،إناث)	٧٢
١١	المتوسطات والانحرافات المعيارية للاختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها موزعة حسب متغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة بشكل عام ( تلقى دورة ، لم يتلق دورة)	٧٣
١٢	نتائج اختبار ( T-Test ) للفروق في معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها موزعة متغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة بشكل عام ( تلقى دورة ، لم يتلق دورة)	٧٤
١٣	نتائج اختبار (T-TEST) لمقارنة مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوو الإعاقة العقلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج التدريبي.	٧٥
١٤	المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية	٧٦

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
	التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها	
٧٧	ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية.	١٥
٧٨	المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي للمعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة حسب متغير المجموعة	١٦
٧٨	ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي للتدخلات الطبية الطارئة	١٧
٧٩	المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية حسب متغير المجموعة	١٨
٨٠	ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية	١٩
٨١	المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية حسب متغير المجموعة	٢٠
٨٢	ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي للمعرفة بأهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية	٢١
٨٣	المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية حسب متغير المجموعة	٢٢
٨٣	ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية	٢٣

## قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
١٠٨	البرنامج التدريبي	١
١٧٤	أداة الدراسة ( إختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية )	٢



معرفة معلمي الأفراد المعاقين عقليا بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء وأثر برنامج  
تدريبي في تنميتها

إعداد

عبد الهادي عيسى عبدالله حيمور

المشرف

الأستاذ الدكتور جمال محمد سعيد الخطيب

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى وعي معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة الحكومية والخاصة والأهلية في عمان. كما هدفت إلى تصميم برنامج تدريبي لتنمية معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية والتحقق من فعاليته.

وقد تم اختيار عينة الدراسة على مرحلتين: في المرحلة الأولى تم اختيار أفراد عينة الدراسة المسحية والتي تكونت من جميع معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في عمان، والبالغ عددهم (٣٠٠) معلما ومعلمة. وفي المرحلة الثانية تم اختيار (٥٠) معلما ومعلمة من العينة السابقة بطريقة قصدية، وتم تعيينهم عشوائيا إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التدريبي وتكونت من (٢٥) معلما ومعلمة، والمجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج التدريبي وتكونت من (٢٥) معلما ومعلمة.

وكشفت النتائج عن وجود ضعف عام في مدى وعي المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وكشفت النتائج أيضا عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية تعزى لمتغير الجنس، في حين توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة

المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية تعزى إلى متغير تلقى دورات سابقة في الصحة لصالح المعلمين الذين سبق وان تلقوا سابقا دورات تدريبية في الصحة.

أما بالنسبة لنتائج الدراسة التجريبية فقد كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين في المجموعتين التجريبية والضابطة بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في أدائهم على اختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية ككل وعلى جميع أبعاده الفرعية، وان هذه الفروق كانت لصالح المجموعة التي تلقت البرنامج التدريبي.

أخيرا وفي ضوء نتائج هذه الدراسة يمكن القول أن هنالك حاجة ماسة لتنمية معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية من خلال تطوير برامج إعداد المعلمين في الجامعات والكليات، إضافة إلى برامج التدريب أثناء الخدمة، لما تشكله هذه المعرفة من دور أساسي في تلبية الحاجات الصحية لدى هؤلاء الطلبة.

## الفصل الأول

### المقدمة والخلفية النظرية

#### المقدمة:

لقد استأثر قطاع صحة الأطفال بمكانةٍ بالغة الأهمية على مر الأزمنة والعصور، ويمثل الأطفال في مرحلة عمر المدرسة نسبةً هامةً من المجتمع تزيد عن (٢٥%) من أفراد أي مجتمع. ويمكن وصف هذه المرحلة العمرية على أنها مرحلة النمو والتطور والنضج الانفعالي والجسمي والعقلي للطفل، حيث يحدث خلالها الكثير من التغيرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، لذا لا بد أن تتوفر للطالب في هذا العمر المؤثرات الكافية لحدوث مثل هذه التغيرات ضمن حدودها الطبيعية. ومن هنا ظهر مفهوم الصحة المدرسية الذي يشير إلى مجموعةٍ من المفاهيم والمبادئ والأنظمة والخدمات التي تقدم من أجل تعزيز صحة الطلبة في عمر المدرسة وتعزيز مفهوم صحة المجتمع من خلال الأنظمة المدرسية.

والصحة المدرسية ليست تخصصاً مستقلاً بذاته، إنما هي بلورة لمجموعة من العلوم والمعارف الصحية العامة كالطب الوقائي والتوعية الصحية وعلم الوبائيات والتغذية وصحة البيئة والتمريض وصحة الفم والأسنان. حيث يكون الأطفال أكثر عرضةً للإصابة بالأمراض السارية والمعدية، كما أنهم أكثر عرضةً للإصابات والحوادث في عمر المدرسة.

ولقد أظهرت العديد من الدراسات أن الأطفال ذوي الإعاقة على اختلاف فئاتهم يعانون من اضطرابات صحية ونمائية أكبر من تلك التي يواجهها الأطفال غير المعاقين في المدارس (Wang, Hsieh, Heller, Davidson, & Janicki, 2006). وفي هذا السياق تبنت منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع اليونيسيف واليونسكو مفاهيم جديدة لتكريس تلك العلاقة الوثيقة بين الصحة

والتعليم. وقد أفرزت التصورات الجديدة مبادرات بدأت تلك المنظمات بوضعها موضع التنفيذ، ومن هذه المبادرات ما يسمى بالمؤسسات التعليمية أو المدارس المعززة للصحة (Schools promoting health). ومن أهم مكونات هذه المبادرة ما أطلق عليه الخدمات الصحية داخل المدارس، بحيث تقدم هذه الخدمات الصحية لجميع الطلبة ذوي الإعاقة وذلك من خلال إجراء تكييف للبيئة المدرسية من أجل تقديم مستوى خدمة يليق بهذه الفئة (Lee, Tsang, Lee, & To, 2000).

ويشارك الطلبة ذوو الإعاقة العقلية مع الطلبة غير المعاقين في كونهم بحاجة إلى نفس خدمات الرعاية الصحية، سواء أكانت خدمات الوقاية الصحية، أم خدمات الرعاية الصحية المؤقتة عند الإصابة بالأمراض الحادة، أم خدمات العناية المتواصلة في حالة الاضطرابات الصحية المزمنة. وغالباً ما يعاني الطلبة ذوو الإعاقة العقلية من اضطرابات صحية مزمنة وفي بعض الحالات قد تصاحب إعاقاتهم العقلية إعاقاتٍ جسدية أو حسية وبالتالي فهم يحتاجون إلى خدمات صحية متخصصة، وهذا يقود إلى أهمية إنجاح الجهود الرامية إلى مساعدتهم على العيش باستقلالية في مجتمعاتهم (Esperat, Moss, Roberts, Kerr, & Green, 1999).

ولتقديم خدمات الرعاية الصحية المناسبة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، ثمة حاجة إلى وجود كوادر متخصصة ومؤهلة لتقديم الرعاية والتدريب لهؤلاء الأطفال، فالمعلم يجب أن تكون لديه القدرة على التعامل مع الاضطرابات الصحية الطارئة التي يمكن أن يواجهها هؤلاء الأطفال. وتشير الأدبيات المتعلقة بالموضوع إلى أن المعلمين غالباً ما يفتقدون للمعرفة والمهارة اللازمتين للتعامل مع الاضطرابات الصحية الطارئة التي يمكن أن تواجههم في الميدان أثناء تدريبهم وتعليمهم لهؤلاء الأطفال، وبالتالي لا يستطيعون إجراء الإسعافات الأولية حال الحاجة إليها في غرفة الصف. ومن هنا فإن نقص الخبرة لدى المعلمين والعاملين في المدارس

والمراكز التي تعنى بالطلبة ذوي الإعاقة العقلية حول كيفية التعامل مع المشكلات الصحية التي يمكن أن يواجهها هؤلاء الطلبة يلعب دوراً أساسياً في قدرتهم على تحقيق الأهداف التربوية، و قد يتعدى ذلك إلى الحفاظ على حياة هؤلاء الطلبة (American Academy of Pediatrics, 1992).

أما بالنسبة للمجتمع الأردني فقد تناولت دراسات عديدة موضوع صحة الطلبة غير المعاقين في المدارس، والاضطرابات الصحية التي يمكن أن تحدث لدى هؤلاء الطلبة أثناء الدوام المدرسي (Al-Jundi, Al-Waeili & Khairalah, 2005; Alkhateeb, 1995) وتناولت دراسات أخرى عدداً من الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة سواء أكانوا في المدارس العادية أم في مراكز التربية الخاصة (Alkhateeb, 1993; Alkhateeb, 1995). وقد أشارت تلك الدراسات بمجملها إلى الحالات الصحية الطارئة التي يمكن أن يصاب بها الطلبة داخل المدارس وعلى وجه الخصوص الحالات الناتجة عن الاضطرابات الصحية الخطيرة أو المزمنة، كما أكدت تلك الدراسات على أن إدراك المعلمين لهذه الاضطرابات وقدرتهم على إجراء الإسعافات الأولية حال ظهورها يعد أمراً ضرورياً وعاملاً مهماً في الحفاظ على حياة هؤلاء الطلبة وعدم تدهور حالتهم الصحية. وقد أشارت الجندي وزملاؤها (Al-Jundi et al. 2005) في دراستهم التي تناولت معرفة واتجاهات المعلمين في المدارس الأردنية حول الإسعافات الأولية لإصابات الأسنان إلى أهمية توفر المعرفة والتدريب الكافي لدى المعلمين في المدارس بمهارات الإسعافات الأولية بشكل عام ومهارات الإسعافات الأولية لإصابات الأسنان بشكل خاص. كما أشارت غالبية الدراسات السابقة العالمية والعربية إلى أن الطلبة ذوي الإعاقة عموماً وذوي الإعاقة العقلية خصوصاً يعانون من اضطرابات صحية ونمائية بقدر أعلى من الطلبة غير المعاقين (Gil, Gonzalez, Dal-Re, Dominguez, Ortega, Barrio & Aguilar, 1999; Wang, Hsieh, Heller, Davidson & Janicki 2006).

ومن هنا ظهرت الحاجة إلى تدريب وتأهيل معلمي الطلبة ذوي الإعاقة بشكل عام والطلبة ذوي الإعاقة العقلية بشكل خاص فيما يتعلق بالاضطرابات الصحية الأكثر انتشاراً بين هؤلاء الطلبة ومهارات الإسعافات الأولية الواجب إجراؤها حال حدوث الإصابة أو الحالة الصحية الطارئة. إضافة إلى ذلك كان من الضروري زيادة معرفتهم بالإجراءات التي تحول دون تطور وتفاقم هذه المشكلات الصحية للحفاظ على حياة الطلبة ذوي الإعاقة وزيادة قدرتهم على الاستفادة من برامج التدريب والتأهيل الموجهة إليهم.

ومما تجدر الإشارة إليه أن معظم الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في الأردن وخاصة ذوي الإعاقات المتوسطة والشديدة منها يتلقون الرعاية في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة، وبما أن الجزء الأكبر من المعلمين يقع عليهم العبء الأكبر من المسؤولية كونهم يشكلون الدائرة الأقرب من الطالب، فهم أول من يواجه هذه المشكلات مع الطلبة.

وعليه فإن معلمي التربية الخاصة يتحملون الجزء الأكبر من مسؤولية الاهتمام بالشؤون الصحية لهؤلاء الطلبة. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتحاول رصد وتنمية قدرة العاملين على رعاية الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في التعامل مع المشكلات الصحية التي تواجه هؤلاء الطلبة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة في الأردن.

#### الخلفية النظرية:

تتعدد أساليب رعاية الطلبة ذوي الإعاقة لتشمل الخدمات التربوية والصحية والنفسية والاجتماعية والتأهيلية وغيرها. وترتبط هذه الأساليب فيما بينها بشكل كبير. ويعرّف الطلبة ذوو الإعاقة تربوياً بأنهم الطلبة الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة للإفادة من إمكاناتهم وقدراتهم (Hallahan & Kauffman , 2004).

وبحسب التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام (١٩٩٣) فإن " الإعاقة العقلية تمثل عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن ١٨ وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء ( $٥ \pm ٧٠$ ) ويصاحبها قصور واضح في اثنتين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات: الاتصال اللغوي، والعناية الذاتية، والحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية، والتوجيه الذاتي، والخدمات الاجتماعية، والصحة والسلامة، والمهارات الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل " (الروسان، ٢٠٠٥).

وتقع ظاهرة الإعاقة العقلية ضمن اهتمام ميادين مختلفة، لذا حاول المختصون في مجال الطب والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها ومسبباتها وطرق الوقاية منها وأفضل السبل لتقديم الخدمات الخاصة بها، ووضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من هذه الخدمات، وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة (Hallahan & Kauffman , 2004).

وتحدث الإعاقة العقلية لدى الطلبة على اختلاف أعراقهم وأجناسهم ومستوياتهم الاقتصادية. وتبلغ نسبة حدوث هذه الإعاقة (١-٣%) من مجموع السكان في أي مجتمع، حيث أن نصف هؤلاء الطلبة يتوفر لديهم تشخيص طبي. وفيما يتعلق بأكثر أسباب حدوث الإعاقة العقلية فهي: متلازمة تناول الكحول، ومتلازمة داون، ومتلازمة الكروموسوم X الهش. كما أن هناك أسباباً أخرى قد تؤدي لحدوث الإعاقة العقلية منها: اضطرابات التمثيل الغذائي، والتعرض للأشعة أثناء فترة الحمل، وحدوث الالتهابات، والإصابات، وسوء التغذية (Kastner, Walsh & Fraser, 2001).

أما فيما يتعلق بمستوى تقديم الخدمات الصحية، يشير "لي وزملاؤه" (Lee et al. 2000) إلى وجود ثلاثة مستويات لتقديم الخدمات الصحية للطلبة ذوي الإعاقة من خلال المؤسسات التعليمية وهي كالآتي:

#### أولاً: مستوى الوقاية

وفي هذا المستوى يتم العمل على منع حدوث المشكلات الصحية. حيث يشكل معلم التربية الخاصة هنا حجر الأساس في منع حدوث تلك المشكلات، وذلك من خلال اتخاذ القرارات والإجراءات اللازمة لمنع حدوث الإصابات ووقوع الحوادث، إضافة إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة التي توفرها الإدارات كتوفير الماء النقي والصرف الصحي السليم داخل المؤسسة التعليمية، والتأكد من عدم وجود أي من المخاطر البيئية التي قد تكون سبباً في حدوث مثل تلك المشكلات. وهناك العديد ممن يستطيعون المشاركة بتخصصاتهم وخبراتهم في هذا المستوى. ومنهم على سبيل المثال: العاملون في المجال الصحي، والمتخصصون في صحة البيئة، والمتخصصون في علوم التغذية، والعاملون في مجال السلامة العامة والوقاية من الحوادث، إضافة إلى المتخصصين في الإرشاد النفسي وآخرين قد يكونون خارج النظام التعليمي (Esperat et al. 1999).

#### ثانياً: مستوى الكشف المبكر

ويعنى هذا المستوى بإجراء الفحوصات المبدئية وأخذ البيانات الصحية الأساسية من معلومات وفحوصات طبية لكل طالب. حيث يمكن تدريب المعلمين على هذه الإجراءات من خلال تلقيهم لدورات متخصصة وورشات عمل في مجال الكشف المبكر عن بعض الاضطرابات الصحية. والكشف المبكر هنا هو محاولة للتشخيص المبدئي ولا ينبغي أن



يكون خدمة علاجية، فمثل هذه الخدمات العلاجية يؤديها الأخصائيون المؤهلون  
(Lee et al. 2000).

### ثالثاً: مستوى التعامل مع المشكلات المزمنة

يعاني الطلبة ذوو الإعاقة العقلية من العديد من المشكلات الصحية المزمنة، وعلى وجه الخصوص تلك المشكلات التي تعد سبباً أساسياً في حدوث الإعاقة العقلية. ومنها المتلازمات واضطرابات التمثيل الغذائي (اضطرابات الفينيل كيتونيوريا، الجلاكتوسيميا... الخ) والمشكلات الصحية التي تظهر مصاحبةً للإعاقة العقلية كالنوبات التشنجية (الصرع)، وارتخاء العضلات، والمشكلات التنفسية، والربو.. الخ). وضمن هذا المستوى يشير "اسبيرات وزملاؤه" (Esperat et al. 1999) إلى أهمية وعي معلم التربية الخاصة بمتطلبات الأطفال ذوي الإعاقة داخل المؤسسات التعليمية. وهذا الأمر يتطلب عدداً من الإجراءات، أهمها:

- تعريف المعلمين بالمرض وأعراض انتكاساته ومضاعفاته وإجراء الإسعافات الأولية التي تقدم للطلاب في حال ظهور أعراضه.
- المشاركة في توعية الطلبة وأولياء أمورهم بأساسيات التعامل مع المشكلات الصحية.
- معرفة الإسعافات الأولية للانتكاسات المرضية وتقديمها عند اللزوم.
- تكييف البيئة المدرسية بتوفير الخدمات الصحية اللازمة داخل المدرسة.
- توعية الطلبة المحيطين بمشكلة الطفل المعاق التي يعاني منها وطرق التعامل معها.

## مقدمو الرعاية الصحية ضمن إطار الدمج

تشير دراسات عديدة إلى أن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية يعانون من كثرة الإصابة بالأمراض بسبب عدم تلقيهم الرعاية الصحية الملائمة (Turner, Snow & Poteat, 1993; Wang et al. 2006). وخصوصاً إذا ما عرفنا أن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية لديهم قابلية عالية للإصابة باضطرابات صحية عديدة مقارنة مع الطلبة غير المعاقين وهذا ما أكدته العديد من الدراسات مثل (Van, Metsemakers, Haveman & Crebolder, 2000; McDermott, Platt, & Krishnaswami, 1997)، ويعيش هؤلاء الطلبة حالياً فترات أطول نتيجة التقدم الطبي، وبالتالي فإن الاضطرابات الصحية التي لم تكن ظاهرةً بشكل واضح أصبحت الآن ظاهرة ويمكن تحديدها بوضوح.

إن تبني فلسفة الدمج الشامل كان لها الأثر الأكبر في تصميم شكل الخدمات الصحية المقدمة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. وقد تطابت حركة الدمج هذه انتقال مسؤولية توفير الخدمات الصحية لهؤلاء الطلبة من إدارة المؤسسات إلى الخدمات المجتمعية ممثلةً بأخصائيي الرعاية الصحية المجتمعية. وهذا ما دعا إلى توضيح المسؤوليات الجديدة والمنوطة بالمؤسسات والمنظمات الصحية والمجتمعية حول حق هؤلاء الطلبة في تلقي الخدمات الصحية ضمن البيئة المجتمعية. وقد قامت العديد من الدراسات باستطلاع الآراء حول مسألة نقل مسؤولية تقديم الرعاية الصحية للطلبة ذوي الإعاقة العقلية من المؤسسات الداخلية إلى مؤسسات الرعاية الصحية العامة. إن غالبية موظفي القطاع الصحي يعارضون تحملهم مسؤولية تقديم خدمات الرعاية الصحية للطلبة ذوي الإعاقة العقلية. وبالتالي فإن عملية وضع السياسات والقوانين فقط لا تكفي لإحداث تقدم في الخدمات الصحية التي يمكن تقديمها للطلبة ذوي الإعاقة العقلية، فالحاجة هنا تكمن في تبني توجهات إيجابية للمؤسسات والأفراد على حد سواء، وبالأخص

الأفراد الذين هم على اتصال مباشر مع الطلبة ذوي الإعاقة العقلية (Bond, Kerr, Dunstan & Thapar, 1997). ومع تطور حركة الدمج التربوي الشامل للطلبة ذوي الإعاقة العقلية فإننا بحاجة إلى تقييم مستمر للمستوى المعيشي والصحي الذي يتلقاه هؤلاء الطلبة ضمن البيئة الأقل تقييداً (Ruddick, 2005).

### الاضطرابات الصحية الأكثر شيوعاً بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية:

تشير العديد من الدراسات إلى ارتفاع معدل إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بأنواع معينة من الاضطرابات الصحية من أبرزها:

#### أولاً: الصرع

يعرف الصرع على أنه "تغير غير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان. وينجم هذا التغير عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، كما أنه يبدأ وينتهي تلقائياً، ويتصف بقابلية تكرار حدوثه المستقبلي" (Deb, 2002).

إن نسبة حدوث الصرع لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية أعلى من نسبة حدوثها لدى الطلبة غير المعاقين. حيث يقدر إصابة حوالي (٢٠%) من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالصرع. كذلك فإن (٥٠%) من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الذين ترافقهم حالات الشلل الدماغي يعانون من النوبات الصرعية. وعادةً ما يصعب تشخيص إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالصرع، ويعود السبب في ذلك إلى أن أعراض النوبات الصرعية غالباً ما تكون مشتركة مع أعراض الاضطرابات الأخرى (Coulter, 1993).

#### ثانياً: الاضطرابات القلبية الوعائية

وهي مجموعة من الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية. ومن أبرزها:

- أمراض القلب التاجية: وهي أمراض تصيب أوعية الدم التي تغذي عضلة القلب.
  - الأمراض الدماغية الوعائية: وهي أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ.
  - الأمراض الشريانية المحيطية: وهي أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين والساقين.
  - أمراض القلب الروماتزمية: وهي أضرار تصيب العضلة القلبية وصمامات القلب جرّاء حمى روماتزمية ناجمة عن بكتيريا عقدية.
  - أمراض القلب الخلقية: وهي تشوّهات قلبية تُلاحظ عند الولادة.
  - انسداد الأوردة الرئوية أو أوردة الساقين: وهي جلطات دموية تظهر في أوردة الساقين وتنتقل إلى القلب أو الرئتين (Rimmer, Braddock & Fujiura, 1994).
- وتحدث النوبات القلبية والسكتات الدماغية نتيجةً لانسداد يحول دون تدفق الدم وبلوغه إلى القلب أو الدماغ. ولعل أكثر أسباب الانسداد شيوعاً تشكّل الرواسب الدهنية على الجدران الداخلية للأوعية التي تغذي القلب أو الدماغ. ويمكن أن تحدث السكتات الدماغية جرّاء نزف في أوعية الدماغ الدموية أو من الجلطات الدموية (Akker, Maaskant & Meijden, 2006).
- وتكثر الاضطرابات القلبية الوعائية بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. كما تعد أحد أهم أسباب الوفيات لديهم، فهي المسؤولة عن (٣، ١٠-٥٠%) من نسبة وفيات الأفراد ذوي الإعاقة العقلية (O'Brien, Tate, & Zaharia, 1991). وتزداد نسبة الإصابة بالاضطرابات القلبية بين الطلبة المصابين بمتلازمة داون لتصل إلى أربع أو خمس أضعاف معدل انتشارها بين الطلبة غير المعاقين. وقد توصل (O'Brien et al. 1991) في دراستهم إلى أن (٣٠%) من الوفيات بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بدرجة شديدة جداً كانت نتيجة للاضطرابات القلبية، وأن نسبة الوفيات بين الطلبة ذوي الإعاقة بدرجة متوسطة كانت أعلى حيث بلغت (٤٤،٤%).

### ثالثاً: عدم القدرة على أداء الوظائف الحيوية الأساسية

غالباً ما تظهر لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية مجموعة من الأعراض غير المحددة والتي قد تؤدي إلى هبوط حاد في كافة وظائفهم الجسمية. وتظهر هذه الأعراض نتيجة للإصابة بمرض جسدي ما أو اضطراب حسي أو نتيجةً لاضطراب نفس عصبي، أو كاستجابة لحدوث تغيرات في الظروف البيئية المحيطة، أو كأثار جانبية لتناول بعض العقاقير الطبية. ولهذا يحتاج هؤلاء الطلبة إلى إجراء فحوصات طبية شاملة لكافة وظائفهم الحيوية من أجل تحديد العوامل المسببة لهذه الأعراض (Councilman, 1999).

### رابعاً: السمنة

يرتبط اضطراب السمنة بالعديد من الاضطرابات الصحية الأخرى مثل الاضطرابات القلبية والسكري والاضطرابات الهضمية إضافة إلى محدودية الحركة والأنشطة البدنية. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى ارتفاع نسبة الإصابة بهذا الاضطراب بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية خاصة بين أفراد متلازمة داون. وتجدر الإشارة إلى زيادة انتشار هذا الاضطراب بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ضمن مراكز الإقامة الدائمة (Malville, Hamilton, Hankey, Miller & Boyle, 2006).

### خامساً: الاضطرابات الجلدية

أشارت الدراسات إلى أن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ممن يعانون من محدودية الحركة معرضون لخطر الإصابة بالتقرحات الجلدية. ويعد سلوك خدش الجلد أحد سلوكيات إيذاء الذات التي يكثر انتشارها بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وقد يتطور سلوك خدش الجلد لدى هؤلاء الأطفال مؤدياً إلى حدوث التهابات جلدية في المنطقة الجلدية المخدوشة، أو إلى حدوث ندب في

الجلد أو إلى اضطرابات صحية أخرى. وقد يحدث هذا السلوك نتيجة شعور الفرد المعاق بالملل أو الخوف أو القلق أو الألم في مناطق مختلفة بالجسم مثل الأسنان والوجه والبطن. ومن هنا يجب على القائمين على رعاية هؤلاء الأطفال الاهتمام بالكشف الدوري عن الاضطرابات الجلدية لديهم. إضافة إلى متابعة سلوك خدش الجلد وإجراء تحليل سلوكي للوقوف على أسباب حدوثه (Kastner et al. 2001).

### سادسا: الاضطرابات التنفسية

وهي عبارة عن مظلة يندرج تحتها العديد من الأمراض التي تصيب الرئتين والقصبات الهوائية والحلق. وتتراوح حدة هذه الاضطرابات من البسيط الذي يمكن للجسم التغلب عليه بسهولة كالزكام مثلا، لتصل إلى الاضطرابات التنفسية الشديدة التي تشكل خطراً على حياة الفرد المصاب كالربو وإضطراب انسداد الأوردة الرئوية المزمن. وترتفع نسبة الإصابة بالاضطرابات التنفسية بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وخاصة لدى الطلبة الأكبر سناً، والذين يتلقون خدمات الرعاية في مراكز الإقامة الدائمة، وتشير الدراسات إلى أن ما يقارب من نصف حالات وفيات الطلبة ذوي الإعاقة العقلية التي تحدث ضمن مراكز الإقامة الدائمة تكون نتيجة للاضطرابات التنفسية، ويلاحظ كذلك ارتفاع نسبة الإصابة بهذه الاضطرابات بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً (O'Brien et al 1991).

وغالباً ما يعاني الطلبة ذوو الإعاقة العقلية من العديد من اضطرابات الجهاز التنفسي مثل: الالتهابات الرئوية، والربو، واضطرابات الأوردة الرئوية المزمنة، والسعال ليلاً، والسعال أثناء تناول الطعام، والتهاب المجاري التنفسية، وتليف الرئتين (McDonald, 1986).

## سابعاً: اضطرابات الأمعاء والمعدة والتغذية

يعاني الطلبة ذوو الإعاقة العقلية من صعوبات في بلع الطعام وسوء التغذية والجفاف إضافة إلى إمكانية دخول السوائل في مجرى التنفس وخاصةً لدى الطلبة الذين يعانون من اضطرابات عصبية، وهذا يؤدي إلى حدوث اضطرابات تنفسية خطيرة كالالتهاب الرئوي (Pneumonia)، والتهاب الشعب الهوائية (Bronchitis)، ودخول السوائل لمجرى التنفس (Aspiration) والذي قد يؤدي بدوره إلى الوفاة. ويحتاج هذا الإضطراب إلى إجراء تعديلات على طريقة جلوس الطفل المعوق عقلياً أثناء تناوله الطعام، وعند البلع للتقليل من احتمالية دخول الطعام والشراب إلى مجرى التنفس (Rogers, Stratton, Msall, Andres, Champlain & Koerner, 1994).

## ثامناً: الاضطرابات العصبية

وهي عبارة عن مجموعة من الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي الطرفي التي تؤثر في مختلف الوظائف الحيوية في الجسم أبرزها (النوبات التشنجية مثل نوبة الصرع، والتصلب المتعدد، والشلل الدماغي، وإصابات الدماغ، وآلام الرأس الشديدة، ومرض الزهايمر، وغيرها). وتشير الدراسات إلى ارتفاع نسبة انتشار هذه الاضطرابات بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، حيث تتراوح نسبة انتشار إضطراب الصرع بين هؤلاء الطلبة بين (١٢%-٥٠%). تتسم النوبات التشنجية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بالحدة وصعوبة السيطرة عليها، وتزداد بزيادة شدة الإعاقة العقلية، وتقل من سن الوفاة المتوقع لهؤلاء الأفراد إلى ٢٠ سنة تقريباً. كذلك فإن العديد من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية -خاصةً المصابين بمتلازمة داون- لا تتوفر لديهم استجابات واضحة عند الشعور

بالألم، وبالتالي لا يمكن الاعتماد على الشعور بالألم وحده كوسيلة أساسية للتعبير عن إصابة هؤلاء الطلبة بإضطراب ما (Rubin & Crocker, 1989).

### تاسعا: اضطرابات الأنف والأذن والحنجرة

تعتبر الاضطرابات السمعية من الاضطرابات الشائعة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، ولكنها غالبا لا تكتشف. وقد يكون الإضطراب السمعي عصبياً كنتيجة ثانوية للاضطرابات الوراثية، أو عدم النضج أو الإصابة بالتهاب السحايا، أو توصيلياً كنتيجة ثانوية لالتهابات الأذن الوسطى وقناة استاكيوس، مما قد يؤدي إلى حدوث اضطرابات سلوكية لدى الفرد، وقد تشخص هذه الاضطرابات بطريقة خاطئة على أنها اضطرابات نفسية، لذا يجب أن يخضع الطلبة ذوي الإعاقة العقلية لفحوصات سمعية دورية (Martin, 1997).

### عاشرا: الاضطرابات البصرية

ليس من المستغرب أن يكون الإضطراب البصري سائداً بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية وخاصةً أن هنالك تقارباً فسيولوجياً بين العين والدماغ، وأن جزءاً كبيراً من الدماغ يقوم بعملية الإدراك البصري، فبعض الاضطرابات البصرية مثل تعتيم عدسة العين (Cataract) هي أكثر انتشاراً بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالمقارنة مع الطلبة غير المعوقين (Warburg, 2001). وتشير الدراسات إلى أن ارتفاع معدل حدوث الاضطرابات البصرية مثل: الحول، وأخطاء الانكسار، والماء الأبيض لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية مقارنة من الطلبة غير المعاقين. ففي الوقت الذي شخص فيه حوالي (٧٥٪) من الأطفال غير المعوقين في الولايات المتحدة الأمريكية على أنهم سليمون بصرياً، فإن حوالي (٢٨٪) فقط من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية تم تشخيصهم على أنهم سليمون بصرياً (Lawson & Schools, 1971).



## الحادي عشر: الاضطرابات الفموية

تترك الاضطرابات الفموية أثراً سيئاً جداً على حياة الأفراد، حيث تؤدي الإصابة بها إلى حدوث صعوبات في تناول الطعام، واضطراب في النطق، وألم يصاحبه اضطراب في السلوك، والتغيب عن المدرسة، إضافة إلى حدوث اضطرابات في النوم. ويعد تسوس الأسنان أو نخرها أحد أهم اضطرابات الفم والأسنان التي تصيب الأنسجة الصلبة من السن، ويحدث تسوس الأسنان نتيجة اجتماع ثلاثة عوامل هي: السن والبكتيريا والسكر، حيث يؤدي اجتماعها إلى تكوين فجوات في الأسنان وهدم بنية السن الخارجية والوصول إلى لب السن ومن ثم فقدان هذا السن.

وتعد أمراض اللثة كذلك أحد أهم اضطرابات الفم والأسنان، حيث تبدأ الإصابة بها من خلال تكون غشاء لزج حول أعناق الأسنان تعيش فيه ملايين الجراثيم، وتؤدي زيادة تراكمه إلى حدوث تهيج في اللثة وتورمها وتلف في أنسجتها، ومن ثم ينتقل هذا الالتهاب إلى الأنسجة العظمية المحيطة بالأسنان مؤدية إلى تخلخل تلك الأسنان، ومن ثم انخلاعها (ربابعة، ٢٠٠٤). وتعد اضطرابات الفم والأسنان أحد أكثر الاضطرابات الصحية انتشاراً بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وتزداد نسبة انتشار تلك الاضطرابات بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية مقارنةً بنسبة انتشارها بين الطلبة غير المعوقين، ويرتبط معدل انتشار الاضطرابات الفموية بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بشدة الإعاقة، وسبب حدوثها، وعمر الفرد المعاق، ونوع البديل التربوي الذي يتم فيه رعاية الفرد ذو الإعاقة العقلية (Gabre & Gahnber, 1997).

### خطة الرعاية الصحية الفردية (Individualized Health Care Plan)

يتعامل معلمو التربية الخاصة بحكم عملهم مع عدد كبير من الطلبة الذين يحتاجون إلى رعاية صحية متخصصة داخل غرفة الصف. وهذا يدل على أهمية دور أخصائي الصحة

المدرسية أو المركز من خلال التعاون مع معلم التربية الخاصة على توفير بيئة صحية آمنة لهؤلاء الطلبة. وعلى مرّ الأعوام تزايد عدد الطلبة ذوي الإعاقة الذين يعانون من اضطرابات صحية تحتاج إلى إجراءات رعاية صحية متخصصة أثناء الدوام المدرسي أو داخل الغرفة الصفية، ومن الأمثلة على هذه الإجراءات: إطعام الطفل من خلال أنبوبة التغذية، والعناية بالقسطرة البولية، والعناية بالقسطرة التنفسية.

وعلى الرغم من الدور الأساسي الذي يلعبه الممرض من خلال القيام بإجراءات الرعاية الصحية اللازمة لهؤلاء الطلبة، إلا أنه يجب عليه مساعدة معلمي التربية الخاصة على توفير بيئة صحية آمنة للأطفال ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى رعاية صحية خاصة، ومعرفة الإجراءات اللازم إتباعها عند ظهور بعض المشكلات الصحية الخاصة بهؤلاء الطلبة وخصوصاً الطارئة منها. وهذا ما دعا إلى ظهور خطة الرعاية الصحية الفردية، والتي تعرف على أنها "تكييف خطة الرعاية التمريضية لتتلاءم مع الطلبة ذوي الإعاقة ضمن البيئة التعليمية" (Heller & Tumlin, 2004). فالممرض عادةً ما يقوم بوضع خطط الرعاية التمريضية الخاصة بالمرضى لتشكّل وسيلة للاتصال بين أفراد الطاقم الطبي والتمريضي حول الحاجات الصحية لدى هؤلاء المرضى. أما بالنسبة للبيئة المدرسية فإن الحاجة قد دعت إلى وضع خطة رعاية صحية ملائمة لعملية التواصل بين كل من الممرضين والمعلمين وأعضاء الإدارة في المدرسة أو المركز إضافة إلى الأسرة حول الحاجات الصحية الخاصة بهؤلاء الطلبة (Heller & Tumlin, 2004).

وتزداد أهمية إعداد خطة الرعاية الصحية الفردية بشكل واضح لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية وخاصة الشديدة منها، فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلبة من إعاقات ينتج عنها حاجة للقيام ببعض الإجراءات الصحية الخاصة بشكل روتيني ويومي، مما يستدعي الحاجة إلى إجراء

تدريب متخصص لمعلمي الطلبة ذوي الإعاقة الذين يحتكون بشكل مباشر مع هؤلاء الطلبة فيما يتعلق بحاجاتهم الصحية، وكيفية القيام بإجراءات الرعاية الصحية الطارئة، إضافة إلى الإجراءات الوقائية التي يجب مراعاتها أثناء التعامل معهم. ومن هنا يجب التأكد من جاهزية المعلمين ومعرفتهم بكافة الأبعاد الصحية للإعاقة التي يعاني منها طلابهم، ورفع مستوى قدرتهم على التعامل معها، وغالباً ما يكون المعلم أول الأشخاص المتواجدين عند حدوث مثل تلك الاضطرابات داخل غرفة الصف (Lenz, 1999).

وعادة ما يتم بناء خطة الرعاية الصحية الفردية للطلبة ذوي الإعاقة من خلال فريق متعدد التخصصات، والذي يضم كلاً من الطبيب والممرض، ومعلم التربية الخاصة، والأسرة، والطالب، وأخصائي العلاج الطبيعي أو الوظيفي، وآخرون. وبالتالي فإن جزءاً من أهداف خطة الرعاية الصحية الفردية يجب أن يتناول قدرة الطفل على تحقيق قدر من الاستقلالية في أداء بعض الإجراءات الصحية الخاصة بالإعاقة أو الإضطراب المزمن الذي يعاني منه. وهنا يأتي دور معلم التربية الخاصة في جعل هذه الأهداف جزءاً من الخطة التربوية الفردية (The Individualized Educational Plan) التي يقوم بتصميمها وفقاً لحاجات الطفل المعاق. فعلى سبيل المثال يحتاج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات تنفسية شديدة إلى إجراء تدخلات طبية تتمثل في تركيب أداة أو جهاز يساعد الطفل على التنفس مثل القسطرة التنفسية، وقد تبقى هذه القسطرة مزروعة في عنق الفرد المعاق طوال حياته، وهي بحاجة إلى الرعاية والعناية والتنظيف من وقت لآخر خلال اليوم الواحد، ويحتاج قيام الطفل بهذه المهارة إلى تدريب من المعلم، فهي تشكل بعداً أساسياً من مهارات العناية بالذات. ومن هنا يقوم المعلم بتضمين هذا الهدف إلى أهداف الخطة التربوية الفردية من خلال تحديد مستوى أداء الفرد الحالي فيما يتعلق بأداء هذه المهارة ومن ثم وضع هدف أو عدد من الأهداف لإجرائها ضمن

الخطة التربوية الفردية وتدريب الطفل على القيام بها. ويستفيد كل من معلمي الطلبة ذوي الإعاقة وممرض المدرسة من المعلومات التي توفرها خطة الرعاية الصحية الفردية في معرفة وتحديد الاضطرابات الصحية التي يعاني منها طلبتهم المعوقين، إضافة إلى ذلك فهي تزيد من قدرة المعلمين على مساعدة هؤلاء الطلبة على تحقيق قدر أكبر من الاستقلالية في أداءهم لمهارات العناية الصحية بأنفسهم من خلال استخدام هذه الإجراءات كجزء من الأهداف الإجرائية للخطة التربوية الفردية (Heller & Tumlin, 2004).

ومن هنا تظهر أهمية إدراك المعلم لأهم الحاجات الصحية للأطفال ذوي الإعاقة عند تدريبهم، ودوره في وضع أهداف خاصة بتدريب الطفل على القيام بالإجراءات الصحية المتعلقة بطبيعة الإضطراب الذي يعاني منه (Heller & Tumlin, 2004).

وفي نطاق البيئة المدرسية يشكل المعلمون المصدر الرئيس لتوفير الخدمات المساندة للطلبة ذوي الإعاقة، لذا من الأهمية بمكان إدراك المعلم بأنه على أتم الاستعداد للاستجابة للحاجات الصحية المتعلقة بهؤلاء الطلبة. وبشكل عام يعاني المعلمون من تدني المعرفة حول الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة مثل: السكري، والسرطان، والصرع، والربو، ويواجه هؤلاء المعلمين صعوبات عدة تجاه إصابة الأطفال بهذه الاضطرابات وخاصة تلك المتعلقة بكيفية القيام بإجراءات إسعاف الحالات الصحية الطارئة وكيفية دفع الطالب إلى المشاركة بفاعلية في الأنشطة المدرسية سواء كانت الأكاديمية أم البدنية (Lenz , 1999).

**المضامين النفسية والتربوية لمعاونة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية من الاضطرابات الصحية**

لقد ساهمت التطورات الهائلة في القطاع الصحي في الحد من الاضطرابات الصحية الخطيرة التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية والحد من أثرها وانتشارها بينهم. وهذه التطورات هي نفسها التي ساعدت الطلبة ذوي الإعاقة العقلية على العيش لفترات زمنية أطول،

وزيادة أعدادهم في المجتمع. وقد أصبحت تلبية الحاجات الصحية لهؤلاء الطلبة تشكل تحدياً كبيراً لكل من النظامين الصحي والتعليمي. وبطبيعة الحال فإن هذين النظامين يتم إدارتهما من خلال نظم وفلسفات مختلفة، وبالتالي فإن الحاجات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية غالباً ما لا يتم دمجها بالشكل المناسب. فمرض المدرسة - إن وجد - غالباً ما يهتم بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة، في حين أن معلم الصف غالباً ما يركز على القضايا الأكاديمية فقط. فعندما يصاب الطفل باضطراب صحي معين فإن أثر هذا الاضطراب على أدائه الأكاديمي لا يؤخذ بعين الاعتبار. وبالتالي فإن عدم الوضوح غالباً ما يكتنف قضية من يحمل مسؤولية الكشف عن الأثر الحقيقي الكامن وراء الاضطرابات الصحية على العملية التعليمية (Thies, 1999).

وكما ذكرنا سابقاً فإن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية يعانون من العديد من الاضطرابات الصحية مثل: الصرع، والربو، والاضطرابات الفموية، والاضطرابات القلبية، والسكري، والاضطرابات الهضمية، والسمنة، والاضطرابات الجلدية والعظمية، وغيرها. وينطوي على الإصابة بهذه الاضطرابات العديد من المضامين النفسية والتربوية التي يجب على المعلم أن يكون ملماً بها. فقد وجد أن الطلبة الذين يعانون من الصرع يواجهون مشكلات تربوية مختلفة، وكذلك فهم يعانون من صعوبات انفعالية وسلوكية متنوعة تستدعي التدخل العلاجي. ولا تؤثر نوبة الصرع بحد ذاتها في القدرات العقلية العامة للفرد، إلا أن هنالك عوامل عديدة قد تحد من قدرة الطالب المصاب بالصرع على التعلم وتجعل من أدائه الأكاديمي ضعيفاً. ومن هذه العوامل الآثار الجانبية السلبية للعقاقير المضادة للنوبة، وحدوث النوبات بشكل متكرر، والمشكلات النفسية والاجتماعية. وقد يصاحب الصرع نشاطات زائدة بسبب العقاقير أو بسبب التلف الدماغي، وقد يحدث الصرع كذلك آثاراً بالغة في مفهوم الذات، وصعوبات في التركيز والانتباه،

والقلق والاكتئاب، وضعفاً في مهارات التآزر الحركي، ومشكلات في القراءة، وضعفاً في المهارات الحسابية، ومشكلات سمعية و بصرية، وكل ذلك بلا شك ينعكس سلباً على تحصيل الطالب وعلى دافعيته للتعلم (الخطيب، ٢٠٠٦).

أما بالنسبة للطلبة الذين يعانون من الاضطرابات التنفسية مثل الرشح والزكام والربو والالتهابات التنفسية المختلفة، فإن معرفة المعلم بأعراض هذه الاضطرابات وبالوسائل المختلفة للسيطرة عليها والحد من آثارها يلعب دوراً هاماً في تعليم هؤلاء الطلبة وتدريبهم. فالربو مثلاً يعد من أكثر الاضطرابات المزمنة أثراً في أداء الطالب الأكاديمي وذلك من خلال كثرة تغيب الطفل عن المدرسة. فالحاجة هنا تستدعي تعاون الأسرة والمدرسة في تحديد المواد المحدثة لردود الفعل التحسسية لدى مرضى الربو والعمل قدر المستطاع على إزالتها أو التخفيف منها، وكذلك فإن الطفل الذي يعاني من هذا المرض بحاجة إلى أن تتوفر له كل فرصة ممكنة للاعتماد على النفس (الخطيب، ٢٠٠٦).

وكذلك الحال بالنسبة لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بمرض السكري، فالإصابة بهذا المرض قد ينطوي عليها العديد من المضامين النفسية والتربوية التي يجب على المعلم إدراكها. فقد يترك السكري تأثيرات سلبية على الأداء الأكاديمي لأنه يشكل تحدياً للتكيف النفسي والاجتماعي. وقد يضيف المعلمون قيوداً لا مبرر لها علاوة على القيود التي يفرضها المرض نفسه، فهم قد يوفرّون للطفل امتيازات خاصة وحماية زائدة، وذلك من شأنه أن يحد من اكتساب المهارات اللازمة للاستقلالية مما يطور أدواراً سلبية بدلاً من الأدوار النشطة.

وقد يتغيب الأطفال المصابون بالسكري عن المدرسة بشكل ملحوظ الأمر الذي قد يترك بدوره تأثيرات كبيرة على نموهم الأكاديمي والاجتماعي. ويستطيع المعلمون مساعدة هؤلاء

الأطفال في تحقيق مستويات مقبولة من التوافق النفسي والتحصيل الأكاديمي من خلال تشجيعهم على الاستقلالية وتطبيع خبراتهم المدرسية إلى أقصى درجة ممكنة (Thies, 1999).

أما بالنسبة لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات العظمية المختلفة مثل التهاب المفاصل وهشاشة العظام، فإن الإصابة بهذه الاضطرابات ينطوي عليها العديد من المضامين التربوية. ففي حالة الإصابة بالتهاب المفاصل فإن أهم ما يحتاج إليه الطالب هو تنظيم أنشطته البدنية بحيث لا يقوم بالأنشطة غير اللازمة وخاصة صعود الأدراج مرات متتالية وغير ذلك من الأنشطة المتعبة، كما يجب تعديل برامج التربية الرياضية لهؤلاء الطلبة بحيث يمنعون من ممارسة الأنشطة البدنية التي يحتمل أن يتعرضوا فيها إلى إصابات جسمية مباشرة. أما التمارين الرياضية في الماء الدافئ والسباحة فهي أمور مناسبة ومقبولة. وفيما يتعلق بالطلبة الذين يعانون من هشاشة العظام فينبغي التركيز على الأنشطة الذهنية، أما الأنشطة البدنية المجهدة فهي ممنوعة بتاتا. كذلك ينبغي التركيز على تنمية المهارات الاجتماعية والفنية والموسيقية (الخطيب، ٢٠٠٦).

### مشكلة الدراسة وأهدافها:

قام الباحث بتناول هذه الدراسة عبر مرحلتين، الأولى مسحية كشفت عن مدى معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة، والثانية تجريبية تحققت من أثر برنامج تدريبي في تنمية معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة. وبشكل أدق حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

١. ما هو مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو

الإعاقة العقلية ؟

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية

تعزى إلى متغير جنس المعلم عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$ ؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية

تعزى إلى تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة عند مستوى دلالة

$(\alpha \geq 0,05)$ ؟

٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في

مستوى المعرفة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية عند

مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$ ؟

### أهمية الدراسة:

تحظى الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية باهتمام العديد من

المؤسسات التربوية سواء أكانت حكومية أم خاصة، لما لهذه الاضطرابات من دور بارز في

التأثير على القابليات التعليمية والتدريبية لهؤلاء الطلبة. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتلقي

الضوء على أهم الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والتأكيد على أن وعي

المعلمين بهذه الاضطرابات يساهم في زيادة قدرتهم على القيام بالإجراءات الوقائية اللازمة التي

تحول دون تدهور الحالة الصحية للطلبة ذوي الإعاقة الذين يعانون من تلك الاضطرابات،

إضافة إلى تطوير مهاراتهم في إجراء الإسعافات الأولية حال حدوث الاضطرابات الصحية

الطارئة لدى هؤلاء الأطفال والتي تلعب دوراً مهماً في الحفاظ على حياة هؤلاء الطلبة. وقد أكد

قانون حقوق الأشخاص المعوقين الأردني (٢٠٠٧) على حق الطلبة المعوقين في الوقاية

الصحية والعلاج الطبي. كما يمكن تحديد أهمية هذه الدراسة من خلال ما يلي :



أولاً: تحديد مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية.

ثانياً: تطوير مستوى معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية لدى هؤلاء الطلبة.

ثالثاً: بيان أثر تلك الاضطرابات الصحية على قدرة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في الاستفادة من البرامج التربوية المقدمة لهم.

رابعاً: تفعيل دور مؤسسات التربية الخاصة في الكشف المبكر عن الاضطرابات الصحية الطارئة التي يمكن أن يواجهها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية والحد من تطورها وتفاقم حالة هؤلاء الطلبة.

خامساً: رصد المكتبة العربية بدراسات تتناول الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بشكل خاص، والطلبة ذوي الإعاقة بشكل عام، من أجل بناء استراتيجيات وأنظمة تشريعية وطنية لرعاية هؤلاء الطلبة.

#### التعريفات الإجرائية للمفاهيم والمصطلحات:

**الطلبة ذوو الإعاقة العقلية:** هم الطلبة الذين تم تشخيصهم من قبل أخصائيين بأنهم يعانون من إعاقة عقلية بأدوات تقييم رسمية وبذلك يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة، ويتلقون تعليمهم في مراكز التربية الخاصة.

**الاضطرابات الصحية:** هي الآثار الناجمة عن اضطراب في إحدى الوظائف الفسيولوجية الجسمية أو الوظيفية والتي قد تكون ناتجة عن عوامل داخلية أو خارجية تحول دون ممارسة الطلبة لنشاطات حياتهم اليومية الأساسية. وفي هذه الدراسة تم الكشف عنها من خلال تطوير أداة مسحية للكشف عن هذه الاضطرابات من خلال أهم الأعراض الخارجية لهذه الاضطرابات.

البرنامج التدريبي: هو مجموعة الاستراتيجيات التي تم تدريب العاملين مع فئة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية عليها بحيث تتألف من جانبين، الأول تنقيفي يضم مجموعة من المحاضرات التنقيفية الصحية التي تتناول شرحاً مفصلاً عن أهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والثاني تطبيقي يتضمن تدريبات عملية للمادة النظرية المطروحة في هذا البرنامج.

### محددات الدراسة

تحدد نتائج الدراسة الحالية بما يلي:

١. العينة التي تم اختيارها تألفت من معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في مراكز التربية الخاصة ضمن منطقة العاصمة عمان فقط، وبالتالي يصعب تعميم نتائجها على المعلمين في مناطق أخرى في الأردن.
٢. تتحدد الدراسة في تعميم نتائجها على معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وبالتالي يصعب تعميم نتائجها على معلمي الطلبة الذين يعانون من إعاقات أخرى كالسمعية أو البصرية أو الحركية.
٣. اقتصرت الدراسة على معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ضمن مراكز التربية الخاصة فقط، ولم تتناول فئة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ضمن البدائل التربوية الأخرى مثل أوضاع الدمج التربوي في المدارس العادية، وبالتالي يصعب تعميم نتائجها في غير الظروف التي تم فيها إجراء الدراسة.
٤. تحدد الدراسة بما يتوفر لأدوات الدراسة ( اختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية، والبرنامج التدريبي) من دلالات صدق وثبات مقبولة في عينة أردنية.

## الفصل الثاني

### الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات العربية والأجنبية الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة غير المعاقين وذوي الإعاقة بشكل عام إضافة إلى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بشكل خاص، كما وتناولت أثر هذه الاضطرابات في سلوكيات الطلبة وأدائهم الأكاديمي، إضافة إلى مدى وعي المعلمين بهذه الاضطرابات. وفي هذا الفصل سيتم إستعراض الدراسات السابقة من خلال محورين، الأول يتناول الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والثاني يتناول مدى وعي المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية.

**المحور الأول: دراسات تناولت الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية.**

قام " فان " ورفاقه (Van et al. 2000) بدراسة هدفت إلى مقارنة معدل الإصابة بالاضطرابات الصحية بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية (ن= ٣١٨) والطلبة غير المعاقين (ن= ٤٨٤٣) في هولندا. وقد استخدم الباحثون أداة للكشف عن الاضطرابات الصحية التي يعاني منها أفراد كلا المجموعتين، حيث أشارت النتائج بشكل عام إلى ارتفاع نسبة إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية مقارنة بنسبة الإصابة بين الطلبة غير المعاقين.

وفي الدراسة التي قام بها "جيل" ورفاقه (Gil et al. 1999) والتي هدفت إلى الكشف عن معدل إنتشار التهاب الكبد الوبائي نوع ( أ ) بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في مؤسسات الإقامة الدائمة ومقارنتها بنسبة إنتشار هذا المرض بين الطلبة الذين يعانون من إعاقات أخرى غير الإعاقة العقلية ضمن هذه المؤسسات. وقد تألفت العينة من (١٥٧) فرداً ذو إعاقة عقلية، و (١٥٧) فرداً غير معاق عقلياً، وضمن نفس الفئة العمرية والتي تراوحت ما بين (١٠-٣٠)

سنة. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى ارتفاع نسبة إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بهذا المرض بشكل أكبر مقارنة بنسبة الإصابة بين الطلبة الذين يعانون من إعاقات أخرى. وفي الدراسة التي قام بها "ماكديرموت" ورفاقه (McDermott et al. 1997) حول عدد من الاضطرابات المزمنة التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية مقارنة مع الطلبة غير المعاقين، قام الباحث هنا بدراسة التاريخ المرضي لعينة قدرها (٣٦٦) فرداً ذو إعاقة عقلية و(١١٧٣) فرداً غير معاق تتراوح أعمارهم ما بين (١٩-٦٤) عاماً. وقد اعتمدت الدراسة تشخيص إصابة الفرد بالاضطراب المزمن من خلال ما ذكر عنه في السجلات الطبية من ملاحظات للأطباء حول الاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن مجموعة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية يعانون من نسبة أكبر من الاضطرابات الصحية المزمنة المرتبطة بطبيعة إعاقاتهم مقارنة مع مجموعة الطلبة غير المعاقين. وقد ذكرت الدراسة عدداً من الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة المعاقون عقلياً أهمها: النوبات التشنجية، و الاضطرابات العصبية، الاضطرابات الحسية، والاضطرابات الهرمونية، ونقص إفراز هرمونات الغدة الدرقية.

وقام كل من "تيرنر" و"سنو" و"بوتيت" (Turner et al. 1993) بدراسة وصفية تناولت الإصابات العرضية التي تحدث لدى الأطفال في مراكز الرعاية النهارية ومراكز الرعاية الأسرية من خلال معدلات الإصابة، وأسبابها، ومكان حدوثها، ونوع الإصابة، وأجزاء الجسم التي تعرضت للإصابة. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة تم تصميم استبانته مكونة من (١٧) سؤالاً، وزعت على (١٠%) من المراكز في شمال ولاية كارولينا. حيث طلب منهم رصد الإصابات والحوادث التي حدثت خلال شهر كامل، وبعد استرجاع (٨٤) استبانته والقيام بتحليلها تم التوصل إلى النتائج التالية :

أولاً: معدلات الإصابة، حيث بلغت ما نسبته (١٩,١٦%) لكل (١٠٠) طفل.

ثانياً: الجنس والعمر، إذ ارتفعت معدلات الإصابة بين الذكور مقارنة بالإناث وارتفعت

كذلك بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٤-٥) سنوات.

ثالثاً: أسباب الإصابة، حيث كان السقوط على الأرض الناجم عن التعثر بالأشياء أو

الأغراض الموجودة على الأرض أثناء الركض العامل الأكبر وراء حدوث الإصابات.

رابعاً: مكان حدوث الإصابات: تساوت نسبة حدوث الإصابات سواء أكانت في الأماكن

الداخلية أم في الساحات الخارجية.

خامساً: نوع الإصابة كالجروح والخدوش إذ تعد أهم أنواع الإصابات بين الأطفال.

سادساً: أجزاء الجسم المصابة، إذ كانت الرأس والذراعين والأصابع أهم أجزاء الجسم

التي تعرضت للإصابة.

أما في الدراسة التي قام بها "وانج" ورفاقه (Wang et al. 2006) فقد هدفت إلى تقييم

الوضع الصحي العام للطلبة ذوي الإعاقة العقلية المتواجدين في المؤسسات التعليمية في تايوان،

والتحقق فيما إذا كان معدل الوفيات لديهم يختلف بتغير العمر والجنس ونوع الاضطراب

الصحي لديهم (حالات متلازمة داون، الصرع، الشلل الدماغي)، إضافة لشدة الإعاقة العقلية

واختلاف البدائل التربوية، وقد توصلت الدراسة إلى أن الاضطرابات القلبية، والعصبية

والبصرية والسمعية تزداد مع تقدم العمر، في حين أن اضطرابات الأمعاء والمعدة والغدد

والالتهابات والأمراض الجلدية لم تتغير بعد تثبيت متغير الجنس وشدة الإعاقة وتشخيص

الإعاقة عبر البدائل التربوية المختلفة. وكذلك أشارت الدراسة إلى أن المؤسسات التعليمية

الخاصة بالطلبة ذوي الإعاقة ظهر فيها نسبة أكبر من الأمراض المعدية، والأمراض الجلدية

والتهاب الكبد الفيروسي والاضطرابات السلوكية.

وقد قام " أكار " ورفاقه (Akker et al. 2006) بدراسة تلخصت أهدافها بالإجابة على الأسئلة التالية: أي الاضطرابات القلبية يكثر إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بها؟ وهل هناك فرق في نسبة الإصابة بالأمراض القلبية يعود إلى متغير الجنس والعمر وشدة الإعاقة؟ وهل هناك فرق في نسبة الإصابة بالأمراض القلبية بين الطلبة المصابين بمتلازمة داون والمصابين بأنواع أخرى من الإعاقات العقلية؟

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها: إرتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب بين الإناث مقارنة مع الذكور ذوي الإعاقة العقلية. و إرتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة بالمقارنة مع الإصابة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً. وكذلك عدم تساوي نسبة الإصابة بأمراض القلب لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون مقارنة مع الأنواع الأخرى للإعاقة العقلية. وتزايد نسبة الإصابة بأمراض القلب لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون مع تقدم أعمارهم.

وفي دراسة مراجعة للأدب قام بها "مالفيل" ورفاقه (Malville et al. 2006) تناولت معدل إنتشار إضطراب السمنة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، عمد الباحثون إلى إستعراض نتائج الدراسات بحسب عدد من المتغيرات مثل: الجنس، والعمر، وشدة الإعاقة العقلية، ومقدار تناول الغذاء، والأنشطة البدنية، والعقاقير، والعوامل الاجتماعية، والمتلازمات الجينية. أما بالنسبة إلى النتائج المتعلقة بالمتغيرات السابقة فقد أشارت الدراسات إلى أن نسبة إصابة الإناث ذوات الإعاقة العقلية بالسمنة كانت أعلى من نسبة إصابة الذكور، وإلى أن نسبة الإصابة بالسمنة تزداد بازدياد عمر الفرد ذي الإعاقة العقلية وبالتالي فإن حدوث السمنة في مرحلة مبكرة من العمر يشير إلى زيادة احتمالية حدوث الاضطرابات الصحية المرتبطة بالسمنة في فترات عمرية متأخرة. وتوصلت الدراسات كذلك إلى أن نسبة الإصابة بالسمنة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

البسيطة والتي تقدر بـ(٢٧-٥٣%) أعلى من نسبة الطلبة ذوي الإعاقة الشديدة والشديدة جداً والتي تقدر بـ(١١-٢٩%). وتعزو الدراسة هذه النتيجة إلى أن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الشديدة قد يعانون بشكل كبير من اضطرابات في عملية البلع والمضغ والتي بدورها تقلل من إصابتهم بالسمنة. أما بالنسبة إلى متغير النشاط البدني فقد أشارت الدراسات إلى تدني معدل الأنشطة البدنية التي يمارسها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية مقارنة مع الطلبة غير المعاقين، حيث أشارت هذه الدراسات إلى أن (٨-١٦%) من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية يمارسون نشاطات بدنية ملائمة في حين أن نسبة الطلبة غير المعاقين الذين يمارسون النشاطات البدنية بشكل ملائم تتراوح ما بين (٣٠-٤٧%). وقد أشارت نتائج الدراسات إلى أن عدداً كبيراً من الأدوية التي يتناولها الطلبة المعاقون عقلياً تساهم وبشكل كبير في زيادة الوزن لديهم، وأن نسبة إنتشار السمنة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية والذين يعيشون ضمن مستويات معيشية متدنية هي أكبر من نسبة إنتشارها بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية والذين يعيشون ضمن مستويات معيشية أفضل. وأشارت الدراسة كذلك في حديثها عن متغير المتلازمات الجينية (الأمراض الوراثية) إلى كثرة إنتشار السمنة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية نتيجة الإصابة ببعض المتلازمات مثل متلازمة (برادر- ويلي) ومتلازمة (كوهن) إضافة متلازمة (داون).

وفي الدراسة التي قام بها "لين" ورفاقه (Lin, yen, Li & Wu, 2005) والتي هدفت إلى تحليل البيانات المتوفرة حول أنماط السمنة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في تايوان ومقارنتها بالمعايير العالمية بغرض تحديد منحنى الاضطرابات الصحية المرتبطة بالسمنة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، فقد تم إجراء هذه الدراسة من خلال تطبيق إستبانة وزعت على (٢٧٩) فرد ذو إعاقة عقلية تتراوح أعمارهم ما بين (٤-١٨) عاماً. وقد أشارت النتائج إلى أن (٩%) من هؤلاء الطلبة يعانون من اضطرابات صحية شديدة وشديدة جداً ناجمة عن إصابتهم بإضطراب

السمنة، وان نسبة الإصابة بإضطراب السمنة لديهم يعادل ثلاثة أضعاف نسبة الإصابة بهذا الإضطراب بين الطلبة غير المعاقين عند مقارنتها بالبيانات الواردة في مسوحات هيئات التغذية العالمية والخاصة بنسبة إنتشار السمنة بين الطلبة غير المعاقين.

وفيما يتعلق بتأثير الصرع على الأداء الأكاديمي قام "سايدنبرغ" ورفاقه (Seidenberg, Beck & Geisser, 1986) بدراسة هدفت إلى البحث في التحصيل الأكاديمي لدى الطلبة الذين يعانون من إضطراب الصرع. حيث بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (ن=١٢٢) طفلاً مصاباً بإضطراب الصرع تتراوح أعمارهم بين (٥-١٧) عاماً. وقد أجري لهؤلاء الطلبة إختبار وكسلر للذكاء، إضافة إلى إختبار في التحصيل المدرسي).

أشارت النتائج إلى أن جميع أفراد العينة حصلوا على أقل من (٧٠) درجة على إختبار وكسلر للذكاء. وقد تم توزيع أفراد العينة بحسب نوع النوبة الصرعية التي يعانون منها حيث أشارت نتائج هؤلاء الأطفال إلى تدني مستوى أدائهم الذهني والأكاديمي مقارنة بما هو متوقع لمن هم في مثل سنهم، وان هذا الضعف في الأداء تركز في كل من إختبار الحساب ومن ثم الإختبار اللفظي ومن ثم إختبار القراءة والاستيعاب ومن ثم إختبار تمييز الكلمة. وأشارت النتائج كذلك إلى أن كل من عمر الطفل المصاب، ووقت بداية إصابته بالصرع، ونوع النوبة الصرعية تعد مؤشراً منبئاً عن أدائه الأكاديمي.

وفي الدراسة المسحية التي قام بها كل من "تاراس" و "بوتس- داتيماس" (Taras & Potts-Datema, 2005) حول الأمراض الصحية المزمنة وعلاقتها بأداء الطالب في المدرسة، عبر المعلمون والمتخصصون ضمن (٢٣) مدرسة ابتدائية عن إتجاهاتهم ومستوى المعرفة لديهم حول عدد من الاضطرابات الصحية المنتشرة بين الطلبة في تلك المدارس وهي: الايدز، والأزمة التنفسية، والاضطرابات القلبية، والسكري، والصرع، والسرطان. وقد توصلت



الدراسة إلى وجود اتجاهات ايجابية لدى هؤلاء المعلمين نحو الطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، فقد أشار (٠,٦٦) من المعلمين إلى معاناة هؤلاء الطلبة من صعوبات أكاديمية تؤثر في مستوى تحصيلهم الأكاديمي، ولم تكن تحفظات المعلمين حول أداء هؤلاء الطلبة عائدة فقط إلى الصعوبات الأكاديمية التي يواجهونها بسبب المرض، بل لإعتقاد هؤلاء المعلمين أنهم يفتقدون إلى الوقت والخبرة اللازمة لتوفير الرعاية الصحية للطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، حيث أشارت الدراسة إلى أن أكثر من ربع هؤلاء المعلمين يشعرون أن الطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة قد يموتون داخل غرفة الصف. إضافة إلى ذلك فقد عبر العديد من هؤلاء المعلمين عن رغبتهم في تعلم المزيد عن الاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة.

وقد أكدت العديد من الدراسات على العلاقة ما بين الاضطرابات الصحية والمشكلات السلوكية عند الأطفال الذين يعانون من مختلف الإعاقات والاضطرابات النمائية، ومن أهمها دراسة "كار" (Carr, 2006) بعنوان "التدخلات الصفية لمعالجة المشكلات السلوكية المرتبطة بإصابة الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية بالأمراض". فقد هدف الباحث في دراسته إلى تقييم فعالية إجراء التدخلات الطبية لوحدها مع مجموعة من الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية والذين يعانون من اضطراب صحي ما(ن=١١) ومقارنتها مع إجراء تدخلات طبية مصحوبة بتدخلات سلوكية صفية لدى مجموعة أخرى من الطلبة ذوي الاضطرابات النمائية(ن=١٠) والذين يعانون من اضطرابات صحية كذلك. وقد أشارت النتائج إلى أن أفراد المجموعة الثانية أظهروا معدلات أقل من المشكلات السلوكية الصفية وتقدما أكبر في المهمات الأكاديمية الموكلة إليهم مقارنة بأفراد المجموعة الأولى الذين تلقوا تدخلات طبية فقط لإضطراباتهم الصحية. وقد قام الباحث بدراسة هذه النتائج ضمن نطاق مفهوم المرض والألم المصاحب له ودورهما في

إحداث المشكلات السلوكية، وأوصت الدراسة بالحاجة الماسة إلى إيجاد صيغة من التدخلات الطبية والسلوكية عند التعامل مع الاضطرابات الصحية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائي ما لما لها من دور فاعل في التغلب على هذه المشكلات.

وفي الدراسة التي قام بها " بويلو" ورفاقه ( Buelow, Austin, Perkins, Shen, Dunn & Fastenau, 2003) بعنوان " الاضطرابات الذهنية والسلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الصرع المصحوب بدرجات ذكاء متدنية" حيث هدفت هذه الدراسة إلى وصف مجموعة من المشكلات السلوكية ومفهوم الذات وأعراض الإحباط الذي يمر به مجموعة من الأطفال ذوي درجات الذكاء المتدنية الذين يعانون من اضطراب الصرع. وقد قام الباحثون باختيار مجموعة مكونة من (١٦٤) طفلاً ( ٨٣ ذكور، ٨١ إناث ) تتراوح أعمارهم ما بين ( ٩-١١ ) عاماً ويعانون من اضطراب الصرع، ثم قاموا بتقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحسب درجات الذكاء لديهم، المجموعة الأولى ( ن = ٤٨ ) ذات مستوى ذكاء متدني ( أقل من ٨٥°) والثانية ( ن = ٥٨ ) ذات مستوى ذكاء متوسط ( ٨٥°-١٠٠°) والثالثة ( ن = ٥٨ ) ذات مستوى ذكاء مرتفع ( أكبر من ١٠٠°). وقد قام الباحثون باستخدام عدد من المقاييس وهي: القائمة السلوكية للأطفال، ومقياس "بايرس هاريس" لمفهوم الذات، وقائمة الكشف عن إحباط الأطفال، لقياس كل من المشكلات السلوكية ومفهوم الذات والإحباط لدى أفراد المجموعات الثلاث، حيث أشارت النتائج إلى أن أطفال المجموعة الأولى (مستوى ذكاء متدني أقل من ٨٥°) يعانون من أكثر المشكلات السلوكية والعقلية، وأن الإناث اللواتي يقعن ضمن المجموع الأولى قد ظهرت لديهن أكبر نسبة من المشكلات السلوكية وخاصة تلك المرتبطة بمفهوم الذات. وهذا ما قاد الباحثين إلى استنتاج حول حاجة الأطفال ذوي مستويات الذكاء المتدنية والذين يعانون من اضطراب الصرع إلى تقييم دقيق للمشكلات السلوكية والعقلية داخل الغرفة الصفية.

أما في دراسة "رايت" ورفاقه (Wright, Valente & Tarjan, 1962) التي هدفت إلى جمع المعلومات حول الاضطرابات الصحية المزمنة لدى (٧٦) طفلاً يعانون من الإعاقة العقلية الشديدة يمكنون في مستشفى كاليفورنيا. فقد أشارت الدراسة إلى إصابة العديد من هؤلاء الأطفال بالاضطرابات الصحية المزمنة المختلفة خلال فترة الدراسة التي استمرت لمدة ثلاثة أشهر. ومن هذه الاضطرابات: الحصبة الألمانية، الحمى غير معروفة المنشأ، الاضطرابات التنفسية، الأمراض المعدية المزمنة، النوبات، الاضطرابات الهضمية.

وفي الدراسة التي قام بها "سميث" ورفاقه (Smith, Decker, Herberg & Rupke, 1969) حول الحاجات الصحية لدى (٣٠٤) أطفال معاقين عقلياً يتلقون خدمات الرعاية ضمن مؤسسة ميتشغان للتربية الخاصة في أمريكا. فقد توصلت الدراسة إلى أن (٨٢%) من هؤلاء الأطفال تم تشخيص إصابتهم بوحدة أو أكثر من الاضطرابات الصحية، وأن الاضطرابات العصبية (٤٥%) كانت الأكثر إنتشاراً بين هؤلاء الأطفال، إضافة إلى إرتفاع نسبة الإصابة بكل من الاضطرابات التالية: الاضطرابات العظمية، والاضطرابات البصرية، والاضطرابات التنفسية، والاضطرابات الفموية.

أما الدراسة التي قام بها "ماكدونالد" (McDonald, 1986) حول الحاجات الصحية لدى (٢٧) شخصاً تم تشخيص إصابتهم بالشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية، فقد أشارت إلى عدد من الاضطرابات الصحية يكثر إنتشارها بين هؤلاء الأطفال وهي: الاضطرابات العظمية والاضطرابات البصرية، إضافة إلى كل من الاضطرابات التنفسية والتهابات الأذن الوسطى المزمن والنوبات التشنجية المختلفة.

أما بالنسبة للدراسات العربية التي تناولت الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية فهي قليلة جداً، ولعل أهم تلك الدراسات ما قام به الخطيب (Alkhateeb, 1993)

من دراسة للمشكلات الصحية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الأردن، وقد تمحور هدف هذه الدراسة في أمرين: (أ) تحديد معدل إنتشار الاضطرابات الصحية بين الأطفال المعاقون عقليا، (ب) تحديد العلاقة ما بين معدل الإنتشار وكل من الجنس والعمر وشدة الإعاقة العقلية. وقد قام الباحث بجمع البيانات من قبل (٢٦٢) طفلا ضمن المدارس الخاصة بذوي الإعاقة العقلية في الأردن، حيث تم الحصول المعلومات الخاصة بالاضطرابات الصحية لهؤلاء الطلبة من خلال الإعتماد على البيانات الواردة ضمن التقارير الطبية في ملفات الطلبة المدرسية، وفي حال عدم توفر تلك البيانات قام الباحث بإجراء مقابلات مع أهالي هؤلاء الأطفال وذلك باستخدام استبانته الكشف عن المشكلات الصحية التي قام الباحث ببناها لأغراض الدراسة. وقد أشارت النتائج إلى أن العديد من الاضطرابات الصحية تعد شائعة نسبيا بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية قيد الدراسة وبدرجات متفاوتة، كما أشارت الدراسة إلى أن الاضطرابات الصحية العصبية والاضطرابات السنية كانت الأكثر إنتشارا بين هؤلاء الأطفال، وأشارت النتائج كذلك إلى أن معدل إنتشار الاضطرابات الصحية بين الأطفال الأصغر سنا والإناث وذوي الإعاقة العقلية الأكثر شدة كانت أكبر من باقي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية قيد الدراسة.

كما أجرى الخطيب (Alkhateeb, 1995) دراسة هدفت إلى تقييم نسبة إنتشار النوبات الصرعية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في مراكز التربية الخاصة في مدينة عمان في الأردن، حيث تكونت العينة من (٣٧٨) طفلاً معاقاً عقليا مسجلين في مراكز التربية الخاصة في الأردن، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن (٢٠%) من هؤلاء الأطفال كان لديهم تاريخ من الإصابة بنوبات الصرع، وازدياد نسبة الإصابة بالصرع لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية مع زيادة شدة الإعاقة، و توصلت الدراسة كذلك إلى أن نسبة إصابة الأطفال الذكور أعلى من نسبة

إصابة الإناث وأن نسبة الإصابة تكون أكبر في المراحل العمرية المبكرة من الإصابة في مراحل عمرية متأخرة، وقد أكدت الدراسة في توصياتها على أهمية إجراء أبحاث مستقبلية تتناول أنماط نوبات الصرع بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية والأساليب المثلى في إعطاء الأدوية المضادة للنوبات الصرعية.

وفي دراسة مسحية أجراها رابعة (٢٠٠٤) هدفت إلى معرفة أهم مشكلات الفم والأسنان لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. حيث تم إجراء دراسة مسحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والملتحقين بمراكز التربية الخاصة الحكومية للعام الدراسي (٢٠٠٣/٢٠٠٤) (ن=٨٢٩) بهدف التعرف على واقع صحة الفم والأسنان لدى هؤلاء الطلبة، كما هدفت هذه الدراسة إلى البحث في فاعلية برنامج تدريبي في صحة الفم، وقد توصلت هذه الدراسة إلى عدد من النتائج أهمها: تدني صحة الأسنان مع زيادة العمر، واهتمام الإناث بصحة الفم والأسنان أكثر من الذكور، وانخفاض نسبة أمراض اللثة والأسنان لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة مع زيادة المستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي للأسرة، وتحسن صحة اللثة والأسنان مع زيادة المستوى التعليمي للوالدين، وتمتع الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الذين خضعوا للبرنامج التدريبي بحالة نظافة فم وأسنان أفضل من الطلبة الذين لم يخضعوا للبرنامج. وتحسن صحة اللثة والأسنان لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة الذين خضعوا للبرنامج التدريبي بنسبة (٨٠%).

**المحور الثاني: دراسات تناولت مدى وعي المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية.**

تناولت العديد من الدراسات الأجنبية قضية المعرفة التي يجب توافرها لدى معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية حول الاضطرابات الصحية التي يعانون منها وأهمية إجراء برامج

التثقيف والتدريب الصحي والتربوي المستمرة من أجل تنمية تلك المعارف. والجدير بالذكر أن الدراسات العربية التي تناولت هذه القضية تكاد تكون معدومة، أو مقتصرة على معلمي الطلبة غير المعاقين.

ففي الدراسة التي قام بها "موكرجي" ورفاقه (Mukherjee, Lightfoot & Sloper, 2000) والتي هدفت إلى البحث في إمكانية دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة والذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة في المدرسة العادية وما يعنيه ذلك للمعلم. تم إجراء هذا البحث ضمن ثلاث دوائر تربوية غطت كلا من المناطق المدنية والريفية، وقد تم جمع البيانات من (٣٣) طالب، و (٥٨) أسرة، و (٣٤) معلماً من مدارس ابتدائية وإعدادية. وبشكل عام تركزت البيانات التي تم الحصول عليها من أفراد الدراسة حول الدعم الذي يمكن أن يوفره المعلمون لهؤلاء الطلبة، وأهمية وعي المعلم بالحاجات الصحية الخاصة بهم. ومن خلال هذه البيانات تم التعرف على عدد من الخدمات التي يحتاج إليها الطلبة ذوو الإعاقة من قبل المعلمين أهمها : كيفية تعامل المعلم مع حاجة هؤلاء الطلبة إلى التغيب المتكرر عن المدرسة والنتائج عن طبيعة المرض المزمن الذي يعانون منه، وكذلك تفعيل مشاركة هؤلاء الطلبة في الأنشطة المدرسية، وتنمية علاقة هؤلاء الطلبة مع زملائهم، وأخيراً العمل على إيجاد عدد من الأشخاص المحيطين بهؤلاء الطلبة والذين لديهم القدرة على التواصل معهم بشكل فاعل. وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها : ضرورة تزويد المعلم بالمعلومات المتعلقة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة. والتأكد من تداول هذه المعلومات بين الأفراد العاملين في المدرسة. إضافةً إلى أهمية توفير الدعم النفسي والانفعالي لهؤلاء الطلبة. وزيادة القدرة على توفير مصادر الدعم الخارجي لهؤلاء الطلبة.

وقد قامت "شوي" (Shui, 2001) بدراسة هدفت إلى تسليط الضوء على الحاجة الماسة إلى التعرف على التحديات التربوية التي يواجهها الطلبة ذوو الإعاقات والاضطرابات الصحية المزمنة ومعلومهم، وذلك في إطار الجهود الرامية إلى بناء قاعدة بيانات يمكن استغلالها عند إعداد البرامج التربوية الموجهة لهذه الفئة من الطلبة، وعدم اقتصر تلك البرامج على المجال التربوي فقط، بل تتعدى ذلك لتضم كلا من التحديات الصحية والاجتماعية والانفعالية التي يواجهها الطلبة ذوو الإعاقات والاضطرابات الصحية المزمنة. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلبة ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة معرضون إلى خطر الفشل المدرسي بشكل كبير إذا لم يتم اخذ عامل تكيفهم النفسي مع إضطراباتهم الصحية بعين الاعتبار من قبل معلمهم وزملائهم والأفراد الآخرين ضمن البيئة المدرسية. إضافة إلى ذلك فإن الخدمات المساندة التي يمكن أن يقدمها كل من المعلمين والزملاء والآخرين في المدرسة يمكن أن تلعب دورا هاما في تنمية مفهوم الذات لدى هؤلاء الطلبة، إضافة إلى تكيفهم مع الضغوط الجسدية والنفسية التي تفرضها الإعاقة عليهم، وكذلك التركيز على أهمية تلقي معلمي الطلبة ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة لدورات متخصصة قبل أو أثناء الخدمة حول الأبعاد الجسدية والنفسية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة المعاقون وأثرها في تحصيلهم الأكاديمي، وقدرة المعلم على تكيف الأهداف التربوية لتتلاءم مع الضغوط التي تفرضها الإعاقة على أداؤهم وقدرتهم على تحقيق الأهداف المرجوة.

و قام كل من "بيشوب" و"بوق" (Bishop & Boag, 2006) بدراسة حول معرفة المعلمين وتوجهاتهم نحو الطلبة المصابين بالصرع، حيث هدفت دراستهما إلى البحث في مدى معرفة وتوجهات مجموعة من المعلمين الذين يعملون ضمن (٥١٢) مدرسة ابتدائية وثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية فيما يتعلق بإضطراب الصرع. ومن اجل تحقيق هدف هذه الدراسة

قام الباحثان ببناء استبانته للكشف عن توجهات المعلمين نحو الطلبة اللذين يعانون من الصرع ودرجة معرفة المعلمين وخبراتهم حول كيفية التعامل مع مرض الصرع. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى انه وبالرغم من توجهات المعلمين الايجابية نحو الطلبة المصابين بالصرع إلا أن معلوماتهم حول هذا الإضطراب وأثره على العملية التعليمية وكيفية التصرف حال حدوث النوبة الصرعية داخل الغرفة الصفية لا تزال ضعيفة وغير كافية للتعامل مع هذا الإضطراب بفاعلية. وفي مراجعة "فان" (Van, 2005) للأدب الذي يتعلق بالمعرفة المتوفرة حول التكيف الجسدي والذهني والاجتماعي لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، أشارت نتائج هذه الدراسة إلى الخطر الكبير الذي يحيط بالتكيف البدني الناتج عن الاضطرابات الصحية المرتبطة بإعاقة هؤلاء الطلبة وأثرها في قدرتهم على التكيف. كما وأشارت الدراسات التي تم مراجعتها إلى النقص الكبير في خبرات الأفراد القائمين على رعاية الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في كيفية التعامل مع الاضطرابات الصحية التي تواجههم، وأشارت كذلك إلى أن الدراسات التي تم إجراؤها في الدول النامية توجهت بمجملها إلى التأكيد على معاناة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية من قدر أكبر من المشكلات والاضطرابات الصحية المرتبطة بإعاقتهم.

وفي دراسة بعنوان " مدى المعرفة والوعي والمستوي التدريبي لدى الأفراد العاملين ضمن برنامج ( Head Start ) للتدخل المبكر بإضطراب الربو ( الأزمة التنفسية) قام بها "ولدرز" ورفاقه (Walders, McQuaid & Dickstein, 2004) حيث هدفت هذه الدراسة إلى البحث في جاهزية هؤلاء الأفراد للتعامل مع إضطراب الربو إثناء عملهم ضمن برنامج التدخل المبكر. ويعنى برنامج (Head Start) بتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٥) سنوات. وبالتالي جاءت هذه الدراسة بهدف الكشف عن معدل إنتشار إضطراب الربو بين الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والذين يتلقون الخدمات تحت إطار



هذا البرنامج، إضافة إلى الكشف عن مدى معرفة المعلمين والإداريين في هذا البرنامج حول اضطراب الربو ومدى جاهزيتهم للتعامل معه والتدريبات التي يمكن أن يكونوا قد تلقوها حول هذا الاضطراب. ولتحقيق ذلك تم بناء استبانة وزعت على (٩٢) معلما وإداريا يعملون ضمن هذا البرنامج حيث تمركزت فقرات الاستبانة حول معرفة المعلمين والإداريين باضطراب الربو وجاهزيتهم للتعامل مع هذه الحالات والإمكانات التدريبية لديهم. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة بمجملها إلى انخفاض مستوى معرفة العاملين ضمن برنامج (Head Start) باضطراب الربو، وإن هذا الانخفاض كان واضحا بشكل أكبر بين المعلمين مقارنة مع الإداريين، كذلك عبر العديد من العاملين ضمن هذا البرنامج عن عدم جاهزيتهم للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب الربو وإلى أن أكثر من نصف هؤلاء الأفراد لم يتلقوا تدريباً حول كيفية التعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب الربو.

وقد تطرقت العديد من الدراسات السابقة إلى معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة، والتوتر الذي يمكن أن يواجهونه، إضافة إلى قدرتهم على التكيف مع دورهم في إجراء التدخلات الطبية الطارئة داخل المدرسة أو المركز حال إصابة أحد الطلبة بحالة صحية طارئة. وقد أشارت معظم نتائج تلك الدراسات إلى النقص في معرفة المعلمين في كيفية تقديم الرعاية الصحية الطارئة لدى الطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة. ففي الدراسة التي قامت بها "باريت" (Barrett, 2001) والتي هدفت إلى دراسة درجة معرفة المعلمين ومستوى التوتر الذي يمكن أن يعانون منه عند قيامهم بإجراء التدخلات الطبية الطارئة عند الحاجة إليها داخل المدرسة، حيث طبقت الدراسة على (٤٣٢) معلما، وقد تلقى المعلمون بعد ذلك برنامجاً تثقيفياً تم إعداده من قبل مجموعة من الممرضات في بيئة المدرسة حيث أشارت النتائج بعد ذلك إلى الأثر

الإيجابي الذي تركه البرنامج في قدرتهم على التعامل مع الحالات الصحية الطارئة حال حدوثها وتقليل مستوى التوتر الذي كانوا يعانون منه أثناء التعامل مع مثل هذه الحالات الطارئة.

وفي الدراسة التي قام بها "برايس" ورفاقه (Price, Murphy & Cureton, 2004) حول تطوير المعرفة والثقة بالنفس لدى معلمي الطلبة ذوي الإعاقة في التعامل مع النوبات الصرعية من خلال برنامج تنقيفي. وقد هدفت هذه الدراسة إلى قياس فعالية برنامج تنقيفي تم إعداده من قبل المؤلفين حول النوبات الصرعية وتطوير معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة بالنوبات الصرعية وقدرتهم على التعامل معها. ولأغراض الدراسة تم إعداد اختبارين قبلي وبعدي لاختبار فعالية هذا البرنامج حول معرفة هؤلاء المعلمين وقدراتهم فيما يتعلق بالصرع، إضافة إلى تدعيم ثقتهم بأنفسهم حول قدرتهم على التعامل مع النوبات الصرعية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى زيادة معرفة المعلمين باضطراب الصرع وقدرتهم على التعامل مع النوبات الصرعية، إضافة إلى زيادة ثقة هؤلاء المعلمين على التعامل مع النوبات الصرعية بعد تلقيهم للبرنامج التنقيفي.

وفي الدراسة التي قام بها "بوين" (Bowen, 1996) التي كانت بعنوان "تنقيف المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يمكن أن يعاني منها الأطفال" حيث هدفت هذه الدراسة إلى الإجابة عن سؤالين هما:

أولاً: هل سبق وان تلقى المعلمون مساقاً تدريسياً أثناء دراستهم الجامعية أو ورشة تدريبية أثناء عملهم حول كيفية التعامل مع الحالات الصحية الطارئة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة مثل الأزمة التنفسية أو الصرع أو السكري ؟

ثانياً: إلى أي مدى يعتقد هؤلاء المعلمون أنهم مؤهلون للتعامل مع الحالات الصحية الطارئة التي يمكن أن تحدث لهؤلاء الطلبة داخل المدرسة أو المؤسسة التعليمية.

وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود إستراتيجية تدريبيه أو تعليمية واضحة للمعلمين حول كيفية التعامل مع الاضطرابات الصحية الطارئة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، إضافة إلى رغبة المعلمين في تلقي الدورات التدريبية في كيفية التعامل مع هذه الحالات.

وضمن هذا السياق أكدت "سلفر" (Silver, 1999) في توصيات دراستها التي كانت بعنوان " مساعدة الطاقم التدريسي على التكيف مع الحالات الصحية الطارئة للطلاب " على أهمية تدريب الأفراد العاملين في المدارس والمؤسسات حول كيفية التصرف عند حدوث الحالات الصحية الطارئة حيث يشكل هؤلاء الأفراد خط الاستجابة الأول عند حدوث مثل هذه الحالات داخل المدرسة.

وفي الدراسة التي قام بها "كوبر" ورفاقه ( Cooper, Melville, Morrison. Finlayson, ) (Allan , Martin & Robinson, 2006) والتي هدفت إلى تحديد المكاسب الصحية بعد سنة كاملة من تطبيق برنامج كسفي صحي لتحديد الحاجات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة، حيث طبق هذا البرنامج على (٥٠) فردا معوق عقليا خضعوا لبرنامج الكشف الصحي تم توزيعهم حسب متغيرات الجنس والعمر وشدة الإعاقة العقلية، ومقارنتهم بمجموعة ضابطة من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية وزعوا على نفس المتغيرات السابقة ولم يخضعوا لهذا البرنامج بل كانوا خاضعين لبرامج الرعاية التقليدية، وقد أشارت النتائج إلى أن نسبة الكشف عن الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية كانت أعلى بضعفين لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

وقد قام " فرناندز" ورفاقه ( Fernandez, Noronha, Araujo, Cabral, Pataro, DeBoer, ) (Prilipko & Sander, 2007) بدراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى إدراك المعلمين واتجاهاتهم

نحو إضطراب الصرع ومقارنة تلك المعرفة قبل وبعد تلقيهم لبرنامج تدريبي حول إضطراب الصرع. وقد قام الباحث ببناء استبانته تم توزيعها على معلمي المدارس ضمن ثلاث مدن في البرازيل، وبعد تحديد مستوى أداء هؤلاء المعلمين تم اختيار عشرين معلما منهم كي يتلقوا برنامجا تدريبيا بعنوان (الصرع والصحة). وبعد سنتين من تطبيق البرنامج أجري لهؤلاء المعلمين اختبارا بعدي لتحديد مستوى أدائهم بعد فترة من تلقيهم للبرنامج التدريبي. وقد أشارت النتائج إلى أن (١٠٠) معلما قاموا بملء الإستبانة، وان (٤٣%) منهم أشاروا إلى أن المعلومات التي لديهم فيما يتعلق بإضطراب الصرع هي غير كافية. أما فيما يتعلق بنسبة ذكاء الأطفال المصابين بالصرع فقد أشار (٢٠%) من هؤلاء المعلمين أن هؤلاء الأطفال يتمتعون بمستويات ذكاء تفوق المتوسط، فيما أشار (٦%) منهم إلى أن معدلات ذكاء هؤلاء الأطفال هي أقل من المتوسط، وأشار (٢٩%) منهم إلى عدم معرفتهم بوجود علاقة ما بين الذكاء والإصابة بإضطراب الصرع. وقد أشار كذلك (١٥%) من المعلمين إلى أن الأطفال المصابين بالصرع هم معرضون بشكل كبير إلى خطر الإصابة بالاضطرابات العقلية، كما أشار (٦٨%) منهم إلى أن الصرع هو مرض بحد ذاته، فيما أشار (٩٠%) منهم إلى أن الصرع هو عبارة عن حالة يمكن الشفاء منها.

وفي دراسة التي قام بها الناصر (Alnasir, 2004.a) هدفت إلى البحث في مستوى معرفة معلمي المدارس البحرينية بإضطراب الربو والعوامل المؤثرة في هذه المعرفة. حيث قام الباحث باختيار عدد من المدارس البحرينية عشوائيا وتزويد المعلمين فيها (ن=١٤٠) بإستبانة للكشف عن مدى معرفة هؤلاء المعلمين بإضطراب الربو. وبعد الحصول على (٨٩%) من هذه الإستبانات وتحليل بياناتها إحصائيا أشارت النتائج إلى أن معرفة هؤلاء المعلمين بإضطراب الربو تراوحت ما بين المتوسط إلى الضعيف، وان مستوى معرفة المعلمات كان أفضل من

مستوى معرفة معلمي باقي معلمي تلك المدارس. وقد ذهب الباحث إلى الاستنتاج بان تقديم الرعاية الصحية للطلاب يحتاج إلى مشاركة فريق من التخصصات الطبية والتربوية ضمن نطاق المدرسة، وإلى وجود حاجة ماسة لتطوير معرفة المعلمين وبشكل مستمر حول الاضطرابات الصحية التي يمكن أن تؤثر في سلوكيات الطلبة وأدائهم الأكاديمي.

وفي دراسة أخرى قام بها الناصر (Alnasir, 2004.b) حول معرفة معلمي المدارس البحرينية بمرض فقر الدم المنجلي. هدفت هذه الدراسة إلى البحث في مدى معرفة المعلمين بأعراض إصابة الأطفال باضطراب الأنيميا المنجلية مثل: المعاناة من الألم الشديد في الصدر والظهر والبطن والأطراف ومما يؤدي إليه من التغيب المتكرر عن المدرسة والتدني في التحصيل الأكاديمي، إضافة إلى مضاعفات الإصابة بهذا المرض وكيفية إجراء الإسعافات الأولية للأطفال المصابين به. وقد أشار الباحث في مستهل دراسته إلى أن هذا الاضطراب ينتشر بمعدل ( ٢-٥%) من نسبة سكان البحرين ومنهم الأطفال، وأن هؤلاء الأطفال يقضون ما يقارب من ثلث يومهم داخل المدرسة، لذا كان من الأهمية بمكان تطوير معرفة المعلمين الذين هم على اتصال مباشر مع الأطفال المصابين بهذا المرض حول أعراض هذا المرض ومضاعفاته والإسعافات الأولية اللازمة له. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة قام الباحث عشوائياً باختيار عينة من المدارس البحرينية (ن=٤٨) وتزويد المعلمين فيها (ن= ١١٤٠) بإستبانة تم تصميمها من أجل جمع بيانات حول معرفة المعلمين باضطراب الأنيميا المنجلية وبعد الحصول على ( ٨٨,٨%) من هذه الإستبانات وتحليل بياناتها إحصائياً، أشارت النتائج إلى انه على الرغم من إرتفاع معدل إنتشار إضطراب الأنيميا المنجلية بين البحرينيين إلا أن معلمي المدارس البحرينية يفتقدون إلى معلومات أساسية حول هذا المرض. وأشارت كذلك إلى أن المعلمات كانت لديهن معرفة أفضل من المعلمين، وان نسبة كبيرة من المعلمين قد أخطأوا في الأسئلة التي

تناولت معلومات أساسية عن إضطراب الأنيميا المنجلية. وفي نهاية الدراسة أشار الباحث إلى أن المعلمين يحتاجون إلى المزيد من المحاضرات والدورات التثقيفية والتدريبية وذلك لزيادة معرفتهم بهذا الإضطراب الصحي وكيفية تعاملهم مع الطالب المصاب به.

وفي الدراسة التي قام بها الناصر (Alnasir, 2003) حول تقييم معرفة معلمي المدارس البحرينية حول إضطراب السكري، استهل الباحث دراسته بمقدمة يقول فيها " إن معلمي المدارس يعدون أحد أهم العوامل التي يمكنها التأثير في اتجاهات وسلوكيات طلاب المدارس من خلال المعارف التي يمتلكونها، وفي المدرسة يتحمل المعلمون جانباً من المسؤولية في تقديم الرعاية الصحية لطلابهم، وبالتالي فإن وعي المعلم بالاضطرابات الصحية يلعب دوراً أساسياً في تخفيف معاناة الطالب المصاب بإضطراب السكري ومضاعفاته". ومن هنا جاءت هذه الدراسة بهدف تقييم معرفة المعلمين بأعراض إصابة الطلبة بمرض السكري ومضاعفات هذا الإضطراب. وقد أشارت نتائجها إلى النقص في المعرفة لدى معلمي المدارس في البحرين حول هذا الإضطراب. وأشارت النتائج كذلك إلى أن كلا من المعلمين المتزوجين ومعلمي المدارس الابتدائية، والمعلمات الإناث، كانت لديهم مستويات معرفة أفضل من المعلمين الآخرين. وهذا ما قاد الباحث إلى الاستنتاج بتدني معرفة معلمي المدارس البحرينية بالحقائق الأساسية حول إضطراب السكري وكيفية علاجه والتعامل مع مضاعفاته، إضافة إلى كيفية التصرف عند حدوث نوبة السكري ومضاعفاتها وأثرها على سلوك الطالب وأدائه الأكاديمي. لذا يشكل المعلمون خط الدفاع الأول في حماية الطالب داخل المدرسة، ويجب أن تكون لديهم معلومات كافية حول الاضطرابات الصحية الشائعة بين طلابهم كي يستطيعوا تقديم المساعدة والدعم الصحي اللازم لهؤلاء الطلبة.

وفي الدراسة التي قام بها "جونسون" ورفاقه (Johnson, Lubker & Fowler, 1988) بعنوان " الحاجة إلى تقييم قدرة المعلم حول كيفية إدارة تعليم الأطفال اللذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة"، قام الباحثون بإختيار مجموعة من معلمي المدارس (ن=٣٤١) وزعت عليهم استبانته لتحديد معدل اتصال المعلمين مع الأطفال اللذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة وحاجات المعلمين المتعلقة بكيفية إدارة تعليم هؤلاء الأطفال. وقد أشارت النتائج إلى أن (٧٠%) من هؤلاء المعلمين قد كانت لديهم خبرات سابقة في تعليم أطفال يعانون من اضطراب صحي مزمّن أثناء عملهم، وان (٣٨%) منهم أشاروا إلى تلقيهم دورات تدريبية حول الاضطرابات الصحية المزمنة، وان (٧%) منهم فقط أشاروا إلى أن المعلومات التي لديهم حول كيفية التعامل مع الاضطرابات الصحية المزمنة تعد كافية. كما أشار المعلمون كذلك إلى أن الآباء يشكلون أهم مصدر للمعلومات حول وضع الطالب الصحي، كما قام المعلمون بالإشارة إلى العديد من القضايا الهامة في إدارة تعليم الأطفال من حيث المعلومات التي يجب أن يكون المعلم على دراية وعلم بها، وان تحضير المعلم وتجهيزه جيدا بالمعرفة يعد حاجة ملحة.

وفي الدراسة التي قام بها "لينش" ورفاقه (Lynch, Lewis & Murphy, 1993) حول الخدمات التعليمية الواجب توافرها لدى الأطفال ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة من وجهة نظر كل من المعلمين وأسر هؤلاء الأطفال، قام الباحثون بإجراء دراستين متوازيتين لتقييم وجهات نظر كل من المعلمين واسر الأطفال ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة حول حاجات هؤلاء الأطفال. وقد تم اختيار عينة مكونة من (٨٠) معلما و (١٧٢) أسرة، أجري معهم مقابلات حول أنواع الاضطرابات الصحية المزمنة والخدمات الواجب تقديمها من قبل المدرسة، إضافة إلى العقبات التي تعترض تقديم تلك الخدمات وإستراتيجيات التغلب على تلك العقبات، وكذلك مخاوفهم وملاحظاتهم المتعلقة بحاجات الأطفال ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن معظم الأطفال ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة يتلقون الخدمات أما في المدرسة العادية أو في بيوتهم، وان معظم العقبات التي تم الإشارة إليها من قبل المعلمين كانت تدور حول توفير التمويل اللازم لخدمة حاجات هؤلاء الطلبة ونقص معلومات وخبرات كل من المعلمين والأفراد المحيطين بهؤلاء الطلبة في كيفية التعامل مع تلك الحاجات. أما بالنسبة للعقبات التي أشارت إليها أسر الأطفال ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة فقد تركزت حول نقص معلومات المعلمين وعدم إدراكهم لكيفية التعامل مع أطفالهم، وأكدت الأسر كذلك على الأبعاد النفسية والاجتماعية لمعاناة أطفالهم من الاضطرابات الصحية المزمنة وأثر هذه الاضطرابات على حياة أطفالهم. وأكد المعلمون كذلك على قضية التغييب المتكرر لهؤلاء الأطفال عن المدرسة وأثر ذلك على أدائهم الأكاديمي.

وفي الدراسة التي قامت بها الجمعية الأمريكية لأمراض القلب ( American heart association, 1951) بعنوان " ما يجب على المعلم معرفته والقيام به تجاه الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات القلبية"، أشارت الدراسة إلى أهمية وعي المعلم حول إصابة الأطفال بالاضطرابات القلبية و الحمى الروماتيزمية الناتجة عنها ومسؤوليتهم عن الاضطرابات القلبية التي يعاني منها ما يقارب ثلثي الأطفال داخل المدرسة. وتشير الدراسة إلى أن مسؤولية المعلمين لا تقوم على تشخيص إصابة الطلبة بهذا الاضطرابات، فهذه مسؤولية الطبيب المختص، بل أن مسؤوليتهم تكمن في قدرتهم على السيطرة على الحمى الروماتيزمية من خلال الكشف المبكر عن الأعراض الخطرة لها، أهمها: نقص الوزن الحاد، والشحوب وانعدام الشهية، والتعب الشديد، وكثرة الإصابة بالتهابات الحلق والركام، ورعاف الأنف غير معروف السبب، والألم الشديد في الأطراف والمفاصل، والتوتر الشديد، والحركات الجسمية المتببسة، والتغيرات العامة في المظهر والسلوك والشخصية، والتدني في مستوى الأداء الأكاديمي للطفل الذي لم يكن



يعاني من مشاكل أكاديمية قبل الإصابة بهذه الأعراض، وهذه الأعراض كلها تقع ضمن ما يسمى " بالمرحلة الصامتة" لتطور الإصابة بالحمى الروماتيزمية المؤدية لاحقا إلى الإصابة بأمراض القلب. وهنا تكمن إمكانية ملاحظة المعلم لهذه الأعراض ودوره في الكشف المبكر عنها قبل تطورها.

### تعليق على الدراسات السابقة :

من خلال تحليل الدراسات السابقة يلاحظ أن جميع هذه الدراسات قد اتفقت على أن الطلبة ذوي الإعاقات بشكل عام وذوي الإعاقة العقلية بشكل خاص يعانون من اضطرابات عديدة تفوق معدل إنتشار تلك الاضطرابات بين الطلبة غير المعاقين. وقد أشارت تلك الدراسات كذلك إلى تدني مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة وعدم قدرتهم على التعامل معها، وحاجتهم المتزايدة إلى تدريب متخصص حول هذه الاضطرابات. كما أن الدراسات التي قامت بإجراء برامج تثقيف وتدريب موجهة لمعلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية حول الاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة أشارت إلى فعالية تلك البرامج تطوير معرفة المعلمين ومهاراتهم في التعامل مع تلك الاضطرابات.

استفاد الباحث من دراسات كل من ( Al-jundi et al. 2005; Alkhateeb, 1993; Bosch & Ringdhale, 2001; Cooper et al. 2006; Esperat et al. 1999; Martin, 1997) في بناء ادوات الدراسة المسحية كما استفاد الباحث من دراسات كل من (الخطيب، ٢٠٠٦، Cohen, 1996; Councilman, 1999; Greydanus & Pratt, 2005; Joanne, 1994; Lee et al. 2000; Lenz, 1999; McDonald, 1985; Mukherjee et al. 2000; Shiu, 2001; Taras, 2005 ;) في بناء

البرنامج التدريبي الموجه إلى معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية . كما استفاد الباحث من الدراسات سابقة الذكر في كيفية اختيار عينة الدراسة .

وتمتاز الدراسة الحالية في كونها الدراسة العربية الوحيدة التي تبحث في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ضمن مراكز التربية الخاصة وتطوير قدرتهم على التعامل مع تلك الاضطرابات من خلال برنامج تثقيفي وتدريبى صحى. سعياً وراء تطوير هذا الميدان نحو الأفضل استناداً لما يتم التوصل له من نتائج لهذه الدراسة.

## الفصل الثالث

### الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل وصف الإجراءات التي اتبعت في إجراء هذه الدراسة وتطبيقها، كما يشمل تحديد مجتمع الدراسة وعينتها، ووصفا لأداة الدراسة وخصائص صدقها وثباتها، إضافة إلى أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة فيها.

### منهج الدراسة:

قام الباحث بإجراء هذه الدراسة عبر مرحلتين، الأولى إستخدم فيها الباحث أسلوب البحث المسحي الوصفي بهدف قياس مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وذلك من خلال الأداة التي قام الباحث بإعدادها وتوزيعها على معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ضمن مراكز التربية الخاصة في عمان. أما المرحلة الثانية فقد اتبع الباحث فيها أسلوب المنهج التجريبي وذلك من خلال قيامه بإعداد برنامج تدريبي يهدف إلى تنمية معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة وإختبار أثره في تنمية تلك المعرفة.

### مجتمع الدراسة

يتألف مجتمع الدراسة من جميع معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في مراكز ومؤسسات الإعاقة العقلية في عمان والبالغ عددها (٣٠) مركزا موزعة على كافة القطاعات الحكومية والخاصة والتطوعية، ويبلغ عدد معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في هذه المراكز حوالي (٣٠٠) معلما ومعلمة حسب إحصائيات وزارة التنمية الاجتماعية والتربية والتعليم للعام ٢٠٠٧.

## عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة بحسب أغراض الدراسة الحالية على مرحلتين، ففي المرحلة الأولى تم اختيار عينة الدراسة المسحية، إذ كانت عينة الدراسة هي نفسها مجتمع الدراسة والبالغ عددهم (٣٠٠) معلم ومعلمة تربوية خاصة. وقد قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة المسحية بطريقة عشوائية على (٣٠) معلماً ومعلمة من مجتمع الدراسة وذلك لغايات التحقق من ثبات أداة الدراسة، وقد استبعدت هذه العينة لاحقاً من مجتمع الدراسة. ثم وزعت الأداة على باقي أفراد مجتمع الدراسة والبالغ عددهم بعد الاستبعاد (٢٧٠)، إذ بلغت عدد الإستبانات المستردة منهم (٢٧٠) إستبانة استبعد منها (٢٠) لعدم استيفائها كامل البيانات، ليصبح العدد النهائي للمعلمين المشاركين في عينة الدراسة المسحية (٢٥٠) معلماً ومعلمة، مقسمين إلى (٦٥) معلماً و (١٨٥) معلمة. والجدول رقم (١) يوضح أسماء المراكز التي تم اختيار المعلمين منها وأعدادهم موزعين حسب متغيرات الدراسة المسحية (الجنس، وتلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة)، وذلك لتحقيق الهدف المسحي الأول من الدراسة المتمثل في تحديد مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها.

جدول ١. توزيع أفراد عينة الدراسة على المراكز المشاركة في الدراسة حسب متغيرات الدراسة المسحية (الجنس، تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة)

الدورات السابقة		جنس المعلم		عدد المعلمين	اسم المركز
لم يتلق	تلقى	إناث	ذكور		
٩	٢	١١	-	١١	مركز أمان للتربية الخاصة
١٠	-	٣	٧	١٠	مركز التربية الحديثة للتربية الخاصة

٨	٢	٣	٧	١٠	مركز الأمل للتربية الخاصة
٦	٣	-	٩	٩	معهد الملكة زين الشرف التنموي
٩	٢	-	١١	١١	مركز ابن خلدون للتربية الخاصة
٨	٣	١	١٠	١١	مركز آية للتربية الخاصة
٥	٤	-	٩	٩	أكاديمية العصام للتربية الخاصة
٢٦	٨	٦	٢٩	٣٥	المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية
٨	٣	٥	٦	١١	المركز العربي للتربية الخاصة
٩	٣	٥	٨	١٢	المدرسة العربية للتربية الخاصة
٣	-	٢	١	٣	مركز انس للتربية الخاصة
٥	١	-	٦	٦	مركز المنارة للتربية الخاصة
٧	١	٢	٦	٨	مركز دنيا الطفل للتربية الخاصة
٩	٣	٦	٦	١٢	مركز إدراك للتربية الخاصة
٤	٢	-	٦	٦	معهد الشرق الأوسط للتربية الخاصة
٩	٢	٦	٥	١١	مركز الكندي للتربية الخاصة
١٢	٤	٧	٩	١٦	مركز التربية الحديثة للتربية الخاصة
١١	٣	٢	١٢	١٤	جمعية الشابات المسلمات
٩	٢	٢	٩	١١	مركز المنار للتربية الخاصة
١١	٣	٤	١٠	١٤	المركز التخصصي للتربية الخاصة
٧	٣	-	١٠	١٠	مدرسة قرية العائلة للتربية الخاصة
٩	١	-	١٠	١٠	مركز الرازي للتربية الخاصة
١٩٥	٥٥	٦٥	١٨٥	٢٥٠	المجموع

وفي المرحلة الثانية تم اختيار عينة قصدية تضم ( ٥٠ ) معلما ومعلمة من أفراد العينة السابقة، وزعوا عشوائيا إلى مجموعتين ( تجريبية وضابطة) تتكون كل واحدة منها من (٢٥) معلما ومعلمة، وذلك لتحقيق الهدف الثاني من الدراسة وهو تطبيق البرنامج التثقيفي وإختبار أثره في تنمية المعرفة لديهم. والجدول التالي يوضح أسماء المراكز والمعلمين الذين تم اختيارهم منها للمشاركة في البرنامج.

جدول ٢. توزيع أفراد عينات الدراسة على المراكز المشاركة في الدراسة التجريبية

اسم المركز	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
المركز العربي للتربية الخاصة	٣	٧
مركز أمان للتربية الخاصة	٦	-
مركز التربية الحديثة للتربية الخاصة	١٠	٨
مركز انس للتربية الخاصة	٢	١
مؤسسة إدراك للتربية الخاصة	٣	٧
مركز الكندي للتربية الخاصة	١	٢
المجموع	٢٥	٢٥

### أدوات الدراسة

أولاً : إختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية:

لقد قام الباحث بإعداد إختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية وفقاً للخطوات التالية:

أولاً: إجراء مسح للأدب النظري السابق المرتبط بموضوع الدراسة الحالية لتحديد الأبعاد

الأساسية التي تناولتها أداة الدراسة، ومن أهم الدراسات والمراجع التي اعتمد عليها الباحث في

بناء الاختبار هي ( Al-jundi et al. 2005; Alkhateeb, 1993; Bosch & Ringdhale, 2001; )  
 .(Cooper et al. 2006; Esperat et al. 1999; Martin, 1997

ثانياً: إجراء دراسة استطلاعية هدفت إلى الكشف عن أهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية ضمن مراكز التربية الخاصة في عمان، وذلك من خلال مراجعة التقارير الطبية في ملفات هؤلاء الطلبة وإحصاء هذه الاضطرابات ومعدل انتشارها بين هؤلاء الطلبة.

ثالثاً: تطوير الصورة الأولية من الأداة بالاستناد إلى ما جاء في الأدب النظري المتعلق بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وأهم المعلومات التي يجب أن تكون لدى معلمي هؤلاء الطلبة من أجل زيادة قدرتهم على الكشف عن تلك الاضطرابات وكيفية التعامل معها. إضافةً إلى المعلومات التي تم الحصول عليها من تطبيق الدراسة الاستطلاعية.  
 رابعاً: تعريف مجالات أداة الدراسة إجرائياً.

خامساً: عرض الأداة على (٨) من المحكمين من ذوي الاختصاص في مجال الطب والتمريض والتربية الخاصة في الجامعة الأردنية لإبداء الرأي حول ما يلي:

- مدى ارتباط الفقرات بموضوع المجال.
- مدى وضوح الفقرات في كل مجال.
- مدى دقة الفقرات في كل مجال.
- مدى مناسبة عدد الفقرات في كل مجال.
- اقتراح أية تعديلات وملاحظات يرونها مناسبة.

وقد تم الأخذ بآراء المحكمين التي كان من أبرزها : إعادة النظر في توزيع بعض الفقرات بحيث يتلائم محتواها مع الهدف العام للأبعاد الفرعية المكونة للاختبار، إضافة إلى إحكام الجانِب

اللغوي لبعض الفقرات.

ومن اجل تحقيق هدف الدراسة الأول والمتمثل في الكشف عن مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وقدرتهم على التعامل معها تم تصميم اختبار مسحي قسم إلى أربعة أبعاد:

البعد الأول : يهدف إلى الكشف عن مستوى معرفة المعلمين بأهم التدخلات الطبية الطارئة للطلبة ذوي الإعاقة العقلية. ويتكون هذا الجزء من (١٢) سؤالا تم الإجابة عليها من خلال اختيار الإجابة الصحيحة من بين أربع خيارات.

البعد الثاني : يهدف إلى الكشف عن مستوى معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. ويتكون هذا الجزء من (١٨) سؤالا تم الإجابة عليها من خلال اختيار الإجابة الصحيحة من بين أربع خيارات.

البعد الثالث : يهدف إلى الكشف عن مستوى معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. ويتكون هذا الجزء من (٥١) فقرة تم الإجابة عليها بإحدى الخيارين ( نعم أو لا).

البعد الرابع : يهدف إلى الكشف عن مستوى معرفة المعلمين بالمضامين التربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. ويتكون هذا الجزء من (١٥) فقرة تم الإجابة عليها بإحدى الخيارين ( نعم أو لا).

#### طريقة تصحيح فقرات الاختبار:

قام الباحث بتصحيح فقرات الاختبار من خلال حساب الدرجة النهائية لكل بعد من الأبعاد الفرعية الأربعة المكونة للاختبار، ومن ثم جمع هذه الدرجات للحصول على الدرجة الكلية



للأداء على الاختبار كاملاً. وقد اعتمد الباحث على المعيار التالي للحكم على نتيجة الأداء الكلية على الاختبار:

- إذا كان المتوسط الحسابي لأداء المعلمين على الاختبار (٨٥%- فما فوق) فإن مستوى معرفة المعلم يكون مرتفعاً.

- إذا كان المتوسط الحسابي لأداء المعلمين على الاختبار يتراوح ما بين (٦٥%-٨٤%) فإن مستوى معرفة المعلم يكون متوسطاً.

- إذا كان المتوسط الحسابي لأداء المعلمين على الاختبار (٦٤%- فما دون) فإن مستوى معرفة المعلم يكون منخفضاً.

وقد استخدم هذا المعيار في الحكم على نتائج الأداء على الاختبار بناء على معايير التصحيح التي استخدمتها الدراسات التي اعتمد عليها الباحث في بناء أداة الدراسة وهي (Bosch & Ringdhale, 2001; Cooper et al. 2006; Esperat et al. 1999 Martin, 1997).

#### صدق الاختبار:

تم التوصل إلى دلالات صدق المحتوى للاختبار، وذلك بعد عرض الصورة الأولية من الاختبار على مجموعة من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية العلوم التربوية وكلية الطب والتمريض في الجامعة الأردنية وذلك من أجل التحقق من مدى ملائمة محتواها ومدى وضوح تعليمات التطبيق، وزادت نسبة الاتفاق على ملائمة جميع فقرات الاختبار من قبل المحكمين على (٧٥%)، لذا قام الباحث باستبقاء جميع فقرات الاختبار مع الأخذ بعين الاعتبار ملاحظات المحكمين حول الصياغة اللغوية لبعض الفقرات وإعادة ترتيب بعضها ضمن أبعاد الاختبار.

### ثبات الاختبار:

تم حساب ثبات الاختبار من خلال تطبيقه على عينة من معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية قوامها (٣٠) معلما ومعلمة، ثم إعادة تطبيقه مرة أخرى بعد فاصل زمني مقداره ثلاثة أسابيع، ومن ثم استخراج معاملات الثبات باستخدام معامل الارتباط (بيرسون)، حيث بلغ معامل الثبات الكلي للاختبار (٠,٩١). ويوضح الجدول التالي معاملات الثبات للاختبارات الفرعية والاختبار الكلي كما يلي:

جدول ٣. معاملات الثبات عن طريق الإعادة

معامل الثبات	الاختبار
٠,٨٤	التدخلات الطبية الطارئة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية
٠,٨٢	أهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية
٠,٨٦	الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية
٠,٩٠	المضامين النفسية والتربوية لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية
٠,٩١	الاختبار الكلي

ويلاحظ من الجدول السابق أن بعد ( المضامين النفسية والتربوية لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية) قد حصل على أعلى معامل ثبات والبالغ (٠,٩٠)، في حين أن بعد ( أهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ) قد حصل على أدنى معامل ثبات والبالغ (٠,٨٢).

### إجراءات تطبيق الأداة المسحية :

بعد التحقق من صدق الأداة وثباتها قام الباحث بعدد من الخطوات لإجراء هذه الدراسة:

- الحصول على كتاب تسهيل مهمة للطلاب من الجامعة الأردنية.
- الحصول على كتاب رسمي من وزارة التنمية الاجتماعية موجه إلى مسؤولي المراكز

التابعة لها لتسهيل مهمة الباحث في تطبيق أداة الدراسة على معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية فيها.

- قام الباحث بزيارة كافة المراكز التي تشكل مجتمع الدراسة وتطبيق الأداة بشكل فردي على أفراد العينة، حيث تراوحت مدة الإجابة على فقرات الاختبار من (٤٥-٦٠) دقيقة.  
- بعد توزيع الإستبانات قام الباحث بجمعها ثم إدخال البيانات لجهاز الحاسوب بهدف تحليلها إحصائياً والتوصل إلى النتائج النهائية.

**ثانياً: البرنامج التدريبي بعنوان " تطوير معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الأفراد المعاقون عقلياً " :**

قام الباحث بإعداد برنامج تثقيف صحي موجه إلى معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية حيث قام الباحث بتطويره استناداً إلى الأدب النظري المتعلق بمشكلة الدراسة وما يحويه من برامج ودراسات أهمها: (الخطيب، ٢٠٠٦ & Greydanus, 1999; Councilman, 1999; Cohen, 1997; Pratt, 2005; Joanne, 1994; Lee et al. 2000; Lenz, 1999; McDonald, 1986; Mukherjee et al. 2000; Shui, 2001; Taras & Potts-Datema, 2005).

وقد تمحورت أهداف هذا البرنامج فيما يلي:

- التعرف على أبرز الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية.
- التعرف على المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بأحد هذه الاضطرابات الصحية.
- القيام بالتدخلات المناسبة لدى حدوث أي من الحالات الصحية الطارئة.
- زيادة قدرة المعلم في الكشف عن أهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية من خلال المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لها.

- تطوير اتجاهات المعلم حول دوره الرئيس في التعامل مع الآثار السلوكية لإصابة الفرد المعاق عقليا بهذه الاضطرابات.

- تطوير اتجاهات المعلم نحو أهمية إمامه بإجراء التدخلات الصحية المناسبة عند إصابة الفرد بهذه الاضطرابات أو عند حدوث الحالات الصحية الطارئة.

#### أبعاد البرنامج :

يقوم هذا البرنامج بتغطية عدد من الأبعاد أهمها :

- الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية (اضطرابات القلب والأوعية الدموية، الاضطرابات العظمية والجلدية، والاضطرابات الحسية، واضطرابات الفم والأسنان، والاضطرابات الهضمية، والتهابات المجاري البولية، والاضطرابات التنفسية، والسكري، والصرع، وحالات استغلال الطفل المعاق).

- المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لمعاناة الفرد المعاق عقليا من اضطراب صحي معين.

- الإجراءات الواجب اتخاذها من قبل المعلم لدى حدوث أي من الحالات الصحية الطارئة.

- أثر وعي المعلم بالاضطرابات الصحية التي قد يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية على عملية التعلم.

#### إجراءات تطبيق البرنامج :

- الترتيب مع مركز "أمان" للتربية الخاصة من أجل التنسيق لعقد دورة يتم فيها تطبيق البرنامج التدريبي المقترح.

- توجيه دعوة إلى كافة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ضمن مراكز التربية الخاصة في عمان للمشاركة في البرنامج التدريبي.

- تم اختيار (٥٠) معلما ومعلمة من مجموع المعلمين الذين أبدوا رغبتهم في المشاركة بهذا البرنامج.

- قام الباحث بتوزيع المعلمين إلى مجموعتين تجريبية (٢٥) وضابطة (٢٥).

- إجراء إختبار قبلي لدى أفراد كل من المجموعة التجريبية والضابطة وجمع نتائج التطبيق ومعالجة البيانات إحصائيا للحصول على متوسطات الأداء والانحرافات المعيارية لكافة أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.

- تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية، حيث تالف هذا البرنامج من عشرين جلسة تدريبية بواقع ساعتين لكل جلسة، وقد استغرق تطبيق البرنامج حوالي أربعين يوماً بواقع ثلاثة جلسات تدريبية في الأسبوع الواحد، أيام ( الأحد، والثلاثاء، والخميس) من كل أسبوع.

- استخدام الباحث لعدد من الأساليب التدريبية المتنوعة أثناء تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية مثل ( العصف الذهني، والمحاضرة، وعمل المجموعات والمناقشة، وعرض الحالات، والتطبيق العملي ).

- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي تم إجراء إختبار بعدي لدى كافة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

- إدخال البيانات التي تم الحصول عليها إلى جهاز الحاسوب بهدف تحليلها إحصائيا والتحقق من أثر البرنامج التدريبي.

### تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية

هدفت الدراسة المسحية بداية إلى تحديد مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وذلك من خلال استخدام اختبار ( معرفة

المعلمين بالاضطرابات الصحية ) الذي قام الباحث بإعداده. ولتحقيق ذلك قام الباحث باستخراج كل من المتوسطات والانحرافات المعيارية لأداء المعلمين على الاختبار كاملاً إضافة إلى الأبعاد الفرعية الأربعة المكونة لفقرات الاختبار. وتمثلت المتغيرات المستقلة في: جنس المعلم (ذكر/أنثى) و تلقى المعلمين لدورات سابقة في الصحة (تلقى/ لم يتلق)، وللتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أداء المعلمين على الاختبار تعود إلى كل من ( متغير جنس المعلم، وتلقى المعلمين لدورات سابقة في الصحة ) قام الباحث باستخدام الإحصائي (T-TEST). أما بالنسبة للشق التجريبي، فقد هدفت الدراسة من خلاله إلى زيادة مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وذلك من خلال تلقينهم لبرنامج تدريبي وتثقيفي تم التحقق من فاعليته تجريبياً من خلال استخدام الباحث لتصميم يأخذ بعين الاعتبار الأداء القبلي وكذلك الأداء البعدي للعينتين الضابطة والتجريبية. وقد اشتملت الدراسة التجريبية على المتغيرات التالية:

- المتغير المستقل وهو البرنامج التدريبي.

- المتغير التابع وهو مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة

ذوي الإعاقة العقلي

وقد تم استخراج المتوسطات المعدلة لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الكلي إضافة إلى الأبعاد الفرعية من هذا الاختبار، ولقياس الفروق بين المتوسطات المعدلة للاختبار البعدي لدى كل من المجموعة التجريبية والضابطة تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA).

## الفصل الرابع

### نتائج الدراسة

هدف الباحث من إجراء هذه الدراسة إلى التحقق من قضيتين أساسيتين، الأولى تم فيها إجراء دراسة مسحية هدفت إلى الكشف عن مدى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. والثانية تم فيها إعداد برنامج تدريبي واختبار أثره في تنمية معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة.

### الدراسة المسحية

قام الباحث بداية بإجراء دراسة مسحية حاولت الإجابة عن الأسئلة الثلاثة الأولى للدراسة وهي:

١. ما هو مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو

الإعاقة العقلية؟

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية

وكيفية التعامل معها تعزى إلى متغير الجنس؟

٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية

وكيفية التعامل معها تعزى إلى تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة؟

### سؤال الدراسة الأول:

وللإجابة عن السؤال الأول الهادف إلى تحديد مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات

الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، تم استخراج المتوسطات والانحرافات

المعيارية لإجابات المعلمين على كافة فقرات إختبار (معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية). ففي البداية تم تحليل نتائج أداء المعلمين الكلي على فقرات الإختبار، ومن ثم قام الباحث بتحليل نتائج أداء المعلمين على المجالات المكونة لفقرات الإختبار، حيث تكون الإختبار من أربعة مجالات ( مجال التدخلات الطبية الطارئة، ومجال طبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، مجال معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وأخيرا مجال المضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية). ويبين الجدول التالي عرضا للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على المجالات الأربعة كما يلي:

جدول ٤. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على المجالات الأربعة

الانحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	المجال
٢,١٥	٦,٥٩	مجال التدخلات الطبية الطارئة
٢,٩٣	١٠,٢٧	مجال طبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية
٥,٤٧	٣٢,٨٥	مجال أهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية
١,٩٨	٩,٤٨	مجال المضامين النفسية والتربوية
٩,٠١	٥٨,٩٢	المجموع الكلي

يتبين من الجدول السابق أن مجال معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية قد حقق أعلى متوسط بين



المجالات الأربعة حيث بلغ ( ٣٢,٥٨ ) في حين حقق مجال التدخلات الطبية الطارئة أقل متوسط بين كافة المجالات إذ بلغ متوسطاً حسابياً قدره ( ٦,٥٩ ). كذلك يشير الجدول إلى أن المتوسط العام لكافة فقرات المقياس قد بلغ (٥٨,٩٢)، وهذا بدوره يشير إلى الضعف العام في مستوى معرفة المعلمين بأهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. وللتحقق من مستوى أداء المعلمين على المجالات الفرعية للاختبار قام الباحث بعرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على فقرات كل مجال من مجالات الاختبار الفرعية كالتالي:

#### أولاً: مجال معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

حاول الباحث في هذا المجال تحديد مستوى معرفة المعلمين بأهم التدخلات الطبية الطارئة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وذلك من خلال عرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على فقرات هذا المجال والمكون من (١٢) فقرة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول ٥. المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

الرقم	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري
١	إسعاف الكسور في الفك السفلي	0.50	0.50
٢	إسعاف رعاف الأنف	0.68	0.47
٣	العناية بالتقرحات الجلدية	0.30	0.46
٤	إسعاف انسداد مجرى التنفس	0.64	0.48
٥	إسعاف نوبة السكري	0.44	0.50

0.43	0.76	إسعاف الربو (الأزمة التنفسية)	٦
0.49	0.60	إسعاف نوبة الصرع	٧
0.48	0.64	إسعاف الجروح	٨
0.40	0.80	إسعاف إصابات الأسنان	٩
0.41	0.22	إسعاف الحروق	١٠
0.47	0.68	إسعاف كدمات الرأس	١١
0.47	0.33	إسعاف الحمى ( ارتفاع درجات الحرارة)	١٢
٢,١٥	٦,٥٩	المجموع الكلي	

يتبين من الجدول السابق أن الفقرة رقم (٩) (إسعاف إصابات الأسنان) قد أحرزت متوسطا حسابيا قدره (٠,٨٠)، وبالتالي احتلت المرتبة الأولى بين جميع فقرات هذا المجال والهادفة إلى الإجابة عن سؤال الدراسة الفرعي الأول حول (مدى معرفة المعلمين بأهم التدخلات الطبية الطارئة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية). وان الفقرة رقم (١٠) (إسعاف الحروق) قد حصلت على متوسط قدره (٠,٢٢) والذي يأتي في المرتبة الأدنى من بين جميع فقرات هذا المجال.

ثانيا: مجال معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

حاول الباحث في هذا المجال تحديد مستوى معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وذلك من خلال عرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على فقرات هذا المجال المكون من (١٨) فقرة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول ٦. المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

الانحراف المعياري	المتوسط	الفقرة	الرقم
0.37	0.84	أعراض إصابات الوجه والفكين	١٣
0.40	0.80	الاضطرابات المرتبطة بعدم قدرة الفرد على الحركة	١٤
0.50	0.50	ميررات استخدام القسطرة البولية	١٥
0.36	0.85	نسبة الإصابة بالتهابات الفم والأسنان	١٦
0.50	0.45	أعراض النوبات الصرعية	١٧
0.44	0.25	أعراض حالات فقدان الوعي	١٨
0.50	0.54	أعراض نوبة السكري	١٩
0.42	0.78	أعراض الإصابة بالنوبة القلبية	٢٠
0.50	0.50	الاضطرابات المرتبطة بالأنشطة الرياضية	٢١
0.33	0.12	الاضطرابات الشائعة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية	٢٢
0.40	0.80	غذاء الطفل المصاب بالإمساك	٢٣
0.50	0.44	أعراض الإصابة بالجفاف الشديد	٢٤
0.45	0.72	تعريف مرض السكري	٢٥
0.49	0.60	سبب حدوث متلازمة داون	٢٦
0.34	0.13	تغذية الطفل المعاق عقليا	٢٧
0.49	0.61	انسداد أنبوية تصريف السائل الدماغي	٢٨
0.49	0.61	الأعراض المهددة لحياة الفرد المصاب بالربو	٢٩
0.44	0.74	الأنشطة الصفية للطفل المصاب بالربو	٣٠
٢,٩٣	١٠,٢٧	المجموع الكلي	

يتبين من الجدول السابق أن الفقرة رقم (١٦) (نسبة الإصابة بالتهابات الفم والأسنان) قد أحرزت متوسطا حسابيا قدره (٠,٨٦)، وبالتالي احتلت المرتبة الأولى بين جميع فقرات هذا المجال والهادفة إلى الإجابة عن سؤال الدراسة الفرعي الثاني حول (مدى معرفة المعلمين بطبيعة

الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية). وان الفقرة رقم (٢٢)

(الاضطرابات الشائعة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية) قد حصلت على متوسط قدره (٠,١٢)

والذي يأتي في المرتبة الأدنى من بين جميع فقرات هذا المجال.

ثالثاً: مجال معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي

يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

حاول الباحث في هذا المجال تحديد مستوى معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية

والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وذلك من خلال

عرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على فقرات هذا المجال

المكون من (٥١) فقرة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول ٧. المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بأهم الأعراض

السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

الانحراف المعياري	المتوسط	الفقرة	الرقم
0.49	0.61	معدل تبرز الطفل الذي يعاني من الإمساك أقل من (٢-٣) مرات أسبوعياً	٣١
0.46	0.70	من أعراض إصابة الطفل بالإمساك شرب كميات كبيرة من السوائل	٣٢
0.49	0.61	زيادة معدل شردة الطفل بالطعام أثناء نومه دليل على إصابته بإضطراب البلع.	٣٣
0.41	0.79	تزايد نسبة إصابة أطفال متلازمة داون بنقص الوزن ناتج عن معاناتهم من الاضطرابات الهضمية.	٣٤
0.44	0.74	تخزين الطعام في الفم يعد مؤشراً على الإصابة بإضطرابات البلع.	٣٥
0.50	0.56	جفاف الجلد وتجده في منطقة البطن يعد مؤشراً هاماً على معاناة الفرد المعاق عقلياً من الجفاف.	٣٦
0.27	0.92	خروج الرائحة الكريهة من فم الطفل يعد مؤشراً على إضطراب في الفم والأسنان.	٣٧
0.48	0.64	محاولة الطفل الإمساك برقبتة يعد مؤشراً على معاناته من ألم في فمه	٣٨

0.39	0.81	كثرة التقرحات في فم وأسنان الطفل يعد مؤشراً على إصابته بإضطرابات الفم والأسنان	٣٩
0.44	0.73	انخفاض معدل إضطرابات الفم والأسنان لدى أطفال متلازمة داون.	٤٠
0.41	0.79	قلة التبول يعد مؤشراً على معاناة الطفل من السكري	٤١
0.45	0.72	انعدام الشهية يعد من أعراض الإصابة بالسكري	٤٢
0.28	0.08	تأخر التئام الجروح وكثرة الإصابة بالتهابات الجلد يعد من أعراض الإصابة بالسكري	٤٣
0.43	0.76	إضطراب سلوك الطفل الذي يعاني من صداع شديد عند الخروج إلى الأماكن المضيئة مثل الساحة الخارجية.	٤٤
0.44	0.73	قيام الطفل بضرب الرأس باليد أو بالأشياء المحيطة يعد من أهم أعراض الإصابة بالصداع الشديد	٤٥
0.40	0.80	الإعياء والتعب الشديد من أعراض الإصابة بالصداع الشديد	٤٦
0.45	0.27	عدم حدوث أي تغيرات في المظهر العام لدى الطفل المصاب بالصداع الشديد	٤٧
0.47	0.32	إضطراب سلوك الطفل المصاب بالتهابات البولية قبل أو أثناء أو بعد التبول بفترة قصيرة.	٤٨
0.38	0.18	السلس البولي ليس له علاقة بوجود إضطراب في المسالك البولية.	٤٩
0.50	0.48	في الغالب لا يوجد هناك حاجة لاستخدام القسطرة البولية لدى الأفراد المعاقين عقلياً.	٥٠
0.37	0.84	من أعراض إضطراب المسالك البولية الصعوبة في التبول.	٥١
0.44	0.26	استجابة الطفل المصاب بإضطرابات الأذن للأصوات المألوفة فقط	٥٢
0.49	0.58	جفل الطفل المصاب بإضطرابات الأذن عند التعرض للضوضاء.	٥٣
0.46	0.31	التكلم بصوت منخفض يعد احد أعراض الإصابة بإضطرابات الأذن والسمع.	٥٤
0.49	0.61	كثرة التهابات الأذن لدى الأطفال الذين يعانون من إضطرابات السمع.	٥٥
0.40	0.80	عدم استجابة الطفل للأصوات المألوفة يعد مؤشراً على إصابته بإضطرابات البصر.	٥٦
0.44	0.74	محاولة الطفل الذي يعاني من إضطراب في بصره كمش عينه وتقريب رأسه من الشيء الذي يود النظر إليه.	٥٧
0.42	0.78	احمرار العيون وتهيجها وكثرة ذرف الدموع منها يعد مؤشراً على حدوث إضطراب فيها	٥٨
0.47	0.67	محاولة الطفل المصاب بإضطراب بصري المحافظة على الاتصال	٥٩

		البصري مع المعلم	
0.41	0.79	الإجهاد عند القيام بالنشاطات البدنية الاعتيادية يعد مؤشراً على إصابة الفرد بالاضطرابات القلبية	٦٠
0.44	0.74	النشاطات البدنية المجهدة مفيدة للطفل الذي يعاني من اضطرابات قلبية	٦١
0.49	0.60	ضعف القدمين وجفافهما دليل على إصابة الطفل باضطرابات القلب والأوعية الدموية	٦٢
0.46	0.70	اصفرار الوجه والتعرق الشديد والدوخة يعد من أعراض الإصابة باضطرابات القلب والأوعية الدموية	٦٣
0.45	0.71	كثرة الحركة تلعب دوراً أساسياً في الإصابة بالاضطرابات الجلدية	٦٤
0.45	0.72	احمرار الجلد وانتفاخه حول أصابع اليدين والقدمين يعد من أعراض الإصابة بالاضطرابات الجلدية	٦٥
0.31	0.89	ارتداء الملابس الصوفية يقلل من معاناة الفرد المصاب بالاضطرابات الجلدية	٦٦
0.45	0.71	ارتباط الاضطرابات الجلدية أحياناً بأنواع الأدوية التي يتناولها الفرد	٦٧
0.28	0.92	ميل الفرد المصاب باضطرابات العظام والمفاصل إلى كثرة الحركة والتنقل	٦٨
0.50	0.57	تحسن سلوك الفرد المصاب باضطرابات العظام والمفاصل عند القيام بالنشاطات البدنية المختلفة	٦٩
0.46	0.69	انتفاخ واحمرار المفاصل يعد مؤشراً على وجود اضطراب بها	٧٠
0.42	0.77	الشعور بعدم الارتياح أثناء الجلوس على الكرسي المتحرك أو عند الاستلقاء على السرير يعد احد أعراض الإصابة باضطرابات العظام والمفاصل	٧١
0.50	0.50	الخمول والضعف العام مؤشر على زيادة إفرازات الغدة الدرقية	٧٢
0.46	0.70	زيادة القدرة على التركيز والانتباه وقلة النشاط مؤشر على زيادة إفرازات الغدة الدرقية	٧٣
0.45	0.27	الشراهة في الأكل المؤدية إلى السمنة تعد مؤشراً على زيادة إفرازات الغدة الدرقية	٧٤
0.50	0.48	التغير الحاد في المزاج والتوتر والقلق يعد مؤشراً على نقص إفرازات الغدة الدرقية	٧٥
0.50	0.54	عدم القدرة على التفكير بوضوح وكثرة النسيان يعد مؤشراً على نقص إفرازات الغدة الدرقية	٧٦
0.21	0.95	الصرع عبارة عن اضطراب معد يحتاج إلى توخي الحذر من انتقاله بين الأطفال	٧٧

0.50	0.58	تؤثر الإصابة بالصرع في القدرات العقلية للطفل	٧٨
0.48	0.64	تؤدي النوبة الصرعية الصغرى إلى حدوث فقدان للوعي	٧٩
0.45	0.72	ينصح بعدم تحريك الطفل المصاب بالنوبة الصرعية لحين انتهاء النوبة وأبعاد الأشياء الخطيرة من حوله	٨٠
0.50	0.54	استمرار النوبة الصرعية الكبرى في أغلب الأحيان لساعات	٨١
٥,٤٧	٣٢,٥٨	المجموع الكلي	

يتبين من الجدول السابق أن الفقرة رقم (٧٧) (الصرع عبارة عن اضطراب معدٍ يحتاج إلى توخي الحذر من انتقاله بين الأطفال) قد أحرزت متوسطا حسابيا قدره (٠,٩٥) وبالتالي احتلت المرتبة الأولى بين جميع فقرات هذا المجال والهادفة إلى الإجابة عن سؤال الدراسة الفرعي الثالث حول (مدى معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية). وان الفقرة رقم (٤٣) (تأخر التنام الجروح وكثرة الإصابة بالتهابات الجلد يعد من أعراض الإصابة بالسكري) قد حصلت على متوسط قدره (٠,٠٨) والذي يأتي في المرتبة الأدنى من بين جميع فقرات هذا المجال.

رابعاً: مجال معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

حاول الباحث في هذا المجال تحديد مستوى معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وذلك من خلال عرض المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات المعلمين على فقرات هذا المجال من الاختبار والمكون من (١٥) فقرة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول ٨. المتوسطات والانحرافات المعيارية لفقرات مجال معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

الرقم	الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري
٨٢	قليلًا ما يؤثر الصرع في القدرات العقلية للفرد المعاق عقلياً	0.41	0.50
٨٣	قد يعاني الفرد المعاق عقلياً من النشاط الزائد وذلك نتيجة لآثار الجانبية لأدوية الصرع.	0.46	0.50
٨٤	غالباً ما يحدث الصرع صعوبات بالغة في الانتباه والتركيز ومهارات التآزر الحركي إضافة إلى ضعف في مهارات القراءة والحساب.	0.42	0.49
٨٥	يفضل تقييد حركة الطفل الذي يعاني من التهابات المفاصل داخل غرفة الصف	0.64	0.48
٨٦	تعد التمارين الرياضية في الماء الدافئ والسباحة مفيدة جداً لدى الطفل الذي يعاني من التهابات المفاصل.	0.76	0.43
٨٧	ينصح دائماً بالتركيز على ممارسة الأنشطة البدنية لدى الأطفال الذين يعانون من التهاب المفاصل	0.63	0.48
٨٨	مشاركة الأطفال الذين يعانون من السكري في النشاطات التنافسية شديدة الإثارة يعد مفيداً لهم.	0.55	0.50
٨٩	قد يؤدي تكرار إصابة الطفل المعاق عقلياً بنوبة السكري إلى ضعف نفسي عصبي وبالتالي التأثير في الذكاء والتحصيل الأكاديمي.	0.64	0.48
٩٠	تلعب معرفة المعلم بالعلامات المنذرة بارتفاع أو انخفاض مستوى السكر لدى الأفراد المعاقين الذين يعانون من السكري دوراً هاماً في منع حدوث هذه النوبة.	0.71	0.46
٩١	تعد إصابة الفرد المعاق عقلياً بالربو أحد أهم أسباب تغيب الفرد عن المدرسة	0.65	0.48
٩٢	يحتاج الأفراد الذين يعانون من الربو إلى أداء الأنشطة البدنية التي تستمر لفترة زمنية طويلة.	0.84	0.37
٩٣	لا تؤدي أدوية الربو إلى إحداث تغييرات سلوكية للفرد المعاق عقلياً.	0.50	0.50
٩٤	قد تؤدي إصابة رأس الفرد المعاق عقلياً إلى حدوث تغييرات في ذاكرته وتركيزه وانتباهه وحتى قدرته على التعلم.	0.83	0.37
٩٥	يحتاج الأفراد المعاقون عقلياً الذين يعانون من اضطرابات القلب والأوعية الدموية إلى ضبط ممارستهم للأنشطة الرياضية.	0.85	0.36
٩٦	الإصابة باضطرابات القلب والأوعية الدموية لا تؤثر في قدرة الطفل المعاق عقلياً على التركيز والانتباه.	0.58	0.49
	المجموع الكلي	٩,٤٨	١,٩٨



يتبين من الجدول السابق أن الفقرة رقم (٩٥) (يحتاج الأفراد المعاقون عقلياً الذين يعانون من اضطرابات القلب والأوعية الدموية إلى ضبط ممارستهم للأنشطة الرياضية) قد أحرزت متوسطاً حسابياً قدره (٠,٨٥)، وبالتالي احتلت المرتبة الأولى بين جميع فقرات هذا المجال والهادفة إلى الإجابة عن سؤال الدراسة الفرعي الرابع حول (معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية). وان الفقرة رقم (٨٢) (قليلاً ما يؤثر الصرع في القدرات العقلية للفرد المعاق عقلياً) قد حصلت على متوسط قدره (٠,٤١) والذي يأتي في المرتبة الأدنى من بين جميع فقرات هذا المجال من الاختبار.

### سؤال الدراسة الثاني:

للإجابة على السؤال الثاني للدراسة حول مدى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تبعاً لمتغير جنس المعلم (ذكور ، إناث )، قامت الدراسة بالكشف عن وجود فروق في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تعود لمتغير جنس المعلم (ذكور ، إناث)، والجدول التالي يبين كلا من المتوسطات والانحرافات المعيارية للاختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية .

جدول ٩. المتوسطات والانحرافات المعيارية للاختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية موزعة حسب الجنس (ذكور ، إناث )

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	البعد
٩,٣٢	٥٨,٣٢	٦٥	ذكور	معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى ذوي الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها
٨,٩٢	٥٩,١٤	١٨٥	إناث	

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية بسيطة بين متوسطات الأداء على الاختبار بين كل من الذكور والإناث. وللتحقق من دلالة الفروق في متوسطات الأداء بين كل من الذكور والإناث، تم استخدام إختبار (T-test). ويلاحظ من بيانات جدول رقم (١٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) تعود إلى اختلاف الجنس، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = ٠,٦٢) وهي أقل من قيمة (ت الإحصائية = ٠,٦٨) وهذا يقود إلى النتيجة التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تعود إلى متغير جنس المعلم.

جدول ١٠. نتائج إختبار (T-test) للفروق في معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية موزعة حسب الجنس (ذكور، إناث)

الجنس	متوسط	انحراف معياري	ت المحسوبة	ت درجات حرية	ت الإحصائية
ذكور	٥٨,٣٢	٩,٣٢	٠,٦٢-	٢٤٨	٠,٥٣
إناث	٥٩,١٤	٨,٩٢			

### سؤال الدراسة الثالث:

للإجابة عن السؤال الثالث للدراسة حول مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تبعاً لمتغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة بشكل عام (تلقى دورة ١ لم يتلق دورة) قامت الدراسة بالكشف عن وجود فروق في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تعود إلى متغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة بشكل عام (تلقى دورة، لم يتلق

دورة)، والجدول التالي يبين كلا من المتوسطات والانحرافات المعيارية للاختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية موزعة حسب تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة ( تلقى دورة، لم يتلق دورة).

جدول ١١. المتوسطات والانحرافات المعيارية للاختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية موزعة حسب متغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة بشكل عام ( تلقى دورة ، لم يتلق دورة)

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الدورة التدريبية	
١٠,٦٠	٦٤,٨٠	٥٥	تلقى	معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى ذوي الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها
١١,٣٠	٦٠,٤٤	١٩٥	لم يتلق	

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في متوسطات الأداء على الاختبار بين كل من المعلمين الذين سبق وان تلقوا دورة في الصحة بشكل عام والمعلمين الذين لم يتلقوا مثل تلك الدورات.

وللتحقق من دلالة الفروق في متوسطات الأداء بين كل من المعلمين الذين سبق وان تلقوا دورة في الصحة بشكل عام والمعلمين الذين لم يتلقوا مثل تلك الدورات، تم استخدام إختبار (T-test). ويلاحظ من بيانات جدول رقم (١٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$  تعود إلى تلقي الدورات التدريبية السابقة، حيث بلغت قيمة (ت المحسوبة = ٢,٥٦) وهي اكبر من قيمة (ت الإحصائية = ٠,٠١). وهذا يقود إلى رفض الفرضية الصفرية التي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية تعود إلى متغير تلقي الدورات التدريبية السابقة،

والتوصل إلى أن مستوى معرفة المعلمين الذين سبق وان تلقوا دورات تدريبية في الصحة بشكل عام كان أفضل من مستوى معرفة المعلمين الذين لم يسبق أن تلقوا مثل تلك الدورات.

جدول ١٢. نتائج إختبار ( T-test ) للفروق في معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية موزعة متغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة بشكل عام ( تلقى دورة ، لم يتلق دورة )

ت	درجات	ت	انحراف	متوسط	الدورة	
الإحصائية	حرة	المحسوبة	معياري		التدريبية	
٠,٠١١	٢٤٨	٢,٥٦	١٠,٦٠	٦٤,٨٠	تلقى	معرفة المعلمين بالاضطرابات
			١١,٣٠	٦٠,٤٤	لم يتلق	الصحية لدى ذوي الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها

### الدراسة التجريبية

هدفت هذه الدراسة إلى الإجابة عن سؤال الدراسة الرابع: هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى المعرفة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$ ؟ وذلك من خلال قياس أثر البرنامج التدريبي على مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، حيث قامت الدراسة بقياس أثر البرنامج التدريبي على مستوى معرفة المعلمين بكل من التدخلات الطبية الطارئة ، ومعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية ، وأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، والمضامين النفسية والتربوية لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية.

وقد عملت الدراسة على مقارنة أداء المعلمين الذين تلقوا البرنامج التدريبي (المجموعة التجريبية) مع الذين لم يتلقوا البرنامج التدريبي (المجموعة الضابطة). وللتحقق من الدلالة الإحصائية للفروق في مستوى المعرفة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة عند مستوى دلالة  $\geq \alpha$  (0,05)، قام الباحث بإجراء الاختبارات الإحصائية التالية:

أولاً: للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج التدريبي تم إجراء إختبار (T-test) لمقارنة مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية بين المجموعتين، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول ١٣. نتائج اختبار (T-test) لمقارنة مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوو الإعاقة العقلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

البعد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
التدخلات الطبية	التجريبية	٧,٢٤	٢,١٥	٠,٢١٧	٤٨	٠,٨٣
	الضابطة	٧,٣٦	١,٧٥			
المعرفة بطبيعة	التجريبية	١١,٣٦	٢,٣٣	٠,٨٨٨	٤٨	٠,٣٧٩
	الضابطة	١٢	٢,٧٥			
أهم الأعراض السلوكية	التجريبية	٣٥,٢٨	٣,٩٨	١,٥٠٨	٤٨	٠,١٣٨
	الضابطة	٣٣,٤٠	٤,٨٠			
المضامين النفسية	التجريبية	١٠,٤٤	٢	١,٣٩٣	٤٨	٠,١٧
	الضابطة	٩,٦٤	٢,٠٦			
الاختبار الكلي	التجريبية	٦٤,٣٢	٦,٧٨	٠,٩١٧	٤٨	٠,٣٦٤
	الضابطة	٦٢,٤٠	٨,٠١			

يلاحظ من الجدول السابق انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع أبعاد المعرفة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية والمتمثلة في التدخلات الطبية الطارئة، ومعرفة المعلمين بطبيعة

الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، والمضامين النفسية والتربوية لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية.

ثانياً: تم استخراج المتوسطات المعدلة لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. ويوضح الجدول التالي المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية.

جدول ١٤. المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

المجموعة	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي المعدل
التجريبية	٦٤,٣٢	٧٤,٨٤
الضابطة	٦٢,٤	٥٦,٢٤

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي البعدي المعدل للأداء على الاختبار الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية للمجموعة التجريبية (٧٤,٨٤)، بينما المتوسط الحسابي البعدي المعدل للمجموعة الضابطة (٥٦,٢٤)، ويعني ذلك أن هنالك فروقا ظاهرية بين المجموعة التجريبية والضابطة فيما يتعلق بمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) للاختبار البعدي كما يبين الجدول التالي.

الجدول ١٥. ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الاختبار القبلي	٧٥,٩٥	١	٧٥,٩٥	٠,٦٢	٠,٤٤
الطريقة	٤١٠٢,٢١	١	٤١٠٢,٢١	٣٣,٤٧	٠,٠٠٠
الخطأ	٥٧٥٩,٩٧	٤٧	١٢٢,٥٥		
المجموع المعدل	١٠١٦٠,٤٢	٤٩			

يتضح من نتائج تحليل التباين المشترك الواردة في الجدول السابق أن هنالك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار الكلي لمعرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، حيث كانت قيمة (ف) (٣٣,٤٧) عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وهذا يعني أن البرنامج التدريبي كان له أثر في رفع مستوى المعرفة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية لدى المعلمين في المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ وذو دلالة، وذلك يتفق مع ما هو واضح من المتوسطات المعدلة المشار إليها في الجدول (١٤).

وقد قام الباحث كذلك بالتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء بين المعلمين في كل من المجموعة التجريبية والضابطة على المجالات الفرعية للاختبار البعدي كالتالي:

#### أولاً: مجال التدخلات الطبية الطارئة

وللتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0,05$ ) بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار الفرعي للمعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة، قام الباحث باستخراج المتوسطات المعدلة لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على

الاختبار الفرعي للمعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة. ويوضح الجدول التالي المتوسطات المعدلة

لنتائج الاختبار البعدي الفرعي للمعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة حسب متغير المجموعة.

جدول ١٦. المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي للمعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة حسب متغير المجموعة

المجموعة	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي المعدل
التجريبية	٧,٢٤	١٠,٢٤
الضابطة	٧,٣٦	٧,٢٨

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي المعدل للأداء على الاختبار البعدي

الفرعي للمعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة للمجموعة التجريبية (١٠,٢٤)، بينما المتوسط

الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (٧,٢٨)، وذلك يعني أن هنالك فروقا ظاهرية بين

المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بالتدخلات الطبية الطارئة. ولمعرفة فيما إذا كانت

هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) تم استخدام تحليل التباين

المشترك للاختبار البعدي كما يبين الجدول التالي.

الجدول ١٧. ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار

البعدي للتدخلات الطبية الطارئة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العلامة القبليية للتدخلات الطبية الطارئة	٠,٠٥	١	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٩
الطريقة	١٠٩,٢٧	١	١٠٩,٢٧	٢٨,٢٩	٠,٠٠٠
الخطأ	١٨١,٥٥	٤٧	٣,٨٦		
المجموع المعدل	٢٩١,١٢	٤٩			



يتضح من نتائج تحليل التباين المشترك الواردة في الجدول السابق أن هنالك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الفرعي للتدخلات الطبية الطارئة، حيث كانت قيمة (ف) (٢٨,٢٩) عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وهذا يعني أن البرنامج التدريبي كان له أثر في رفع مستوى المعرفة بالتدخلات الطبية الطارئة لدى المعلمين في المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ وذو دلالة، وذلك يتفق مع ما هو واضح من المتوسطات المعدلة المشار إليها في الجدول رقم (١٦).

**ثانيا: معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية**  
وللتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0,05$ ) بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الفرعي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، قام الباحث باستخراج المتوسطات المعدلة لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على هذا الاختبار. ويوضح الجدول التالي المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية حسب متغير المجموعة.

جدول ١٨. المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية حسب متغير المجموعة

المجموعة	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي المعدل
التجريبية	١١,٣٦	١٣,٠٨
الضابطة	١٢,٠٠	٩,٧٦

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي البعدي المعدل للأداء على الاختبار البعدي الفرعي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو

الإعاقة العقلية للمجموعة التجريبية (١٣,٠٨)، بينما المتوسط الحسابي البعدي المعدل للمجموعة الضابطة (٩,٧٦)، ويعني ذلك أن هنالك فروقا ظاهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$  تم استخدام تحليل التباين المشترك للاختبار البعدي كما يبين الجدول التالي:

الجدول ١٩. ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العلامة القبلية لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية	١,٣٢	١	١,٣٢	٠,١٦	٠,٦٩
الطريقة	١٣٨,٩٨	١	١٣٨,٩٨	١٧,٢٣	٠,٠٠٠
الخطأ	٣٧٩,٠٨	٤٧	٨,٠٧		
المجموع المعدل	٥١٨,١٨	٤٩			

يتضح من نتائج تحليل التباين المشترك الواردة في الجدول السابق أن هنالك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$  بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار الفرعي لمعرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، حيث كانت قيمة (ف) (١٧,٢٣) وعند مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وهذا يعني أن البرنامج التدريبي كان له أثر في رفع مستوى معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية في المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ وذو دلالة، وذلك يتفق مع ما هو واضح من المتوسطات المعدلة المشار إليها في الجدول رقم (١٨).

### ثالثاً: مجال معرفة المعلمين بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية

وللتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \geq 0,05$ ) بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الفرعي للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية، قام الباحث باستخراج المتوسطات المعدلة لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على هذا الاختبار الفرعي. ويوضح الجدول التالي المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي الفرعي للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية حسب متغير المجموعة.

جدول ٢٠. المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية حسب متغير المجموعة

المجموعة	المتوسط القبلي	المتوسط المعدل
التجريبية	٣٥,٢٨	٤٠,٨٤
الضابطة	٣٣,٤٠	٣٠,٦٤

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي المعدل للأداء على الاختبار البعدي الفرعي للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية للمجموعة التجريبية (٤٠,٨٤)، بينما المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (٣٠,٦٤)، وذلك يعني أن هناك فروقا ظاهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بأهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية. ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك للاختبار البعدي كما يبين الجدول التالي.

جدول ٢١. ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي للمعرفة بأهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العلامة القبليّة للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية	٠,٥٥	١	٠,٥٥	٠,٠١	٠,٩١
الطريقة	١٢٣٠,٥٩	١	١٢٣٠,٥٩	٣٠,٧٢	٠,٠٠٠
الخطأ	١٨٨٢,٥٧	٤٧	٤٠,٠٦		
المجموع المعدل	٣١٨٣,٦٢	٤٩			

يتضح من نتائج تحليل التباين المشترك الواردة في الجدول السابق أن هناك فروقا ذات

دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$  بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الفرعي للمعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية، حيث كانت قيمة (ف) (٣٠,٧٢) عند مستوى الدلالة (٠,٠٠٠)، وهذا يعني أن البرنامج التدريبي كان له أثر في رفع مستوى المعرفة بالأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية لدى المعلمين في المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ وذو دلالة، وذلك يتفق مع ما هو واضح من المتوسطات المعدلة المشار إليها في الجدول رقم (٢٠).

رابعاً: مجال المعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

وللتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \geq 0,05)$  بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الفرعي بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، قام الباحث باستخراج المتوسطات المعدلة لأداء المجموعتين التجريبية والضابطة على هذا الاختبار الفرعي. ويوضح الجدول

التالي المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي الفرعي للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية

للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية حسب متغير المجموعة.

جدول ٢٢. المتوسطات المعدلة لنتائج الاختبار البعدي للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية

للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية حسب متغير المجموعة

المجموعة	المتوسط القبلي	المتوسط البعدي المعدل
التجريبية	١٠,٤٤	١٠,٦٨
الضابطة	٩,٦٤	٨,٥٦

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي البعدي المعدل للأداء على الاختبار

البعدي الفرعي للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي

الإعاقة العقلية للمجموعة التجريبية (١٠,٦٨)، بينما المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة

الضابطة (٨,٥٦)، ويعني ذلك أن هناك فروقا ظاهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة

فيما يتعلق بالمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة

العقلية. ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $\alpha \geq$

(٠,٠٥) فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك للاختبار البعدي كما يبين الجدول التالي:

جدول ٢٣. ملخص تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لفحص الفروق على الاختبار البعدي

للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العلامة القبليّة للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية	٠,٥٥	١	٠,٥٥	٠,٠٧	٠,٧٩
الطريقة	٥٦,١٧	١	٥٦,١٧	٧,١٦	٠,٠١
الخطأ	٣٦٩,٠٥	٤٧	٧,٨٦		
المجموع المعدل	٤٢٥,٧٨	٤٩			

يتضح من نتائج تحليل التباين المشترك الواردة في الجدول السابق أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \geq 0,05$ ) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار الفرعي للمعرفة بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، حيث كانت قيمة (ف) (٧,١٦) عند مستوى الدلالة (٠,٠١) مما يعني أن البرنامج التدريبي كان له أثر في تنمية مستوى معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ وذو دلالة، وذلك يتفق مع ما هو واضح من المتوسطات المعدلة المشار إليها في الجدول رقم (٢٢).

## الفصل الخامس

### مناقشة النتائج والتوصيات

قام الباحث بإجراء هذه الدراسة عبر مرحلتين، الأولى تم فيها إجراء دراسة مسحية هدفت إلى الكشف عن مدى معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة وكيفية التعامل معها، إضافة إلى اختبار وجود فروق في أداء المعلمين على اختبار " معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية " تعود إلى كل من متغير الجنس ومتغير الدورات الصحية التي تلقاها المعلمون سابقا. وفي المرحلة الثانية قام الباحث بإجراء دراسة تجريبية هدفت إلى اختبار أثر البرنامج التدريبي في تنمية معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل مع تلك الاضطرابات.

### أولاً:- مناقشة نتائج الدراسة المسحية

حاولت الدراسة المسحية الإجابة عن السؤال التالي :-

ما هو مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها؟

أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال السابق إلى وجود ضعف عام في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وقد ظهر ذلك من خلال تدني أداء المعلمين على كافة فقرات اختبار (معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية) وكذلك الاختبارات الفرعية المكونة له. حيث بلغ متوسط الأداء العام للمعلمين على كافة فقرات المقياس (٥٨,٩٢). وتؤكد هذه النتيجة على الحاجة الماسة إلى إعادة تقييم واقع الخدمات الصحية المتوفرة في المراكز التي تعنى بالطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وخاصة تلك الخدمات المتعلقة بمستوى وعي معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء

الطلبة، وذلك نابع من كونهم يشكلون خط الدفاع الأول في مواجهة حدوث هذه الاضطرابات الصحية والحد من انتشارها أو تفاقمها.

وربما يعود الضعف في المعرفة لدى المعلمين إلى أسباب عديدة منها: عدم احتواء برامج إعداد معلمي التربية الخاصة في الجامعات أو الكليات على مساقات تتناول الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية وكيفية التعامل معها. أو إلى عدم وجود برامج تدريب أثناء الخدمة تتناول قضية الرعاية الصحية لدى الأفراد ذوي الإعاقة ضمن مراكز التربية الخاصة. وربما يعود هذا الضعف إلى شعور المعلمين بأنهم غير مسؤولين عن القضايا الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة وأن هذه المسؤولية منوطة فقط بمرض المدرسة أو الطبيب، وأن مسؤوليتهم محدودة بالجانب التعليمي فقط.

كما أشارت نتيجة الدراسة إلى تدني أداء المعلمين على المجالات الفرعية الأربعة للاختبار وبدرجات متفاوتة، فقد احتلت معرفة المعلمين بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية أعلى مرتبة بمتوسط (٣٢,٨٥)، يليها معرفة المعلمين بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية بمتوسط قدره (١٠,٢٧)، وفي المرتبة الثالثة تأتي معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية لمعاناة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية من الاضطرابات الصحية بمتوسط (٩,٤٨)، وفي المرتبة الأخيرة تأتي معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة بمتوسط (٦,٥٩).

وهذه نتيجة جديرة بالاهتمام، فالضعف الكبير الواضح في مدى معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة قد ينتهي بعواقب خطيرة ومهددة لحياة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، فمعرفة المعلم بأبسط التدخلات الطبية الطارئة مثل " كيفية إسعاف الطالب المصاب بالشرقة" قد تلعب دورا حاسما في إنقاذ حياة ذلك الطالب، وهنا تكمن ضرورة تدريب وتنقيف كل المعلمين



حول كيفية التصرف حال حدوث مثل هذه الحالات الطارئة. وقد اتسقت هذه النتيجة مع ما جاءت به نتيجة الدراسة التي قامت بها "باريت" (Barrett, 2001) التي أشارت إلى تدني معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة وارتفاع مستوى التوتر لديهم أثناء قيامهم بإجراء التدخلات الطبية الطارئة عند الحاجة إليها داخل المدرسة، وأشارت النتائج كذلك إلى الأثر الإيجابي الذي تركه البرنامج التدريبي الذي قامت الباحثة بإعداده في قدرة هؤلاء المعلمين على التعامل مع الحالات الصحية الطارئة وتقليل مستوى التوتر لديهم عند حدوثها.

وضمن هذا السياق أكدت "سلفر" (Silver, 1999) في توصيات دراستها التي كانت بعنوان "مساعدة الطاقم التدريسي على التكيف مع الحالات الصحية الطارئة للطلبة" على أهمية تدريب الأفراد العاملين في المدارس والمؤسسات حول كيفية التصرف عند حدوث الحالات الصحية الطارئة، حيث يشكل هؤلاء الأفراد خط الاستجابة الأول عند حدوث مثل هذه الحالات داخل المدرسة.

واتفقت هذه النتيجة كذلك مع نتائج الدراسة الوصفية التي قام بها كل من "تيرنر" و"سنو" و"بوتيت" (Turner, Snow & Poteat, 1993) حول الإصابات العرضية التي تحدث لدى الأطفال في مراكز الرعاية النهارية ومراكز الرعاية الأسرية، حيث أشارت الدراسة إلى ارتفاع معدل التعرض لتلك الإصابات خاصة بين الأطفال الذكور في المراحل العمرية المبكرة، وقد أرجعت الدراسة هذه النتيجة إلى تدني مستوى التدابير الوقائية التي تلعب دوراً هاماً في تقليل معدل تلك الإصابات، وكذلك إلى قلة خبرة الأفراد العاملين في تلك المراكز في تجنب حدوث تلك الإصابات و منع تكرارها، أو حتى في كيفية إجراء التدخلات الصحية الطارئة عند حدوث تلك الإصابات.

كما وافقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كل من "بيشوب" و "بواق" (Bishop & Boag, 2006) حول معرفة المعلمين وتوجهاتهم نحو الطلبة المصابين بالصرع، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أنه وبالرغم من توجهات المعلمين الإيجابية نحو الطلبة المصابين بالصرع إلا أن معلوماتهم حول هذا الاضطراب وأثره على العملية التعليمية وكيفية التصرف حال حدوث النوبة الصرعية داخل الغرفة الصفية لا تزال ضعيفة وغير كافية للتعامل مع هذا الاضطراب بفاعلية.

وكذلك هو الحال بالنسبة للنتيجة التي تشير إليها الدراسة الحالية حول ضعف معرفة المعلمين بالمضامين النفسية والتربوية لمعاناة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية من الاضطرابات الصحية المختلفة، وأثر تلك الاضطرابات في قدرة الطلبة على الاستفادة من البرامج التربوية الموجهة إليهم والمرجو منهم تحقيق أهدافها. وهذه النتيجة كذلك جديرة بالاهتمام، فلعل هذا الضعف يعود إلى ندرة الدراسات التي استهدفت هذا الموضوع وخاصة الأدبيات العربية، على الرغم من خوض الأدبيات الغربية كثيراً فيها، وعلى وجه الخصوص تلك الفترة التي كان يتلقى فيها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الخدمات ضمن مراكز الإقامة الدائمة أو المراكز النهارية قبل التوجه نحو عملية الدمج الشامل في المدارس العادية. وقد تطرقت تلك الدراسات إلى هذا الموضوع من خلال التأكيد على العلاقة الوثيقة بين الصحة والتعليم، والأثر الذي يمكن أن تتركه الاضطرابات الصحية في قدرة الأفراد ذوي الإعاقة بشكل عام وذوي الإعاقة العقلية بشكل خاص على التعلم، وهذا ما قاد تلك الدراسات إلى البحث في الأبعاد التربوية والنفسية لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية المختلفة وأهمية إدراك المعلم لتلك الأبعاد وتضمينها في أهدافه التربوية. ونظراً لمحدودية المعرفة المتوفرة حول موضوع المضامين التربوية للاضطرابات الصحية، فإن الضعف في معرفة المعلمين حول هذا الموضوع

قد يكون متوقعاً ، وهذا ما أكدته نتيجة الدراسة المسحية التي قام بها كل من " تاراس و بوتس- داتيماس" (Taras & Potts-Datema, 2005) حول الأمراض الصحية المزمنة وعلاقتها بأداء الطالب في المدرسة، والتي أشارت إلى وجود اتجاهات إيجابية لدى المعلمين نحو الطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، فقد أشار (٠,٦٦) من المعلمين إلى معاناة هؤلاء الطلبة من صعوبات أكاديمية تؤثر في مستوى تحصيلهم الأكاديمي، ولم تكن تحفظات المعلمين حول أداء هؤلاء الطلبة عائدة فقط إلى الصعوبات الأكاديمية التي يواجهونها بسبب المرض، بل لاعتقاد هؤلاء المعلمين أنهم يفتقدون إلى الوقت والخبرة اللازمة لتوفير الرعاية الصحية للطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، حيث أشارت الدراسة إلى أن أكثر من ربع هؤلاء المعلمين يشعرون أن الطلبة الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة قد يموتون داخل غرفة الصف. إضافة إلى ذلك فقد عبر العديد من هؤلاء المعلمين عن رغبتهم في تعلم المزيد عن الاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي قامت بها "شوي" (Shui, 2001) والتي هدفت إلى تسليط الضوء على الحاجة الماسة إلى التعرف على التحديات التربوية التي يواجهها الطلبة ذوو الإعاقات والاضطرابات الصحية المزمنة ومعلومهم، حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الطلبة ذوي الاضطرابات الصحية المزمنة معرضون إلى خطر الفشل المدرسي بشكل كبير إذا لم يتم أخذ عامل تكيفهم النفسي مع اضطراباتهم الصحية بعين الاعتبار من قبل معلمهم وزملائهم والأفراد الآخرين ضمن البيئة المدرسية. إضافة إلى ذلك فإن الخدمات المساندة التي يمكن أن يقدمها كل من المعلمين والزملاء والأفراد الآخرين في المدرسة يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تنمية مفهوم الذات لدى هؤلاء الطلبة، إضافة إلى تكيفهم مع الضغوط الجسدية والنفسية التي تفرضها الإعاقة عليهم، وكذلك التركيز على أهمية تلقي معلمي

الطلبة ذوي الاضطرابات الصحية المزمنا لدورات متخصصة قبل وأثناء الخدمة حول الأبعاد الجسدية والنفسية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة المعاقون وأثرها في تحصيلهم الأكاديمي، وقدرة المعلم على تكييف الأهداف التربوية لتلائم والضغط التي تفرضها الإعاقة على أدائهم وقدرتهم على تحقيق الأهداف المرجوة.

وانسجمت نتيجة هذه الدراسة مع المقالة التي نشرها كل من "بوسش و رينغدول (Bosch & Ringdhal, 2001) بعنوان " التحليل الوظيفي للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية"، حيث تناول الباحثان مشكلة إيذاء الذات المنتشرة بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وقد قام الباحثان بدايةً بتعريف عملية التحليل الوظيفي على أنها عبارة عن " تقييم لوظائف سلوكيات معينة"، فالتحليل الوظيفي لا يقتصر على السؤال عن ماهية السلوك، بل يتعدى ذلك ليسأل عن سبب قيام الطفل بهذا السلوك. وقد أشار الباحثان إلى أن هذا النوع من التقييم قد تم إدراجه ضمن التعديلات التي أجريت على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (Individuals with Disabilities Educational Act, 1997) والمتعلق بقيام بعض الطلبة ذوي الإعاقة بأنواع معينة من السلوكيات اللاتكيفية داخل غرفة الصف. ففي حالة القيام بسلوك إيذاء الذات مثلاً، فإن حدوث هذا السلوك ضمن الموقف التعليمي يتطلب إجراء تقييم وظيفي لهذا السلوك. ثم انتقل الباحثان للحديث عن الاعتبارات الطبية التي يجب مراعاتها عند إجراء التحليل الوظيفي لسلوك إيذاء الذات، فقد أشارا إلى أن هذا التحليل قد يُظهر أن حدوث سلوك إيذاء الذات لدى هذا الطفل قد يكون نتيجةً لمعاناته من اضطراب صحي ما، كشعور الطفل ذو الإعاقة العقلية بالألم شديد في فمه أو بطنه مما يدفعه للقيام ببعض سلوكيات إيذاء الذات غير المبررة كوسيلة لتكيفية للتعبير عن الألم الذي يعاني منه. وهذا ما أكدته نتيجة الدراسة التي أجراها كل من "بوسش، وفاندايك، وسميث، وبولتون" (Bosch, VanDyke, Smith & Poulton, 1997) على

(٢٥) طفلاً معاقاً عقلياً ممن يعانون من سلوك إيذاء الذات، حيث وضحت الدراسة أن ظهور هذا السلوك لدى سبعة من هؤلاء الأطفال كان نتيجةً لشعورهم بالضيق والألم الحاد الناجم عن إصابتهم بالاضطرابات الهضمية.

وفيما يتعلق بمدى وعي معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة وأهم الأعراض السلوكية والجسمية لها، فإن تطوير هذه المعرفة يلعب دوراً أساسياً في قدرة المعلم على الكشف عن تلك الاضطرابات في مرحلة مبكرة وكيفية التعامل معها حال حدوثها، ومراعاة أثر إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بهذه الاضطرابات في قدرتهم على تحقيق الأهداف التربوية المرجوة منهم. وكما يلاحظ من نتائج الدراسة الحالية فإنه على الرغم من الضعف الواضح في معرفة المعلمين حول هذين البعدين، إلا أنها كانت أفضل من معرفتهم بالأبعاد السابقة، ولعلنا يمكن أن نعزو هذه النتيجة إلى المعلومات التي من الممكن أن يكون قد تلقاها المعلمون أثناء سنوات دراستهم المدرسية أو الجامعية حول الاضطرابات الصحية بشكل عام، وأن المعرفة بهذه المعلومات لا تستدعي منهم القيام بإجراءات أو تدخلات كما هو الحال في الأبعاد التي تناولت معرفة المعلمين بالتدخلات الطبية الطارئة والمضامين النفسية والتربوية التي اتسمت بالضعف الشديد. وقد اتفقت النتيجة السابقة مع نتائج الدراسة التي قام بها " وولدرز" ورفاقه (Walders et all. 2004) إلى انخفاض مستوى معرفة العاملين ضمن برنامج (Head Start) باضطراب الربو (الأزمة التنفسية)، حيث عبّر العديد من العاملين ضمن هذا البرنامج عن عدم جاهزيتهم للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب الربو وأن أكثر من نصف هؤلاء الأفراد لم يتلقوا تدريباً حول كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال.

واتفقت كذلك مع نتائج الدراسة التي قام بها "موكرجي" ورفاقه (Mukherjee et al. 2000)

التي هدفت إلى البحث في إمكانية دمج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة والذين يعانون من

اضطرابات صحية مزمنة في المدرسة العادية وما يعنيه ذلك للمعلم. وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها : ضرورة تزويد المعلم بالمعلومات المتعلقة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة. والتأكد من تداول هذه المعلومات بين الأفراد العاملين في المدرسة. إضافة إلى أهمية توفير الدعم النفسي والانفعالي لهؤلاء الطلبة، وزيادة القدرة على توفير مصادر الدعم الخارجي لهؤلاء الطلبة.

وقد أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تعود إلى متغير الجنس. ولعلنا يمكن أن نعزو هذه النتيجة إلى عدم وجود اختلاف في الخبرات السابقة التي يمكن أن تكون لدى المعلمين حول الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، سواء كان هؤلاء المعلمون ذكورا أم إناثا، وقد اختلفت هذه النتيجة جزئياً مع نتائج الدراسة العربية التي قام بها الناصر (Alnasir, 2004) حول معرفة معلمي المدارس البحرينية بمرض الأنيميا المنجلية، حيث أشارت إحدى نتائجها إلى أن المعلمات كانت لديهن معرفة أفضل بمرض الأنيميا المنجلية من المعلمين.

واختلفت كذلك جزئياً مع نتائج الدراسة التي قام بها الناصر (Alnasir, 2004 a) كذلك حول معرفة المعلمين في المدارس البحرينية باضطراب الربو، والتي أشارت إلى أن مستوى معرفة كل من المعلمات الإناث والمعلمين غير المتزوجين باضطراب الربو كانت أفضل من مستوى معرفة باقي معلمي تلك المدارس.

واختلفت كذلك جزئياً مع نتائج الدراسة التي قام بها الناصر (Alnasir, 2004 b) حول تقييم معرفة معلمي المدارس البحرينية باضطراب السكري، حيث أشارت إحدى نتائجها إلى أن

كلاً من ( المعلمون المتزوجون، ومعلمو المدارس الابتدائية، والمعلمات الإناث) كانت لديهم مستويات معرفة أفضل بالسكري من المعلمين الآخرين.

ويرجع الاختلاف الحاصل مع النتائج السابقة إلى كثرة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وارتباطها بشكل كبير مع المتلازمات التي يعانون منها وتنوعها، وهي بذلك تختلف عن طبيعة الاضطرابات الصحية التي يكثر انتشارها بين الطلبة العاديين الذين تناولتهم الدراسات السابقة والتي بطبيعتها لا تختلف بشكل كبير عن الاضطرابات الصحية التي يمكن أن يعاني منها أبناء المعلمين في المدارس العادية والتي تتحمل الإناث الجزء الأكبر من مسؤولية العناية بها وخاصة في مجتمعاتنا العربية، لذا كانت معرفة المعلمات الإناث أفضل. أما فيما يتعلق بالاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية فإنها قد تكون مختلفة نوعاً ما، وبالتالي لا يوجد هناك فرق في مستوى المعرفة بين المعلمين الذكور والإناث.

وكذلك أشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية تعود إلى متغير تلقي المعلمين لدورات سابقة في الصحة. وهذا يقود إلى الاستنتاج بأهمية إجراء دورات تثقيفية وتدريبية حول الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية المعاقين وأثر هذه الدورات في رفع مستوى وعي المعلمين بهذه الاضطرابات.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة التي قام بها "بوين" (Bowen, 1996) في عدم وجود إستراتيجية تدريبية أو تعليمية واضحة للمعلمين حول كيفية التعامل مع الاضطرابات الصحية الطارئة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، إضافة إلى رغبة المعلمين في تلقي الدورات التدريبية في كيفية التعامل مع هذه الحالات.

وانسجمت كذلك مع نتائج الدراسة التي قام بها "جونسون" ورفاقه (Johnson et al. 1988) حول الحاجة إلى تقييم قدرة المعلم حول كيفية إدارة تعليم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات صحية مزمنة، حيث أشار (٣٨%) من المعلمين الذين تم تطبيق الدراسة عليهم إلى تلقيهم دورات تدريبية حول الاضطرابات الصحية المزمنة، وأن (٧%) منهم أشاروا إلى أن المعلومات التي لديهم حول كيفية التعامل مع الاضطرابات الصحية المزمنة تعد كافية. كما أشار المعلمون إلى أن الآباء يشكلون أهم مصدر للمعلومات حول وضع الطالب الصحي، كما قام المعلمون بالإشارة إلى العديد من القضايا الهامة في إدارة تعليم الأطفال من حيث المعلومات التي يجب أن يكون المعلم على دراية وعلم بها، وأن تحضير المعلم وتجهيزه جيداً بالمعرفة يعد حاجة ملحة.

### ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة التجريبية

قامت الدراسة باختبار الدلالة الإحصائية للفروق في مستوى أداء المعلمين بين كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على اختبار " معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية " ومجالاته الفرعية: التدخلات الطبية الطارئة، وطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والمضامين النفسية والتربوية لإصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية، حيث قام الباحث باستخراج المتوسطات المعدلة لأداء المعلمين في كلا المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار الكلي ومجالاته الفرعية الأربعة، والتي أشارت إلى وجود فروق ظاهرية بين كل من المجموعة التجريبية والضابطة، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة  $(\alpha \geq 0,05)$  فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك للاختبار البعدي، والذي أشار إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على



اختبار " معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية " وكافة مجالاته الفرعية بين المعلمين في كل من المجموعة التجريبية والضابطة، وأن هذه الفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية.

وقد ترجع فاعلية البرنامج وتأثيره الإيجابي إلى المعلومات والخبرات التي قام البرنامج بتقديمها للمعلم، وهذا يرجع إلى أن البرنامج التدريبي قد صمم بحيث يتطرق محتواه إلى أهم الاضطرابات الصحية التي يمكن أن يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية، وأهم التدخلات الصفية التي يمكن للمعلم القيام بها للوقوف دون حدوث هذه الاضطرابات أو منع تدهور حالتهم الصحية، إضافة إلى معالجته للقضايا التربوية المرتبطة بطبيعة الاضطرابات الصحية التي يعاني منها هؤلاء الطلبة.

وربما ترجع فاعلية البرنامج أيضاً إلى الأساليب التدريبية المستخدمة فيه مثل: العصف الذهني، والمحاضرة، وعمل المجموعات، والمناقشة، وعرض الحالات، والتطبيق العملي، مما أعطى المعلمين فهماً أوضح بطبيعة الاضطرابات الصحية ودورهم في الكشف عنها والحد من تطورها، وأخذها بعين الاعتبار عند بناء الخطط التربوية الفردية.

وقد جاءت هذه النتائج متسقة مع نتائج عدد من الدراسات، ومنها الدراسة التي قامت بها "باريت" (Barrett, 2001) والتي هدفت إلى دراسة درجة معرفة المعلمين ومستوى التوتر الذي يمكن أن يعانون منه عند قيامهم بإجراء التدخلات الطبية الطارئة عند الحاجة إليها داخل المدرسة، وقد تلقى المعلمون بعد ذلك برنامجاً تثقيفياً تم إعداده من قبل مجموعة من الممرضات المدرسيات، حيث أشارت النتائج إلى الأثر الإيجابي الذي تركه البرنامج في قدرتهم على التعامل مع الحالات الصحية الطارئة حال حدوثها وتقليل مستوى التوتر الذي كانوا يعانون منه أثناء التعامل مع مثل هذه الحالات الطارئة.

واتفقت كذلك مع الدراسة التي قام بها "برايس" ورفاقه (Price et all. 2004) حول تطوير المعرفة والثقة بالنفس لدى معلمي الأفراد ذوي الإعاقة في التعامل مع النوبات الصرعية من خلال برنامج تثقيفي، وقد هدفت هذه الدراسة إلى قياس فعالية برنامج تثقيفي تم إعداده من قبل المؤلفين حول النوبات الصرعية وتطوير معرفة معلمي الطلبة ذوي الإعاقة بالنوبات الصرعية وقدرتهم على التعامل معها. ولأغراض الدراسة تم إعداد اختبارين قبلي وبعدي لاختبار فعالية هذا البرنامج حول معرفة هؤلاء المعلمين وقدراتهم فيما يتعلق بالصرع، إضافة إلى تدعيم ثقتهم بأنفسهم حول قدرتهم على التعامل مع النوبات الصرعية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى زيادة معرفة المعلمين باضطراب الصرع وقدرتهم على التعامل مع النوبات الصرعية، إضافة إلى زيادة ثقة هؤلاء المعلمين على التعامل مع النوبات الصرعية بعد تلقيهم للبرنامج التثقيفي.

وتتسم نتائج الدراسة كذلك مع الدراسة التي أجراها "كوبر" ورفاقه (Cooper et all. 2006) والتي هدفت إلى تحديد المكاسب الصحية بعد سنة كاملة من تطبيق برنامج كشفي صحي لتحديد الحاجات الصحية لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أشارت النتائج إلى أن نسبة الكشف عن الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية كانت أعلى بضعفين لدى المجموعة التجريبية - التي تعرضت لبرنامج الكشف الصحي - مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها ذلك البرنامج.

واتفقت كذلك مع الدراسة التي قام بها "قرناندز" ورفاقه (Fernandes et all. 2007) والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى إدراك المعلمين واتجاهاتهم نحو اضطراب الصرع ومقارنة تلك المعرفة قبل وبعد تلقيهم لبرنامج تدريبي بعنوان (الصرع والصحة) وبعد سنتين من تطبيق البرنامج أجري لهؤلاء المعلمين اختباراً بعدياً لتحديد مستوى أدائهم بعد فترة من تلقيهم للبرنامج

التدريبي. إذ أشارت النتائج إلى حصول تطور في مستوى معرفة المعلمين واتجاهاتهم نحو اضطراب الصرع.

## التوصيات

تعد هذه الدراسة واحدة من الدراسات التي قد تكون سابقة لغيرها من الدراسات في ميدان صحة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في الوطن العربي، وما تجدر الإشارة إليه أن هذه الدراسة سلطت الضوء على القصور الواضح في معرفة المعلمين ضمن مراكز التربية الخاصة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الأفراد ذوو الإعاقة العقلية، والحاجة الملحة إلى إيلاء هذه القضية قدرًا من الاهتمام كونها تمس محكاً يعد فاصلاً بين الحياة والموت.

في ضوء النتائج السابق عرضها، والتي تشير إلى تدني مستوى وعي معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بالاضطرابات الصحية التي يعانون منها، تبرز قضية الحاجة إلى بناء برامج تثقيفية وتدريبية تتناول الجوانب الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة بشكل عام والطلبة ذوي الإعاقة العقلية بشكل خاص. وفي ضوء هذه النتائج يمكن التوصية بما يلي :

أولاً: أظهرت نتائج الدراسة الحالية فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية وكيفية التعامل مع تلك الاضطرابات. لذا يمكن الاستفادة من هذا البرنامج التدريبي في مراكز التربية الخاصة التي تقوم على خدمة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، إضافة إلى المعاهد والمؤسسات التعليمية والتدريبية المسؤولة عن إعداد وتهيئة وتدريب معلمي الطلبة ذوي الإعاقة العقلية.

ثانياً: ضرورة إعادة النظر في برامج إعداد معلمي التربية الخاصة في الجامعات والكليات، وذلك بإضافة عدد من المساقات الجامعية التي تعالج قضية الاضطرابات الصحية لدى الطلبة ذوي الإعاقة وكيفية التعامل معها.

ثالثاً: ضرورة زيادة برامج التدريب أثناء الخدمة للعاملين في مؤسسات ومراكز التربية الخاصة التي تعنى بخدمة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية داخل المملكة من خلال عقد دورات تدريبية وورشات عمل تتناول قضية صحة الأفراد ذوي الإعاقة.

رابعاً: التأكيد على حق الأفراد ذوي الإعاقة في الحصول على الرعاية الصحية الملائمة من خلال سن القوانين والتشريعات التي تؤكد على مسؤولية جميع الأفراد العاملين في المراكز والمؤسسات التربوية عن تقديم مثل هذه الخدمات، والانتقال بهذه القوانين إلى حيز التطبيق من خلال تحقيق مبدأ المساواة والمحاسبية حول تطبيقها.

خامساً: القيام بدراسات وبحوث أخرى تتناول الاضطرابات الصحية التي تعاني منها فئات أخرى من ذوي الإعاقة مثل: الإعاقة السمعية، والبصرية، والحركية، وصعوبات التعلم، وإجراؤها ضمن أوضاع تربوية أخرى كأوضاع الدمج التربوي الشامل في المدارس العادية.

سادساً: القيام بدراسات وبحوث أخرى تتناول المعرفة بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الأفراد ذوي الإعاقة العقلية لدى أشخاص آخرين غير المعلمين مثل: أسر الأفراد ذوي الإعاقة، أو الممرضين، أو أخصائيي العلاج الطبيعي والوظيفي.

- إنتهت بحمد الله -

## قائمة المراجع العربية

الخطيب، جمال (٢٠٠٦) مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية، الطبعة الأولى، عمان: دار الشروق.

الروسان، فاروق (٢٠٠٥) مقدمة في الإعاقة العقلية، الطبعة الثالثة، عمان: دار الفكر.

ربابعة، عقلة (٢٠٠٤) دراسة مسحية لمشكلات صحة الفم والأسنان وفاعلية برنامج تدريبي في تحسين صحة الفم والأسنان لدى الأشخاص المعاقين إعاقة عقلية بسيطة في الأردن، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الاردن.

## قائمة المراجع الأجنبية

Akker, M., Maaskant, M. & Meijden, R. (2006). Cardiac diseases in people with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, vol. 50, PP 515-522.

Al-Jundi, S., Al-Waeili, H. & Khairalah, K. (2005). Knowledge and attitude of Jordanian school health teachers with regards to emergency management of dental trauma. **Dental Traumatology**, vol.21, PP 183-187.

Alkhateeb, J., (1993). Medical problems in a sample of children with intellectual impairments in Jordan. **International Journal of Disability, Development and education**, vol. 40, PP 175-180.

Alkhateeb, J., (1995). Epilepsy in a sample of children with intellectual disability in Jordan. **Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities**, vol.20, PP 63-66.

Alnasir, F., (2003). Assessment of diabetic knowledge of the Bahraini school teachers. **Bahrain Medical Bulletin**, vol. 25, PP. 173-178.

Alnasir, F. a, (2004). Bahraini school teacher's knowledge of asthma. **Middle East Journal of Family Medicine**, vol. 2, PP. 34-42.

Alnasir, F. b, (2004). Sickle cell disease: School teacher's knowledge. **Arab Board of Medical Specialization**, vol. 6, PP. 267-274.

American Academy of Pediatrics, (1992). Committee on Pediatric Emergency Medicine Access to emergency medical care. **Pediatrics**, vol.90, PP 640-648.

American heart association. (1951). what the classroom teacher should know and do about children with heart disease. **Journal of Educational Sociology**, vol. 24, PP. 483-490.

Barrett, J., (2001). Teaching teachers about school health emergencies. **Journal of School Nursing**, vol. 17, PP. 316-322.

Bishop, M., & Boag, E., (2006). Teacher's knowledge about epilepsy & attitudes toward students with epilepsy: Results of a national survey. **Epilepsy & Behavior Journal**, vol. 8, PP. 397-405.

Bond, L., Kerr, M., Dunstan, F. & Thapar, A., (1997). Attitudes of general practitioners towards health care for people with intellectual disability and the factors underlying these attitudes. **Journal of Intellectual Disability Research**, vol. 41, PP. 391-400.

Bosch, j., Vandyke, D., Smith, S. & Poulton, S., (1997). Role of medical conditions in the exacerbation of self-injurious behavior: An exploratory study. **Mental Retardation**, vol. 35, PP. 124-130.

Bosch, J. & Ringdahl, J., (2001). Functional analysis of problem behavior in children with mental retardation. **Continuing Education**, vol. 26, PP. 307- 312.

Bowen, C. (1996). Educating teachers in children's illnesses. **Nursing Standard**, vol. 10, PP. 33-36.

Buelow, J., Austin, J., Perkins, S., Shen, J., Dunn, D. & Fastenau, P., (2003). Behavior and mental health problems in children with epilepsy and low IQ. **Developmental Medicine and Child Neurology**, vol. 45, PP. 683-693.

Carr, E. (2006). Classroom interventions for illness-related problem behavior in children with developmental disabilities. **Behavior Modification**, vol. 30, PP. 901-924.

Cooper, S-A., Melville, C., Morrison, J., Finlayson, J., Allan, L., Martin, G. & Robinson, N. (2006). Improving the health of people with intellectual disabilities: Outcomes of a health screening program after 1 year. **Journal of Intellectual Disability Research**, vol. 50, PP. 667-677.

Coulter, L. (1993). Epilepsy and mental retardation: An overview. **American Journal of Mental Retardation**, vol. 98, PP. 1-11.

Councilman, D. (1999). Caring for adults with mental disabilities. **Postgraduate Medicine**, vol.106, PP 181-190.

Deb, S. (2002). Epilepsy in people with mental retardation. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, vol.6, PP 81-96.

Esperat, M., Moss, P., Roberts, K., Kerr, L. & Green, A. (1999). Special needs children in the public schools: Perceptions of School Nurses and school teachers. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, vol. 22, PP 167 – 182.

Fernandez, P., Noronha, A., Araujo, U., Cabral, P., Pataro, R., DeBoer, H., Prilipko, L. & Sander, J. (2007). Teacher's perception about epilepsy. **Arq Neuropsiquiatr**, vol. 65, PP. 28-34.

Gabre, P. & Gahnber, L. (1997). Inter-relationship among degree of mental retardation, living arrangements and dental health in adults with mental retardation. **Special Care Dentist**, vol. 17, PP 7-12.

Gil, A., Gonzalez, A., Dal-Re, R., Dominguez, V., Ortega, P., Barrio, J. & Aguilar, L. (1999). Prevalence of hepatitis (A) in an institution for mentally retarded in an intermediate endemicity area: Influence of age length of institutionalization. **Journal of Infection**, vol. 38, PP. 120-123.



Greydanus, D. & Pratt, H. (2005). Syndromes and disorders associated with mental retardation. **Indian Journal of Pediatrics**, vol.72, PP 859-864.

Hallahan, P. & Kauffman, M. (2004). **Exceptional Learners: Introduction to Special Education**. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Heller, K. & Tumlin, J. (2004). Using expanded individualized health care plan to assist teachers of students with complex health care needs. **The Journal of School Nursing**, vol.20, PP 150-160.

Joanne, S. (1994). What the classroom teacher needs to know about children with chronic medical problems. **Childhood Education**, vol. 20, PP. 40-48.

Johnson, P., Lubker, B. & Fowler, G. (1988). Teacher needs assessment for the educational management of children with chronic illnesses, **The Journal of School Health**, vol. 58, PP. 232-235.

Kastner, T., Walsh, K., Fraser, M. (2001). Undiagnosed medical conditions and medication side effects presenting as behavioral/psychiatric problems in people with mental retardation. **Mental Health Aspects of Developmental Disabilities**, vol.4, PP. 101-107.

Lawson, J. & Schools, G. (1971). A technique for visual appraisal of mentally retarded children. **American Journal of Ophthalmology**, vol.72, PP. 622– 624.

Lee, A., Tsang, K., Lee, S. & To, C. (2000). A “Healthy Schools” Program in Hong Kong: Enhancing positive health behavior for school children and teachers. **Education for Health**, vol.13, PP. 399-304.

Lenz, K. (1999). Medically fragile children in the school setting; the nurse's source book of individualized healthcare plans. **Issues and Applications in School Nursing Practice**, vol.2, PP 65-72.

Lin, J., yen, C., Li, C. & Wu, J. (2005). Patterns of obesity among children and adolescents with intellectual disabilities in Taiwan. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, vol. 18, PP. 123-129.

Lynch, W., Lewis, B. & Murphy, S. (1993). Educational services for children with chronic illnesses: Perspectives of educators and families. **Exceptional Rchildren**, vol. 59, PP. 210-220.

Malville, C., Hamilton, S., Hankey, C., Miller, S. & Boyle, S. (2006). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. **The International Association for The Study of Obesity; Obesity Reviews**, vol.3, PP. 1-8.

Martin, B. (1997). Primary care of adults with mental retardation living in the community. **American Family Physician**, vol.56, PP. 197-208.

McDermott, S., Platt, T. & Krishnaswami, S. (1997) Are individuals with mental retardation at high risk for chronic disease? **Family Medicine**, vol. 29, PP. 429-434.

McDonald, P. (1986). Medical needs of severely developmentally disabled persons residing in the community. **American Journal of Mental Deficiency**, vol. 90, PP. 171-179.

Mukherjee, S., Lightfoot, J. & Sloper, P. (2000). The inclusion of pupils with a chronic health condition in mainstream school: What does it mean for teachers? **Educational Research**, vol. 42, PP. 59-72.

O'Brien, K., Tate, K. & Zaharia, E. (1991). Mortality in a large southeastern facility for persons with MR. **American Journal of Mental Retardation**, vol.95, PP. 397-403.

Price, V., Murphy, S. & Cureton, V. (2004). Increasing self – efficacy & knowledge through a seizure education program for special education teachers. **Journal of School Nursing**, vol. 20, PP. 43-49.

Rimmer, H., Braddock, D. & Fujiura, G. (1994). Cardiovascular risk factor levels in adults with intellectual disabilities. **American Journal of Mental Retardation**, vol. 98, PP. 510–18.

Rogers, B., Stratton, P., Msall, M., Andres, M., Champlain, K. & Koerner, P. (1994). Long-term morbidity and management strategies of tracheal aspiration in adults with severe developmental disabilities. **American Journal of Mental Retardation**, vol.98, PP 490-498.

Rubin, L. & Crocker, C. (1989). **Developmental disabilities; Delivery of medical care for children and adults**. Third edition. Philadelphia, Lea and Febiger.

Ruddick, L. (2005). Health of people with intellectual disabilities: a review of factors influencing access to health care. **British Journal of Health Psychology**, vol.10, PP 559-570.

Seidenberg, M., Beck, N. & Geisser, M. ( 1986). Academic achievement of children with epilepsy. **Epilepsia**, vol. 27, PP 753-759.

Shui, S. (2001). Issues in the education of students with chronic illness. **International Journal of Disability; Development and Education**, vol. 48, PP. 269-281.

Silver, R. (1999). A student emergency: Helping school staff cope. **Journal of School Nursing**, vol. 15, PP. 28-31.

Smith, C., Decker, A., Herberg, N. & Rupke, K. (1969). Medical needs of children in institutions for the mentally retarded. **American Journal of Mental Deficiency**, vol. 59, PP. 1376-1384.

Taras, H. & Potts-Datema, W. (2005). Chronic health conditions and student performance at school. **Journal of School Health**, vol. 75, PP. 255-266.

Thies, K. (1999). Identifying the educational implications of chronic illness in school children. **Journal of School Health**, vol.69, PP. 392-397.

Turner, T., Snow, C. & Poteat, G. (1993). Accidental injuries among daycare centers and family daycare homes: Brief report. **Children's Health Care**, vol. 22, PP. 73-79.

Van Schroyen Lantman-de valk, H. (2005). Health in people with intellectual disabilities: Current knowledge & gaps in knowledge. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, vol. 18, PP. 325-333.

Van Schroyen Lantman-de valk, H., Metsemakers, J., Haveman, M., & Crebolder, H. (2000). Health in people with intellectual disability in general practice: A comparative study. **Family Practice**, vol. 17, PP. 405-407.

Walders, N., McQuaid, E. & Dickstein, S. (2004). Asthma knowledge, Awareness, and training among head start and early head start staff. **Journal of School Health**, vol. 74, PP. 32-34.

Wang, K., Hsieh, K., Heller, K., Davidson, P. & Janicki, M. (2006). Career reports of health status among adults with intellectual /developmental disabilities in Taiwan living at home and in institutions. **Journal of Intellectual Disability Research**, vol. 41, PP. 42-51.

Warburg, M. (2001). Visual impairment in adult people with moderate, severe, and profound intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, vol.45, PP 424-438.

Wright, W., Valente, M. & Tarjan, G. (1962). Medical problems on a ward of a hospital for the mentally retarded. **American Journal of Disease of Children**, vol. 104, PP. 64-70.

ملحق ١. البرنامج التدريبي بعنوان " تطوير معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية التي يعاني منها الأفراد المعاقون عقلياً "

أهم الاضطرابات الصحية التي قد يعاني منها الطلبة ذوو الإعاقة العقلية

## السكري

وهو أحد الأمراض المزمنة التي تحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال. والأنسولين هو هرمون يقوم بتنظيم مستوى السكر في الدم. ويعد ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جراء عدم السيطرة على إفراز هرمون الأنسولين، وقد يؤدي مع مرور الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في الكثير من أعضاء الجسد، وبخاصة في الأعصاب.

### أنواع السكري

- أ. النوع الأول: من السمات التي تميز هذا النوع (الذي كان يُعرف سابقاً باسم السكري المعتمد على الأنسولين أو السكري الذي يظهر في مرحلة الطفولة) قلة إنتاج مادة الأنسولين. ويؤدي هذا النوع إلى وفاة المصاب به بسرعة إذا ما امتنع عن تعاطي الأنسولين يومياً، ومن أعراض هذا المرض كثرة التبول، والشعور بالعطش، والشعور المتواصل بالجوع، وفقدان الوزن، وضعف حاسة البصر، والشعور بالتعب.
- ب. النوع الثاني: يحدث هذا النوع (الذي كان يُسمى سابقاً السكري غير المعتمد على الأنسولين أو السكري الذي يظهر في مرحلة الكهولة) بسبب استخدام الجسم لمادة الأنسولين بشكل غير فعال. والجدير بالذكر أن ٩٠% من حالات السكري المسجلة في شتى أرجاء العالم هي حالات من النوع الثاني، الذي يظهر أساساً جراء زيادة الوزن وقلة النشاط البدني. وقد تكون أعراض هذا النوع مماثلة لأعراض النوع الأول، غير أنها لا تظهر بشكل جليّ في كثير من الأحيان. وعليه قد يُشخص المرض بعد مرور عدة أعوام بالاعتماد على ظهور الأعراض، أي بعد ظهور المضاعفات. وحتى وقت قريب لم تُسجل الإصابة بهذا النوع من السكري إلا بين البالغين فقط، غير أنه بدأ يطل الأطفال السمان كذلك.

## أعراض انخفاض السكر في الدم

هناك نوعان من انخفاض السكر قد يحدث أي منهما للمريض.

أ. **الانخفاض البسيط:** وتكون أعراضه كالتالي:-

- إحساس بالجوع.
- صداع وعدم القدرة على التركيز.
- شعور عام بالقلق وتقلب المزاج.
- اضطراب الرؤية والزلغلة وتتميل حول الفم.
- عرق غزير.
- رعشة وإحساس بقشعريرة.
- سرعة دقات القلب.

ب. **الانخفاض الشديد:** وتكون أعراضه بالإضافة إلى ما سبق:-

- الشعور بعدم التوازن.
- آلام بالبطن.
- التهيج والعدوانية.
- الذهول وصعوبة النطق.
- تشنجات خصوصاً في الأطفال.
- وفي النهاية فقدان الوعي.

المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد بالسكري:

١. كثرة التبول وخاصة في الليل.
٢. العطش أو الجوع الشديدين وبالتالي الأكل والشرب بكثرة.
٣. الإعياء العام والتعب.
٤. يأكل كثيراً لكنه يفقد الوزن كثيراً.
٥. المعاناة من اضطرابات بصرية.
٦. تأخر التئام الجروح وكثرة الإصابة بالالتهابات الفطرية.
٧. الدوخة من حين لآخر.
٨. جفاف الجلد وكثرة الإصابة بالتقرحات الجلدية.

٩. وجود تاريخ اسري للإصابة بمرضى السكري.

### 📖 كيف تعالج الانخفاض في سكر الدم ؟

في حالة الانخفاض البسيط يتم تناول المريض لمكعبين من السكر، أو ملعقتين أو ثلاثة أو ٤ قطع حلوى عصير أو ملعقتين عسل، تكرر المحاولة عند عدم الشعور بتحسن خلال خمس دقائق.

أما في حالة الانخفاض الشديد فيستحسن علاجه بالمستشفى بعد سرعة نقله بواسطة الإسعاف حيث يتم حقنه بهرمون الجلوكاجون ( ١ مج للبالغين ونصف مج للأطفال ) بالعضل مع وضع مكعب سكر تحت اللسان ، وقد يحتاج إلى تعليق جلوكوز بالوريد.



## الغدة الدرقية

تجلس الغدة الدرقيّة في الجهة الأمامية للرقبة أمام الحنجرة .وهي التي تنتج هرمون الغدة الدرقيّة من مادة اليود وبروتين الثيوسين.

### مرض انخفاض هرمون الغدة الدرقية Hypothyroidism

وهو حالة مرضية يكون فيها مستوى هرمون الغدة الدرقية في الدم أقل من المستوى الطبيعي. وتعتبر هذه الحالة من أكثر أمراض الغدة الدرقية شيوعاً بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والمصابين بمتلازمة داون.

وقد يحدث انخفاض هرمون الغدة الدرقية منذ الولادة ( ويسمى انخفاض خلقيّ ) أو قد يحدث في أي عمر (ويسمى انخفاض مكتسب ). ويصعب اكتشاف انخفاض هرمون الغدة الدرقيّة لأن أعراض المرض قد لا تكون واضحة و خاصة عند الأطفال، وهذه الأعراض تشمل بطء في النّموّ، وبطء في اكتساب المهارات العصبية، وزيادة في حجم اللسان، ورخاوة في العضلات، وجفاف في الجلد والإمساك. كما يلاحظ أن هذه الأعراض شائعة عند معظم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وخاصة المصابين بمتلازمة داون. لذا فإنه يوصى بعمل فحص روتيني لمستوى هرمون الغدة الدرقية لكل الأطفال وخاصة المصابين بمتلازمة داون بشكل دوري بحيث يتم إجراء الفحص عند الولادة وعند عمر ٦ شهور وعند إتمام السنة الأولى من العمر ثم يتم الفحص بعد ذلك سنوياً وبشكل منتظم .

### مرض زيادة هرمون الغدة الدرقية Hyperthyroidism

هذه الحالة أقل شيوعاً من حالة انخفاض هرمون الغدة الدرقية Hypothyroidism . وغالباً ما يعود السبب في حدوث هذه الحالة إلى هجوم الأجسام المضادة autoimmune بحيث تؤدي هذه الأجسام المضادة مع جهاز المناعة وبشكل غريب إلى جعل الغدة الدرقية تفرز هرمون الغدة الدرقية بشكل عالي جداً (ويسمى بمرض جريف ). تتضمن الأعراض سرعة في خفقان في القلب، العصبية، التعرق الشديد، ضعف في التركيز والانتباه، الشعور بالسخونة وحب الأجواء الباردة، ويلاحظ في كثير من الأحيان تضخم في حجم الغدة الدرقيّة بشكل ملحوظ.

## المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد بإضراب هرمونات الغدة الدرقية

١. الإعياء الشديد وكثرة النوم.
٢. تقلب المزاج (الهدوء، التوتر، القلق، الإحباط، الهيجان).
٣. ضعف التركيز والانتباه، وكثرة النسيان، وعدم القدرة على التفكير بوضوح.
٤. كثرة فرك العينين.
٥. الرجفة مع صعوبة في المشي.
٦. بروز وتضخم الغدة الدرقية في مقدمة الرقبة.
٧. تضخم الوجه والجفون.
٨. الإمساك.
٩. صعوبة في البلع.
١٠. عدم استقرار ضغط الدم (مرتفع أو منخفض كثيراً) مع الدوخة وضعف نبضات القلب.
١١. آلام في المفاصل والعضلات وخاصة في اليدين والقدمين.
١٢. جفاف الجلد والأظافر واصفرارهما.
١٣. زيادة الوزن بشكل كبير.
١٤. توقف التنفس أثناء النوم.
١٥. زيادة خشونة الصوت.

## الاضطرابات الجلدية

تشير العديد من الدراسات إلى أن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ممن يعانون من محدودية الحركة معرضون لخطر الإصابة بالتقرحات الجلدية وبالتالي فإن على العاملين أن يهتموا بالكشف الدوري على الاضطرابات الجلدية لديهم.

ويعد سلوك خدش الجلد أحد أهم الاضطرابات التي يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، فقد يتطور خدش الجلد لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية إلى درجة حدوث التهابات جلدية في المنطقة الجلدية المخدوشة، أو إلى حدوث ندبة في الجلد أو إلى إصابات أخرى، وتعد عملية متابعة هذا السلوك وتقييم الخدوش في غاية الأهمية.

وبشكل عام يعاني الطلبة ذوي الإعاقة العقلية من العديد من الاضطرابات الجلدية منها :-

- التقرحات الجلدية السريرية.
- الالتهابات الجلدية الفيروسية.
- تشقق الجلد وجفافه.
- الالتهابات الجلدية البكتيرية.
- الأكزيما على اختلاف أنواعها.


### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد بالاضطرابات الجلدية

١. كثرة الحكّة في أجزاء مختلفة من الجسم وخاصة حول المنطقة الشرجية أو العانة.
٢. جفاف الجلد أو تشققه.
٣. ظهور طفح جلدي في أجزاء مختلفة من الجسم وخاصة بعض التعرض للشمس.
٤. الحساسية الجلدية بعد تناول أنواع معينة من الأدوية مثل الأسبرين.
٥. احمرار الجلد في المناطق المصابة.
٦. خروج القشرة من فروة الرأس.
٧. إحمرار وانتفاخ حول أطراف القدم أو اليدين.
٨. اضطراب السلوك عند تغيير وضعية الجلوس دون مساعدة.
٩. ارتداء الملابس الصوفية يزيد من الاضطرابات الجلدية.
١٠. كثرة فرك العينين واحمرارهما.

## اضطرابات العظام والمفاصل

يشكل الهيكل العظمي الدعامة الرئيسية الحاملة لجسم الإنسان والتي تحافظ على بقائه منتصباً، ويقوم الهيكل العظمي كذلك بحماية ما في داخل الجسم من أجزاء حيوية ومهمة مثل الدماغ المحمي داخل الجمجمة القاسية، ومثل القلب والرئة المحميان داخل القفص الصدري. وقد يعاني الفرد المعاق عقلياً من العديد من الاضطرابات المرتبطة بالهيكل العظمي، ومن أهمها -:

- بتر الأطراف: عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم. وقد يكون السبب ولادياً ( الحصبة الألمانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية ) أو مكتسباً (بسبب إصابة خطيرة أو كإجراء جراحي وقائي).
- التهاب العظام: اضطراب عمليات النمو العظمي بسبب الالتهابات والإصابات.
- التهاب المفاصل الروماتيزمي: مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحمى وتيبس خاصة في الصباح.
- انحناءات العمود الفقري : وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والخنف (انحناء العمود الفقري وميلانه) والحدب ( انحناء العمود الفقري إلى الخلف).

 المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد باضطرابات العظام والمفاصل

١. ميل الفرد إلى عدم التنقل كثيراً (مثل الانتقال من السرير إلى الكرسي المتحرك).
٢. اضطراب السلوك وإظهار الانزعاج أثناء التنقل.
٣. تيبس الحركات أثناء النهوض من السرير أو الكرسي.
٤. ظهور اضطرابات سلوكية أثناء الجلوس في وضعية معينة أو حتى عند الاستلقاء على السرير.
٥. الإعياء العام.
٦. التوقف عن المشاركة في النشاطات البدنية التي كان يستمتع في القيام بها سابقاً.
٧. ألم دائم أو متقطع في المفاصل، ويزداد عند القيام بالنشاطات البدنية.
٨. صدور صوت احتكاك أثناء تحريك المفاصل.
٩. محدودية حركة المفاصل.
١٠. تورم على طول العظم أو حول المفاصل.

## اضطرابات البلع والهضم

### اضطرابات البلع Dysphasia or Swallowing Disorder

وهو من الاضطرابات التي يهتم أخصائي علم أمراض النطق واللغة بتقييمها وعلاجها بالتعاون مع أعضاء الفريق الطبي الآخرين، حيث يتم إجراء تقييم اضطرابات البلع ذات المنشأ العصبي، والتي كثيراً ما تنتج عن الجلطة الدماغية التي تسبب تلفاً في المراكز العصبية المخية المسؤولة عن عملية البلع.

وتؤدي اضطرابات البلع إلى حدوث خلل في إحدى مراحل البلع الثلاث، والتي قد تصل في حدتها إلى حرمان الفرد ذي الإعاقة من تناول الطعام عن طريق الفم والاعتماد على أنبوب التغذية الفموية أو المعوية في بعض الأحيان.

### اضطرابات الهضم ( عسر الهضم )

أن حالة عسر الهضم هي لفظ عام يطلق على الإشكاليات الناتجة عن تناول الطعام وما يترتب عليه من أمراض مزعجة، حيث يشعر المريض بتعب في الجزء الأعلى من المعدة، أو حموضة شديدة في معدته، أو وجود غازات وتعب عام، وفقدان الشهية، وقد تكون مؤشراً لوجود أمراض أخرى مرتبطة بالحالة، إلا أن هذه الحالة غالباً ما تنتج عن التهاب في غشاء المعدة المخاطي.

وتعود الأسباب المباشرة لهذا النوع من المرض إلى الأكل بشراهة ونهم، وكثرة تناول الطعام قبل النوم مباشرة. وفي حال تغيرت نوعية عسر الهضم وتوقيت حدوثها وملازمتها للمريض فأن ذلك يشير إلى إصابته بأمراض أخرى مثل الفتق الفوهي في فم المعدة المرتبط بالمريء أو وجود مشاكل في المرارة والإثني عشر.

### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد باضطرابات البلع والهضم

١. اضطراب السلوك عند اقتراب موعد تناول الطعام.
٢. رفض تناول الطعام.

٣. استغراق الفرد مدة طويلة في تناول وجبته الغذائية (أكثر من نصف ساعة).
٤. تفضيل الفرد تناول الأطعمة المهروسة.
٥. كثرة السعال والتقيؤ وثني الرقبة وانحناؤها أثناء تناول الفرد المصاب للطعام.
٦. تخزين الطعام في الفم أو سقوط الطعام من فمه كثيراً أثناء تناول الطعام.
٧. محاولة وضع اليد في الفم أثناء تناول الطعام.
٨. خروج رائحة كريهة من الفم.
٩. كثرة القيء والمراجعة (إذا كان القيء داكناً يجب استدعاء الطبيب فوراً).
١٠. كثرة الإصابة بالتهابات الفم والأسنان.
١١. انتفاخ البطن كثيراً وإخراج ريح ذو رائحة سيئة جداً.
١٢. نقصان الوزن.
١٣. كثرة الإصابة بالتهابات الحلق، وذات الرئة، والربو، والتهابات الجيوب والأنف.
١٤. غالباً ما يلاحظ وجود طعام ممضوغ أو قيء على المخذة صباحاً.
١٥. كثرة الإصابة بالتهابات اللثة وتكسر طبقة المنيا عن الأسنان وخاصة الأضراس الخلفية.

وهو حالة يكون فيها البراز جاف وسميك أو قاسي(صلب) مصحوب بمضايقة أو ألم عند التبرز. ويعود السبب المباشر للإمساك إلى عدم وجود نسبة كافية من الماء في البراز. ويحدث هذا الأمر عادةً لأن الغذاء الذي يتناوله الفرد لا يحتوي على عناصر كافية لحفظ الماء داخل الأمعاء (كالألياف)، أو لأن البراز يمكث لوقت طويل داخل المستقيم (الجزء الأخير من الأمعاء الغليظة) فيسمح للأمعاء بامتصاص معظم الماء الموجود داخل الفضلات (البراز) فينتج عنده براز جاف قاسي.

ولدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية عاملان مهمان يزيدان من فرصة إصابتهم بالإمساك أكثر من غيرهم من الأطفال:

١- ارتخاء العضلات الأمعاء(مثل الارتخاء الذي تلاحظه عليهم عند حملهم).

٢- بطء في حركة وانقباضات الأمعاء، وتأخر خروج الفضلات من الأمعاء مما يسمح بامتصاص الكثير من السوائل الموجودة في البراز وبالتالي تيبس البراز وتصلبه، وإذا لم تعالج هذه الحالة فإن الإمساك قد يؤدي إلى حدوث ما يلي:

(١) الإصابة بجروح (تشقق) في فتحة الشرج، فيكون التبرز مؤلماً وقد يظهر دم على ورق التنظيف أو على المرحاض، وفي العادة لا يختلط الدم بالبراز بل يغطيه.

(٢) احتباس البراز في المستقيم.

(٣) توسع في المستقيم يؤدي إلى ضعف الإحساس بوجود البراز في المستقيم فتقل الرغبة في التبرز. فإذا وصل الأمر إلى هذا المستوى تضعف العضلات والصمامات التي تتحكم بعضلات فتحت الشرج (العضلات القابضة) فينتج عنه تبرز لاإرادي، ويتبرز الطفل على نفسه من دون شعور.

### المؤشرات السلوكية العامة لإصابة الفرد بالإمساك

١. اضطراب سلوك الفرد عند اقتراب موعد التبرز.
٢. تحسن السلوك لمدة يوم أو يومين بعد حدوث التبرز، ومن ثم يصبح السلوك أكثر سوءاً مع اقتراب موعد التبرز مرة ثانية.
٣. يكون معدل مرات التبرز أقل من (٢ - ٣) أسبوعياً.
٤. عدم انتظام حركة الأمعاء.
٥. محاولة إدخال اليد إلى منطقة الشرج ووضع البراز على الحائط أو الأشياء القريبة.
٦. القيء مع انعدام الشهية.
٧. شرب كميات قليلة من السوائل.
٨. الرغبة في التخلص من الحزام حول الخصر أو حتى الملابس الضيقة حول البطن.
٩. عند حدوث حالة التبرز تخرج كميات كبيرة من البراز تؤدي إلى انسداد المجاري.
١٠. يكون لون البراز أسود قاتم.
١١. كثرة انتفاخ البطن وتحجره كذلك.
١٢. حدوث نزيف شرجي.



## اضطرابات الفم والأسنان

كما هو الحال في العديد من الاضطرابات فأن الاضطرابات والمشاكل الفموية تترك آثاراً سيئة جداً على حياة الأفراد، وتعد أحد أهم المشكلات الثانوية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية والتي تؤثر على أدائهم للنشاطات اليومية المختلفة، إذ تؤدي الإصابة بها إلى حدوث صعوبات في تناول الطعام، واضطراب في النطق، وألم يصاحبه اضطراب في السلوك، والتغيب عن المدرسة، إضافة إلى حدوث اضطرابات في النوم. ويعد تسوس الأسنان أو نخرها أحد أهم اضطرابات الفم والأسنان التي تصيب الأنسجة الصلبة من السن، ويحدث تسوس الأسنان نتيجة اجتماع العوامل الثلاثة التالية ( السن والبكتيريا والسكر)، حيث يؤدي اجتماعها إلى تكوين فجوات في الأسنان وهدم بنية السن الخارجية والوصول إلى لب السن ومن ثم فقدان هذا السن. وتعد أمراض اللثة كذلك أحد أهم اضطرابات الفم والأسنان، حيث تبدأ الإصابة بها من خلال تكون غشاء لزج حول أعناق الأسنان تعيش فيه ملايين الجراثيم، وتؤدي زيادة تراكمه إلى حدوث تهيج في اللثة وتورمها وتلف في أنسجتها، ومن ثم ينتقل هذا الالتهاب إلى الأنسجة العظمية المحيطة بالأسنان مؤدية إلى تخلخل تلك الأسنان ومن ثم انخلاعها .

### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد باضطرابات الفم والأسنان

١. إمساك الفك باليد.
٢. تجنب تناول الطعام سواء كان بارداً أم حاراً، مهروساً أم صلباً.
٣. قلة نظافة الفم، وخروج رائحة كريهة منه، وازدياد عدد النخور السيئة.
٤. نزيف اللثة أو احمرارها إضافة إلى جفاف الفم.
٥. فقدان عدد من الأسنان أو عدم نموها بشكل صحيح.
٦. ظهور بقع بيضاء أو حمراء داخل الفم، وهذا يدل على وجود تقرحات في الفم أو على الشفاه يحتاج علاجها إلى وقت طويل نسبياً.
٧. نقص الوزن نتيجة شعور الفرد بالألم أثناء المضغ أو البلع.
٨. عدم القدرة على فتح الفم كما هو معتاد.
٩. خدران الفم أو المنطقة الوجهية القريبة منه.
١٠. تضخم الغدد الليمفاوية.
١١. عدم القدرة على التركيز نتيجة للألم.

## التهابات المسالك البولية

تعد التهابات المسالك البولية من الأمراض الكثيرة الانتشار التي تصيب الأفراد في مختلف الأعمار، وتصيب الإناث بشكل أكبر من الذكور، والجدير بالذكر أن البول الطبيعي يحتوي على سوائل وأملاح ومخلفات الجسم، وهو خال تماماً من البكتيريا والفيروسات والفطريات، ولعل أكثر أسباب الإصابة بالتهابات المسالك البولية هو البكتيريا، والتي تصل إلى الجهاز البولي عبر عدة طرق منها: الدم، أو الجهاز الليمفاوي، أو عن طريق فتحة بين الأمعاء والمثانة البولية والتي تحدث نتيجة لبعض الأمراض أو العمليات الجراحية، ومن الممكن أن تصل البكتيريا إلى المسالك البولية بشكل مباشر صعوداً عبر الإحليل، وهي الطريقة الأكثر شيوعاً لانتقال البكتيريا. وبالتالي فإن الذي يؤدي إلى التهاب المسالك البولية هو البكتيريا الطبيعية التي تعيش في القولون، والتي تلتصق عادة في الفتحة الخارجية لمجرى البول، فتتكاثر هذه البكتيريا مسببة في حدوث التهاب المثانة البولية، وقد يصاب الفرد في بعض الأحيان بالتهاب المسالك البولية من دون وجود سبب واضح للطبيب، ومن أهم تلك الأسباب :-

١- وجود عيوب خلقية في المسالك البولية، مثل العيب الخلفي الموجود بين المثانة والحالب، والذي يسبب رجوع البول بدرجات متفاوتة إلى الحالب ومن ثم إلى الكلى، وفي الحالات المتقدمة يؤدي ذلك إلى حدوث التهابات بولية متكررة وفشل كلوي إذا لم يعالج مبكراً، ومن المهم اكتشاف هذا المرض وعلاجه مبكراً لدى الأطفال لأنه كما ذكرنا سابقاً قد يؤدي إلى حدوث مضاعفات شديدة.

٢- انسداد المسالك البولية، فقد تؤدي الالتهابات البولية المتكررة إلى حدوث ضمور بالكليّة والفشل الكلوي. وقد يحدث الانسداد نتيجة لتكون حصوات الكلى، أو وجود عيوب خلقية في المسالك البولية مؤدية إلى الضغط على الحالب أو المثانة وبالتالي حدوث التهابات بولية.

٣- الإصابة بمرض السكري، فهؤلاء المرضى غالباً ما يكونون عرضة لالتهابات المسالك البولية البكتيرية والفطرية المتكررة.

📖 ما هي أعراض التهابات المسالك البولية ؟

قد يشكو المريض من الأعراض الآتية:

١. شعور المريض بألم في منطقة الظهر أو الخاصرة، وخاصة إذا كان الالتهاب يصيب الجزء العلوي من المسالك البولية.
٢. شعور المريض بحرقة أثناء التبول وكثرة الإحساس بحاجة للتبول ولكن عند ذهابه لدورة المياه للتبول فإنه يجد صعوبة في التبول والذي يكون على شكل قطرات من البول.
٣. تغير لون البول بحيث يصبح معكراً أو محمراً نتيجة لاحتوائه على الدم أو الصديد.
٤. ارتفاع في درجة الحرارة.

### ما هي مضاعفات التهابات المسالك البولية المتكررة؟

إذا كان التهابات بولية متكررة لم تعالج فهذا قد يؤدي إلى :

١. حدوث فشل كلوي مزمن وضمور الكلوي.
٢. قد يؤدي إلى حدوث انسداد بالمسالك البولية مما قد يؤدي إلى حدوث التهابات جديدة أخرى.
٣. التهابات الكلية المزمنة قد تؤدي إلى حدوث ارتفاع في ضغط الدم.

### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد بالتهابات المسالك البولية

١. اضطراب سلوك الفرد قبل أو أثناء أو بعد القبول بفترة قصيرة.
٢. الإكثار من التبول بالرغم من عدم امتلاء المثانة.
٣. صعوبة في التبول.
٤. السلس البولي.
٥. عدم القدرة على تنظيف منطقة العامة بشكل جيد.
٦. ظهور علامات الارتباك والتوتر على الفرد.
٧. شعور الفرد بحرقة أثناء أو بعد التبول.
٨. رائحة البول تكون سيئة جداً وغريبة، وإذا كان لون البول قاتماً فذلك يدل على إختلاطه بالدم.
٩. ظهور أعراض الإعياء الشديد والتقيؤ والتعرق من دون وجود سبب ظاهر.
١٠. عدم استقرار درجات الحرارة وانعدام الشهية والضعف العام في النمو.

## اضطرابات القلب والأوعية الدموية

تكثر الاضطرابات القلبية الوعائية بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. كما تعد أحد أهم أسباب الوفيات لديهم، فهي المسؤولة عن (٣، ١٠-٥٠%) من نسبة وفيات الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، وتزداد نسبة الإصابة بالاضطرابات القلبية بين الطلبة المصابين بمتلازمة داون لتصل إلى خمس أضعاف معدل انتشارها بين الطلبة غير المعاقين. ومن أبرز الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية ما يلي:

- أمراض القلب التاجية- أمراض تصيب أوعية الدم التي تغذي عضلة القلب.
- الأمراض الدماغية الوعائية- أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الدماغ.
- الأمراض الشريانية المحيطية- أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين والساقين.
- أمراض القلب الروماتزمية- أضرار تصيب العضلة القلبية وصمامات القلب جراء حمى روماتزمية ناجمة عن جراثيم العقديات.
- أمراض القلب الخلقية- تشوهات قلبية تُلاحظ عند الولادة.
- انسداد الأوردة الرئوية أو أوردة الساقين- جلطات دموية التي تظهر في أوردة الساقين وتنتقل إلى القلب أو الرئتين.

## المؤشرات السلوكية والجسمية لإصابة الفرد باضطرابات القلب والأوعية الدموية

١. تكون النشاطات البدنية الروتينية مجهدة للفرد.
٢. إعياء غير اعتيادي بعد القيام بأي نشاط بدني.
٣. التوتر أو الخوف الشديد دون وجود سبب واضح.
٤. يصبح الفرد أقل نشاطاً أكثر فأكثر.
٥. شعور الفرد بآلام شديدة في القدم بعد المشي مسافة قصيرة.
٦. في بعض الأحيان يعاني الفرد من صعوبة في المشي أو الكلام.
٧. السعال الشديد أو الصعوبة في النقاط الأنفاس أثناء النوم.
٨. الارتباك والتوتر في بعض الأحيان .
٩. الدوخة والإغماء أو حتى السقوط في بعض الأحيان.
١٠. اصفرار الجلد وكثرة التعرق.
١١. الميل نحو تناول الأشياء القريبة فقط.

## عوامل أخرى

١. وجود تاريخ أسري للإصابة بإضرابات القلب والأوعية الدموية.
٢. الإصابة بارتفاع ضغط الدم إذا ارتفع الكولسترول أو السكري.
٣. ارتخاء عام في عضلات الوجه.
٤. قصور في التنفس.
٥. آلام في المفاصل والرقبة والكتفين إضافة إلى اضطراب في حركة الذراعين خاصة بعد إجراء التمارين الرياضية أو التعرض إلى البرودة، وهذه الأعراض تزول عادة بعد الاستراحة.
٦. السمنة وخاصة في منتصف البطن.
٧. انتفاخ الرجلين أو القدمين.
٨. سعال جاف في الليل.

## الاختناق أثناء النوم

تعد مشاكل التنفس من الأمور الشائعة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بشكل عام وعند الأطفال المصابين بمتلازمة داون بشكل خاص. ويقصد بالاختناق عدم وصول الهواء إلى الرئتين مع وجود حركة للقفص الصدري لسحب الهواء (شهيق)، وقد يكون ذلك نتيجة حدوث انسداد في مجرى التنفس وعدم دخول الهواء إلى الرئتين. وعادة ما يحدث لدى الأطفال نتيجة لتضخم العقد اللمفاوية في مدخل الحلق أو في سقفه (كاللوزتين).

وتكثر الإصابة بالمشاكل التنفسية عند أطفال متلازمة داون نظراً لمعاناتهم من ارتخاء عام في العضلات، وعضلات مجرى التنفس بشكل خاص بحيث تزيد العضلات غير المشدودة من ضيق مجرى التنفس. إضافةً إلى صغر الفم مما يجعل اللسان يشكل عائقاً آخر يضيق به مجرى التنفس. كما أن تشكيلة الجزء الأوسط من الجمجمة (الذي يشكل جزءاً من مجرى التنفس) المتراجع إلى الداخل يزيد من ضيق مجرى التنفس، فتزيد فرص الاختناق عند حدوث التهاب للحلق واللوزتين. كما أن هنالك أسباباً أخرى للاختناق والتي تسمى بتوقف التنفس المركزي تعود لتوقف مركز التنفس في الدماغ عن إرسال إشارات لعضلات التنفس في القفص الصدري لأخذ نفس (شهيق)، وهذه الحالة عادة ما تحدث لدى الأطفال الخدج (الذين يولدون قبل اكتمال الحمل) أو نتيجة حدوث اضطرابا بات في الدماغ.

### أعراض الاختناق

أهم أعراض الاختناق خلال النوم هو الشخير والنوم القلق وكثرة التقلب في الفراش نتيجة محاولة الطفل أيجاد وضعية مناسبة خلال النوم ليكون مجرى التنفس مفتوحاً. وقد يلاحظ الوالدين نوم الطفل بأوضاع غريبة تتمثل في انحناء الرقبة والرأس إلى الخلف والتنفس بعمق مفتوح. ونتيجة لاضطراب النوم قد لا يأخذ الطفل قسطاً كافياً من النوم فيكون خلال نهاره نعساً وخاملاً بشكل واضح.

### هل هذه الحالة شائعة؟

نعم، فحوالي نصف أطفال متلازمة داون يعانون من شكل أو آخر من مشاكل انسداد مجرى التنفس مما يعرضهم للاختناق المتقطع خلال النوم. وتختلف شدة الاختناق بين طفل وآخر، فقد

تكون عند بعضهم خفيفة وتزيد فقط عند حدوث الزكام والتهاب اللوزتين، وقد تكون عند البعض الأخر شديدة لدرجة قد يحتاج فيها الطفل أن يتم إدخاله إلى المستشفى لإعطائه أوكسجين ولمحاولة تعديل مجرى التنفس بشكل يساعد على تنفس مريح.

### هل الأمر مهم؟


أيضاً نعم، فالطفل لا يتنفس بشكل مريح، وقد يكون مجرى التنفس ضيقاً بشكل شديد فيؤثر على نسبة الهواء الذي يتنفسه الطفل فتتخفص نسبة الأوكسجين في الدم. ولنقص الأوكسجين في الدم ولفترات طويلة تأثيرات على ضغط الدم في الرئتين، وقد يتطور الوضع فتزيد حاجة الطفل لأوكسجين إضافي في المستقبل. كما أن ارتفاع ضغط الدم في الرئتين له مضاعفات جانبية على القلب. وقد لا تحدث هذه المضاعفات إذا كان ضيق المجرى التنفسي بسيطاً، ولا تحدث إلا إذا كان الأمر مزمناً واستمر لعدة أشهر (أو لسنوات) بدون علاج.

كما تتضح أهمية الأمر لانعكاس هذه المشكلة على صحة الطفل في الحياة اليومية، فالطفل لا يأخذ كفايته من النوم، فيكون نعساً في النهار، ومقلب المزاج، فلا يتفاعل مع من حوله بالشكل المأمول، كما ويتأثر كذلك نمو الطفل واكتسابه للمهارات الإدراكية.

### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد بتوقف التنفس أثناء النوم

١. التنفس من الفم أثناء النوم.
٢. النوم في أوضاع غير اعتيادية مثل وضعية الجلوس في الكرسي، أو استخدام العديد من المخدرات أثناء النوم، أو انتشاء الرقبة إلى الخلف أثناء النوم.
٣. يشخر الفرد بصوت عال، ثم يصمت، ثم يلهث.
٤. يصحو كثيراً من النوم أثناء الليل.
٥. التعرق كثيراً أثناء الليل.
٦. الإعياء العام والتعب.
٧. ظهور العديد من السلوكيات المضطربة مثل التوتر والقلق والإحباط.
٨. التنفس من الفم أثناء اليقظة.
٩. السعال كثيراً أثناء النوم والاستيقاظ فجأة لإخراج النخاع من الفم.
١٠. قد يعاني من التبول اللاإرادي ليلاً.

## اضطرابات الأذن ( السمع )

الأذن 

تعتبر الأذن أداة السمع عند الإنسان، والسمع هو إحدى الحواس الخمس، وقد فضل الله سبحانه وتعالى السمع على البصر وكثيراً ما ورد ذكرها في القرآن الكريم قبل البصر فيقول سبحانه { السميع البصير } ويقول { السمع والأبصار }..

تقسم الإذن تشريحياً إلى ثلاثة أقسام هي:

- الأذن الخارجية: وتتألف من الصيوان (الجزء الظاهر على جانب الرأس) الذي يجمع الأمواج الصوتية نحو داخل القناة السمعي، فتسري هذه الأمواج نحو غشاء الطبلة وتذبذبه.

- الأذن الوسطى: وهي تجويف في العظم الصدغي (يملؤه الهواء) بين غشاء الطبلة والأذن الداخلية. يحوي هذا التجويف ثلاث عظيمات متمفصلة على التوالي نحو الداخل: المطرقة والسندان والركاب - تنقل الذبذبات من غشاء الطبلة إلى الأذن الداخلية.

- الأذن الداخلية: تتألف الأذن الداخلية المسماة التيه من منظومة معقدة من الأنفاق (القنوات) الغشائية داخل غلاف عظمي. ويتواجد عضو السمع في القوقعة الحلزونية الشكل. أما أعضاء التوازن فتتشكل من بنى خاصة في الدهليز والقنوات نصف الدائرية.

وتتلخص وظائف أقسام الأذن الثلاث في أن الأذن الخارجية تقوم بجمع الاهتزازات الصوتية وإيصالها إلى غشاء الطبل، وتقوم الأذن الوسطى بتحويل هذه الاهتزازات الصوتية إلى دفعات كهربائية ونقلها إلى الدماغ حيث تفسر كصوت. ومن وظائفها أيضاً حفظ التوازن وإدراك وضعية الجسم. وتتصل الأذن بالفم عن طريق قناة تسمى قناة استاكيوس والتي يبلغ طولها عند الإنسان البالغ ٤سم، وهي تصل بين الأذن الوسطى والفم لتعمل على تحقيق التوازن في الضغط على غشاء الطبلة من خارج الأذن ومن داخلها.



## آلام الأذن

وتعرف آلام الأذن بأنها تلك التي تصيب كل جزء من أجزاء الأذن الثلاث، وقد تتجم عن أسباب عديدة مختلفة مثل التهاب الجيوب الأنفية أو الزكام، أو الإصابة من وجود جسم غريب داخل الأذن، أو من تجمع المواد الشمعية التي تتكون داخل الأذن من عدوى فطرية أو بكتيرية أو من الدمامل.

ويحدث التهاب الأذن الوسطى عادةً نتيجة لإصابتها بالعدوى البكتيرية، وهو أكثر أسباب آلام الأذن شيوعاً. وعلى الرغم من الألم الشديد الذي تسببه اضطرابات الأذن إلا أنه قليل الخطورة إذا عولج فوراً لدى المختص. وتعتبر المضادات الحيوية أفضل الأدوية الكيماوية سيطرة على هذه الالتهابات، بحيث أصبحت العمليات الجراحية التي كانت شائعة من قبل نادرة بفضل الأدوية السابقة.

## ما هي إصابات الأذن الخارجية وعدواها؟

تتشأ الإصابات إما لتكرار عدوى الأذن أو من مضاعفات بعض الأمراض مثل الحمى القرمزية أو الحصبة أو الدفتيريا. وبالرغم من أن هذه الحالات تزول تلقائياً إلا أنه يجب عرض الحالة على المختص، حيث أن عدوى الأذن المزمنة ربما تتلف السمع إذا لم يتعاط المصاب العلاج الوقائي الصحيح.

ويعتبر طنين الأذن ورنينها من مظاهر أعراض العدوى المزمنة للأذن، بالإضافة إلى ما قد يصاحب ذلك من سيلان الأذني المستمر، وقد يكون الطنين متقطعاً أو مستمراً. ويكون علاجه كعلاج الحالات الحادة وذلك باستعمال المضادات الحيوية أو بالأعشاب.

## ما هي أسباب وأعراض آلام الأذن الخارجية؟

← من بين الأسباب الشائعة لوجع الأذن عند الأطفال بالذات وجود أجسام غريبة في الأذن، حيث أن الأطفال الصغار عادة ما يضعون أشياء غريبة كالخرز وخلاف ذلك في آذانهم، وقد تدخل أحياناً فيها بعض الحشرات الصغيرة كالنمل أو القمل. وينبغي على الوالدين في مثل هذه الحالة عدم القيام بإخراج هذه المواد بأنفسهم خوفاً من أن تصاب أنسجة الأذن الرقيقة بأذى، ويجب أن يؤخذ المصاب إلى الطبيب فهو الشخص الذي يعرف التعامل مع مثل هذه الحالات ببسر وسهولة.

← قد ينشأ ألم الأذن من تجمع المواد الشمعية فيه مما يؤدي إلى ضعف السمع بصفة مؤقتة، وعادة ما يقوم الطبيب بإخراج هذه المواد من خلال غسل الأذن بمضخة خاصة بعد إذابة تلك المواد بمذيبات خاصة. ولا يجوز للمريض محاولة إخراج تلك المواد بنفسه، أو بواسطة عيدان الثقاب أو بإبرة أو دبوس شعر أو بمفتاح ونحو ذلك من الأدوات التي يحملها الإنسان عادة في جيبه، نظراً لأن استعمال مثل تلك الأدوات في إخراج المواد الشمعية ربما يعرض طبلة الأذن للثقب أو ربما تخدش تلك الأدوات جلد الأذن فيمكن بعض أنواع البكتيريا من الاستقرار تحت سطح الجلد ومن ثم يكون دملاً أو جرحاً، ويجب في مثل هذه الحالة عرض المصاب على الطبيب المختص.

← وقد تصاب الأذن الخارجية بعدوى فطرية، وتحدث هذه العدوى عادة في السباحة في مياه ملوثة، وعند إصابة الأذن الخارجية بأي نوع من أنواع الفطريات فتتكون على الجلد قشور يسيل منها سائل ويصاحب ذلك آلام وتورمات.

← كما أن من بين أسباب وجع الأذن الخارجية وجود نمو عظمي في قناة الأذن وربما يكون ذلك بسبب إصابة الأذن أو بسبب وجود عوامل وراثية، وإذا أحدث نمو العظم ألماً أو ضعفاً في السمع فأن العلاج الوحيد في مثل هذه الحالة هو استئصاله جراحياً.

### ما هي إصابات الأذن الوسطى وعدواها؟

تعتبر الأذن الوسطى أكثر أجزاء الأذن تعرضاً للعدوى نظراً لكونها مفتوحة من خلال القناة السمعية التي تصل الأذن الوسطى بخلفية الحلق. وقد تدخل المواد المعدية عند حدوث التهاب الجيوب الأنفية واللوزتين والزكام إلى الأذن الوسطى عن طريق هذه القناة، أو لقيام الشخص بإغلاق فتحات الأنف عند العطس أو التمخط مما يؤدي إلى دفع المواد المخاطية المعدية إلى القناة السمعية الكائن بالأذن الوسطى. والطريقة المثلى لتلافي ذلك أن تغلق منخاراً واحداً من الأنف عند النفخ لتنظيفه مما به من مخاط.

ويعتبر الأطفال أكثر عرضة للإصابة بأمراض الأذن الوسطى من الكبار، نظراً لقصر القناة السمعية عندهم واتساعها، وقد تصل العدوى إلى الأذن الوسطى من خلال طبلة متقوية. ولهذا يجب أن لا يقوم من كان مصاباً بالثقب في طبلة أذنه بالسباحة في مياه الحمامات

الرياضية أو في الشواطئ إلا بعد استشارة الطبيب المختص في أمراض الأنف والأذن والحنجرة.

### ما هي أعراض التهابات الأذن الوسطى؟

تبدأ أعراض الأذن الوسطى بالشعور بضغط مزعج في داخل الأذن مصحوباً بألم حاد، وقد يغلق التورم الناتج القناة السمعية في الحالات الحادة، وعليه تمتلئ الأذن الوسطى بالمخاط أو القيح وتظهر على المصاب أعراض الحمى وارتفاع درجة الحرارة وفقدان السمع، وإذا لم تعالج العدوى فإن تراكم الضغط في الأذن الوسطى سيؤدي إلى ثقب طبلة الأذن.

### ما هي إصابات الأذن الداخلية وعدواها؟

تلتقط الأذن الخارجية الاهتزازات الصوتية وتقلها إلى الأذن الداخلية عن طريق طبلة الأذن ثم تنتقل إلى الأذن الداخلية عن طريق ثلاث عظام صغيرة تلتحم مع بعضها البعض، وتعمل تلك العظام الصغيرة على تكبير الصوت، وتتحول هذه الاهتزازات في الأذن الداخلية إلى حوافز عصبية تنتقل إلى الجزء المخصص بالسمع في الدماغ. ويتم ذلك عن طريق خيوط دقيقة جداً ومشدودة، كما في أوتار العود، ولكل خيط فيها طول يجعله يهتز وفقاً لطول موجة معينة، وبالتالي يمكن للشخص التعرف على نوعية الأصوات المختلفة مهما كان نوعها ومصدرها.

وقد تصاب الأذن الداخلية من عدوى الأذن الوسطى وذلك عن طريق قناة استاكيوس التي تصل بين الأذن الوسطى والعم. وقد يؤدي ذلك اضطرابات في التوازن، بالإضافة إلى وجع وآلام الأذن وأعراض التهابات الأذن الوسطى الأخرى.

### المؤشرات السلوكية العامة لإصابة الفرد باضطرابات الأذن والسمع

١. عدم القدرة على الاستجابة للأصوات العادية والمألوفة.
٢. عدم القدرة على التكلم بالقدر الذي يستطيعه أقرانه.
٣. عدم تتبع الأصوات بالعينين.
٤. تجاهل الفرد المصاب للضجة أو الأصوات المفاجئة، حتى أنه لا يجفل لسماعها.
٥. عدم الانتباه للآخرين عندما يتحدثون معه، أو محدودية الاستجابة للأوامر الصوتية.
٦. التكلم بصوت مرتفع.
٧. إمالة الرأس نحو الأذن الأقرب إلى مصدر الصوت.

٨. كثرة الطلب من الآخرين إعادة ما يقولونه .
٩. ظهور علامات الاضطراب عليه أثناء إجراء المحادثة.
١٠. المعاناة من كثرة حدوث الطنين في أذنيه من وقت لآخر.
١١. كثرة التهاب الأذنين.
١٢. الميل إلى الانسحاب وعدم المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

## اضطرابات العين ( البصر )

تمثل العين أداة النظر التي تمكننا من رؤية الأشياء حولنا أنها هبة من الله لا يمكن تقديرها بثمن. وبالإمكان الوقاية من كف البصر الناجم عن أمراض عديدة كالتراخوما وإصابة العين بالمياه البيضاء أو المياه السوداء أو الإصابات المتنوعة من خلال التشخيص المبكر والعلاج المناسب، بل وبالإمكان أيضاً منع كف البصر عن طريق إتباع مختلف وسائل الوقاية المبكرة. إن العوامل البيئية وأساليب وأنماط الحياة والسلوك والممارسات اليومية للفرد قد تسبب أضرار للعين ولكن الخطر الأعظم هو الالتهاب الذي يمكن أن يصيب أنسجة العين وأجزائها.

### بعض الأمراض المتعلقة بصحة العين

#### أولاً:- الرمد

وهو عبارة عن التهابات في ملتحمة التي تبطن الجفون ثم تنعكس على سطح العين وتكون ثلاثة أنواع:-

- أ- الرمد الصددي ( بكتيري ) ويؤدي إلى تكون قروح.
- ب- الرمد الحبيبي ( فيروسي ) ويؤدي إلى تكون تليفات وهذان النوعان يعدان من أهم أسباب فقد البصر في العالم.
- ج- الرمد الربيعي.

وقد يحدث الرمد نتيجة لحساسية ملتحمة العين لبعض المؤثرات غير المعروفة على وجه التحديد ولكنها ترتبط بحرارة الجو وانتشار الأتربة في أواخر الربيع وقدم الصيف. وقد تظهر على الفرد المصاب العديد من الأعراض أهمها:(احمرار العين وزيادة إفراز الدمع، أو الشعور بوجود جسم غريب فيها).

#### ثانياً :- التراخوما

ويعد من أكثر أمراض العيون انتشاراً، وهو مرض ينتقل من شخص إلى آخر عن طريق الملامسة المباشرة أو عن طريق استعمال ملابس أو مناشف شخص مصاب به. وقد تؤدي التراخوما إلى كف البصر، ولكن نادراً ما يدرك الشخص المصاب التراخوما أنه قد يفقد البصر في المستقبل القريب أو البعيد.

ويعرّف مرض التراخوما على أنه التهاب مزمن للغشاء المخاطي الذي يغطي مقلة العين ويسبب حرقة في العين كما تنتج عنه إفرازات صديدية وانتفاخ في جفون العين والتصاقها ببعض. وبما أن التراخوما مرض شديد العدوى، ينصح بعدم استعمال حاجيات شخص المصاب بها. كما يمكن التقليل من احتمال الإصابة بالتراخوما من خلال النظافة الشخصية والمنزلية والتخلص من الفضلات والقضاء على الذباب.

### ثالثاً:-عيوب الأبصار

أهم هذه العيوب هي:

- ١ - قصر البصر (وضوح الرؤية القريبة فقط).
- ٢ - طول البصر (وضوح الرؤية البعيدة فقط وفقد قدرة العين على التأقلم أو الرؤية مع تغير بعد الجسم المرئي عن العين وهي تحدث طبيعياً مع تقدم العمر) كما أن عيوب الأبصار لا تحدث قبل الرابعة من العمر.

### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لإصابة الفرد باضطرابات العيون والبصر

١. عدم الاستجابة للوجوه المألوفة حوله، بل يستجيب فقط للأصوات المألوفة.
٢. يظهر الرغبة في الحركة والتنقل.
٣. يكمش عينيه أو يحني رأسه باتجاه الشيء الذي يود رؤيته.
٤. كثرة التعثر بالأشياء من حوله والسقوط وإصابة الوجه.
٥. حركات غير متناسقة وغير متزنة.
٦. يتغير مظهره الخارجي، فيصبح أقل اهتماماً بنفسه وأقل ترتيباً.
٧. كثرة المعاناة من الصداع أو الدوخة.
٨. يجد صعوبة في الإبصار في الأماكن المعتمة.
٩. غالباً ما يكثر من فرك العينين.
١٠. يكثر إصابة العيون بالاحمرار والتهيج والجفاف.
١١. التعبير عن وجود ألم في العينين واحمرارهما والجفون تكون منتفخة ومحمرة.
١٢. غالباً ما يخطئ في تمييز الأفراد المحيطين حوله.

يعتبر الصرع من المشاكل والاضطرابات التي لم يجد أصحابها خدمات على الرغم من أنهم يصنفون من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة. وقد وفر العلم الحديث وسائل علاجية لهم تمكنهم أن يعيشوا حياة أقرب من الأسوياء، إلا أن الخدمات التربوية لهم في البلاد العربية ما زالت مفقودة تقريباً. ويجب على المعلم مراقبة هؤلاء الأطفال وما قد يطرأ على مظهرهم من تغيرات حتى يجنبهم ما قد يواجهونه من مشاكل جسدية.

وسنناقش فيما يلي الصرع وكيف يتم التمييز بين النوبات الصرعية الكبرى والصغرى وتلك النوبات المرتبطة باضطرابات صحية أخرى.

### تعريف الصرع

يعرف الصرع على أنه "تغير غير عادي ومفاجئ في وظائف الدماغ يحدث تغييراً في حالة الوعي لدى الإنسان. وينجم هذا التغير عن نشاطات كهربائية غير منتظمة وعنيفة في الخلايا العصبية في الدماغ، كما أنه يبدأ وينتهي تلقائياً، ويتصف بقابليته لتكرار حدوثه المستقبلي، وعلى الرغم من تباين النوبات الصرعية إلا أنها تتشابه في عدد من الأعراض:

١. تظهر وتختفي فجأة، فهي لا إرادية.
٢. تستمر لفترة زمنية قصيرة.
٣. متشابهة في الحالات التي تحدث فيها.
٤. تتضمن سلوك حركي نمطي غير عادي.

### أنواع النوبات الصرعية وكيفية حدوثها

الصرع مرض معروف من قديم الزمان ويأتي نتيجة لاضطرابات مفاجئة في نمط الموجات الكهربائية الصادرة عن عمل خلايا القشرة المخية وما تسببه من زيادة مفاجئة في إفرازات بعض خلايا الدماغ الكهربائية لتصبح في حالة توتر وهياج وهذه بدورها تؤثر على الخلايا من حولها، وتزداد نسبة الإفرازات الكهربائية التي تشل عمل الدماغ وتفقد السيطرة على الجهاز العصبي فيقع المصاب وتحدث عنده الأعراض الغير إرادية التالية:

- فقدان الوعي والذاكرة Loss of consciousness and memory
- اضطراب في الفكر والمزاج Disturbance of thought and temperament
- اضطراب في الإحساس وحدوث هلاوس Sensory Disturbances

وتصنف الهيئة الدولية لمكافحة الصرع اضطرابات الصرع إلى الأنواع الرئيسية الثلاثة التالية:

### أولاً: النوبات العامة (Generalized Seizures)

وتتميز بحدوث النشاط الكهربائي الشاذ بشكل متماثل في نصفي الدماغ، وتشمل هذه النوبات النوبة المعروفة باسم النوبة الصرعية الكبرى (Grand Mal Seizure)، وهذه النوبة هي أكثر النوبات الصرعية شيوعاً وخطورة وإخافة للناظرين. وعند حدوث هذه النوبة يصرخ الطفل، ويفقد وعيه، ويسقط على الأرض، وبعد ذلك يحدث تشنجات تتبعها حركات إرتجاجية عنيفة في أطراف الجسم. ومن النوبات العامة الأخرى النوبة الصرعية الصغرى (Petit Mal Seizure) والتي تتصف بالحملة في الفراغ، أو فتح العينين وإغلاقهما بسرعة، وفقدان الوعي. كذلك تشمل نوبة الصرع الإرتجاجية (Myclonic Seizure) ونوبة الصرع غير الإرتجاجية (A Kinetic Seizure).

### ثانياً: النوبات الجزئية (Partial Seizure)

وتتميز بحدوث النشاط الكهربائي في جزء محدد من الدماغ، وتقسم هذه النوبات إلى نوبات أولية (Elementary Seizure) وهي نوبات لا تؤثر على وعي الإنسان، ومنها الصرع المعروف باسم الصرع الجاكسوني (Jacksonian Seizure)، ونوبات معقدة (Complex Seizure) وهي التي يفقد فيها الإنسان وعيه عند حدوثها، ومنها النوبة الصرعية الحسية



الحركية (Psychomotor Seizure) إضافة إلى نوبة الفص الدماغى الصدغى (Temporal lobe Epilepsy).

### ثالثاً: النوبات الأخرى (Miscellaneous Seizure)

وتشمل النوبات ذات العلاقة بالحمى (Febrile Convulsions) وهذه النوبات غالباً ما تختفى عند بلوغ الطفل سن السادسة. وفي بعض الحالات تكون المعلومات حول نوبة الصرع غير متوفرة أو غير واضحة عندها تسمى النوبة بالنوبة غير المصنفة (Unclassified Seizure).

#### المؤشرات السلوكية والجسمية العامة لحدوث النوبة الصرعية

١. حركات عضلية غير طبيعية و تشنج الذراعين بشكل مفاجئ.
٢. فقدان الوعي، السقوط المفاجئ.
٣. تغيرات في العينين بشكل مفاجئ، تزداد حركة البؤبؤ ويتسع إضافة إلى جحوظ العينين.
٤. صرخات أو ضحكات غير مفهومة و تكرار بعض الأصوات أو الكلمات.
٥. حركات في الفم مثل العض على الشفاه، والبلع، والمضغ، والمص.
٦. ارتخاء الأطراف العليا والسفلى بشكل ملحوظ بعد انتهاء النوبة مباشرة.
٧. اضطراب في عملية الإدراك.
٨. يلاحظ عند الأطفال تكرار تني الخصر والذراعين والرجلين بشكل مفاجئ.
٩. لا يستجيب للأصوات أو الآخرين أو حتى لإمساكهم به.
١٠. شم رائحة غريبة أو تذوق أشياء غريبة كذلك إضافة إلى رؤية وسماع أشياء غريبة.
١١. التعرق، وتغير مفاجئ في سرعة نبضات القلب أو الاحمرار ومن ثم يصبح مصفراً بعد النوبة.

## الإستغلال الجسدي أو الجنسي أو العاطفي

قد يكون الإستغلال جسدياً أو جنسياً أو عاطفياً، وقد يأخذ الإستغلال الموجه نحو الطلبة ذوي الإعاقة العقلية شكل الإهمال.

### المؤشرات السلوكية العامة للإستغلال الجسدي أو الجنسي أو العاطفي للفرد المعاق

١. اضطراب سلوك الطفل نحو أشخاص معينين من حوله.
٢. رفض الذهاب إلى البيت أو إلى أي مكان آخر.
٣. القيام بسلوكات جنسية غير ملائمة للمرحلة النمائية التي يبلغها.
٤. إبداء عدم الرغبة في أشكال الاتصال الجسدي العاطفي مثل حضن الطفل أو التربييت على رأسه أو أنه يظهر الرقة نحو أي شخص حتى الغرباء .
٥. دائماً يحاول الهرب من البيت أو المركز / المدرسة.
٦. يظهر القدر القليل من التأثر العاطفي إذا تعرض للأذى.
٧. إيذاء الذات.
٨. اضطرابات النوم، الأحلام المزعجة، الأرق.
٩. التبول أو التبرز على نفسه.
١٠. بشكل عام ( خجول، منسحب، سلبي ) أو (اتكالي، دائم التشبث بالمعلم) أو ( عصبي فوضوي، عدواني ).
١١. كثرة الإصابة بالطفح الجلدي أو التعرض لكثير من الإصابات (الحرق أو الكسور) دون وجود سبب واضح.
١٢. وجود دم في البول أو البراز.
١٣. الإصابة بتقرحات حول الأعضاء التناسلية.
١٤. أنماط معينة وغريبة من الإصابة بالرضوض أو الكسور .

## الرعاية الصحية الضرورية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية

### البرامج الوقائية

تعتبر الوقاية من الأمراض المعدية من البرامج الميدانية المهمة لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. وتتلخص الإجراءات الوقائية فيما يلي:

(أ) الوقاية من الأمراض المعدية من خلال مكافحة هذه الأمراض واتخاذ كافة الاحتياطات اللازمة بالتبليغ عن الحالات المرضية وعلاجها المبكر أو تحويلها للمستشفى لعمل اللازم.

(ب) بث الوعي الصحي للتعريف بالمرض والوقاية منه. فتسوس الأسنان على سبيل المثال غالباً ما يكون منتشرًا بين الطلبة ذوي الإعاقة العقلية. ويحتاج الطفل المعاق عقلياً إلى تعلم الخبرات التي يكتسبها الطفل الطبيعي مسبقاً ويكون مزوداً بها بصورة تلقائية. فمن الضروري أن يتعرض المعاق عقلياً إلى عملية تحضير تشمل تعريفه تدريجياً على أدوات طبيب الأسنان وعلى بعض الخطوات التي يجب أن يتوقعها لاحقاً عند زيارته إلى طبيب الأسنان. حينها يستجيب الطفل المعاق عقلياً وبالتالي نكون قد تمكنا من مساعدته لفهم البيئة التي سيتعرض لها والتعامل مع المصاعب التي قد يواجهها.

(ج) التحصين ضد الأمراض الوبائية أو السارية. مثل تنظيم المركز لحملة تطعيم ضد فيروس الأنفلونزا لجميع الأطفال وموظفي المركز.

### الفحص الشامل والرعاية الطبية

أن إنهاء مهمة الطبيب والقيام بالفحص الطبي الروتيني يحتاج إلى هدوء الطفل وتعاونه وإتباع أوامر الطبيب، وهنا يظهر لنا التحدي للقيام بهذه المهمة مع طفل يعاني من الإعاقة العقلية، فهو في بعض الأحيان يظهر بعض السلوكيات مثل هز الجسم والدوران حول نفسه والهمهمة وأحياناً أخرى قد يكون سلوكه عدوانياً فيتمثل بالعض والرفس والضرب اتجاه الطبيب والمرمضة لأسباب حسية أو لعدم إدراكه لما يحصل حوله .

فالتحدي يكمن في تهيئة الطفل المعاق عقلياً قبل زيارة الطبيب وذلك في الصف الدراسي بتعاون الممرضة والمعلمة، ثم تعريض الطفل لنفس الموقف بطريقة تمثيلية في عيادة المركز ومن ثم العمل معه كفريق متكامل.

### البيئة المحيطة بالفرد المعاق عقلياً

إن الطلبة ذوي الإعاقة العقلية غير قادرين في أغلب الأحيان على إدراك مواطن الخطر من حولهم، فقد يعبت الطفل منهم بالأشياء وأحياناً أخرى قد يقوم بإيذاء نفسه. وقد ينتابه في بعض الحالات نوبات غضب حيث يضرب رأسه بالحائط. لذا يجب تأمين بيئة تتناسب مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية حتى تتضبط سلوكياتهم وذلك بمعاينة البيئة المحيطة وجميع مرافق المركز وأثاثه في الأماكن الداخلية والساحات الخارجية، وتوفير السلامة والأمن من خلال وجود طفايات الحريق والتأكد من مدى صلاحيتها للاستعمال بصفة دورية.

وفي إطار الحديث عن الرعاية الصحية للأفراد ذوي الإعاقة فإننا هنا نتحدث عن مجالين أساسيين سنتناولهما بشكل مفصل، وهما:

أولاً: الحالات الطارئة التي يمكن أن يعاني منها الفرد المعاق عقلياً وكيفية التعامل معها.

ثانياً: بعض أنماط الرعاية الخاصة بأنواع معينة من الاضطرابات التي تصيب الطلبة ذوي الإعاقة العقلية ( قرح الفراش، العناية بالمتانة، العناية بالأعضاء )

## أولاً: الحالات الطارئة

تعد اللحظات الأولى من الحوادث حرجة، إذ تتطلب سرعة اتخاذ القرار في تقديم الإسعاف الأولي. وقد نجد الكثير من الاختلافات في التعامل مع الفرد المعاق عقلياً في الحالات الطبية الطارئة حيث يتصف الأطفال هنا بضعف التواصل اللفظي والاجتماعي، فيعبر بعضهم عن ألمه بإظهار نوبات من الغضب أو يقوم الطفل بعض نفسه والقيام بالقفز أو المرجحة للتعبير عن الألم.

وقد يكون شعور الطفل المعاق عقلياً بالألم ضعيفاً فتقتل جميع المحاولات لمساعدته إلا إذا تعاملنا معه بهدوء واستطعنا أن نشعره بأننا نريد مساعدته، وذلك باستخدام الطرق اللفظية وغير اللفظية حتى يطمئن الطفل ويهدأ، كما يجب أن لا نظهر له الألم والانزعاج الذي قد يسببه لنا دون قصد أثناء المساعدة الإسعافية.

### 📌 أهداف إجراء التدخلات الطبية الطارئة

- منع حدوث الإصابات الخطرة، حيث نجد أن الكثير من الطلبة ذوي الإعاقة العقلية يكونون عرضة لنوبات تشنجية يحتاجون فيها لخدمات إسعافية سريعة.
- منع حدوث المضاعفات والمساعدة بسرعة الشفاء.

### 📌 أولويات إجراء التدخلات الطبية الطارئة (الإسعاف)

١. فتح مجرى التنفس وإخراج العوائق
٢. إجراء التنفس الصناعي للشخص الفاقد للتنفس
٣. التعامل مع أي إصابة في الجهاز الدوراني (توقف القلب، النزيف، الصدمة)
٤. الإصابات الأخرى (الكسور والحروق...).

📌 أهم التدخلات الطبية الطارئة الواجب تقديمها من قبل المدرسة أو المركز للطلبة ذوي الإعاقة العقلية:-

- إسعاف حالات انسداد المجرى التنفسي بواسطة الأجسام الغريبة مثل (قطعة طعام أو نقود أو بالون أو اللسان للشخص الفاقد الوعي والسوائل...).

- السيطرة على النزيف وإسعاف والكسور بجميع أنواعها.
- إسعاف حالات الصرع والصددمات والإنعاش القلبي والرئوي.
- إسعاف الجروح بنوعيهما المفتوح والمغلق والكدمات.
- إسعاف الرعاف.
- إسعاف الإصابات الناتجة عن ارتفاع الحرارة.

ومن الجدير بالذكر أن التعامل مع الطفل المعاق عقلياً يحتاج إلى خبرة ومهارة من نوع خاص لما يظهره الطفل المعاق عقلياً من مقاومة لأي تدخل علاجي أو إسعافي. وننوه إلى أن الإعاقة العقلية اضطراب متباين الخواص ولذلك ما قد يصلح مع شخص معين لن يكون بالضرورة صالحاً لغيره، وأن تقديم العلاج والمساعدة التمريضية تتطلب تعاون المعلمة والفريق الطبي يداً بيد.

وليس هناك ما هو أجمل من أن ترى الطفل المعاق عقلياً حينما يأتي إلى العيادة يشكو مثلاً من ارتفاع في درجة الحرارة وتراه يستجيب للممرضة عند قياس درجة الحرارة وتخفيف ملابسه ووضع كمادات الماء وإعطائه خافض حرارة، كل ذلك يحدث وهو يستجيب بسلاسة على عكس ما قد كان عليه في السابق عند قدومه للمركز.

واعتماداً على ما ذكر سابقاً يظهر دور معلم التربية الخاصة الحيوي في شرح المهمة وتوضيحها وتجزئتها وأحياناً تجربتها بالتعاون الطبيب أو الممرضة داخل المركز أو المدرسة. كما يتعين على المختصين والفريق الطبي أن يدركوا ويستوعبوا حاجة الطفل في التعبير عن احتياجاته أو عن ألمه أو تضايقه من خلال سلوكيات غير مناسبة، ولذلك يجب على كل من يتعامل مع الفرد المعاق عقلياً من الكوادر الصحية الإلمام التام بطرق تعديل السلوك، والمشكلات النمائية التي يعاني منها الطفل، وكذلك الإلمام بحالة الطفل تحديداً ومستوى قدراته. وبالتالي تكون لدى المعلم أو الطبيب أو الممرض القدرة على التفريق بين ألم يعاني منه الطفل من وعكة صحية أو سلوكيات يفعلها للتعبير عن رغباته أو اعتراضه على ما يطلب منه من مهمات، أو أن يكون السبب عائداً إلى أعراض جانبية لدواء جديد أو إضافة دواء أو لاضطرابات نمائية أخرى. إن معرفة طريقة التصرف عند حدوث أي طارئ بطريقة علمية صحيحة تنقذ حياة المصاب وتُدفع خطر الموت وتسهل في شفائه.

### تعريف الإسعاف الأولي:

هو مجموع الأعمال التي تقدم لشخص أصيب بحادث طارئ أو باختلاطات مفاجئة لمرض قديم فور حدوث ذلك الطارئ، وذلك لدفع خطر الموت أو خطر إحداث عجز أو إعاقة. ويتضمن ذلك المساعدة التي يقدمها المسعف والعناية في مكان الحادث إلى حين وصول المساعدة الطبية، كما يتضمن أيضاً الاختيار الجيد للعبارات التي تعطي الثقة للمصاب وتجعله يتقبل المساعدة .

### من هو المُسعف:

هو الشخص الذي يقوم بالإسعاف الأولي، ويكون على علم ودراية بالإسعافات الأولية وذا مهارة جيدة، ويعرف ما عليه أن يعمل وما لا عليه أن يعمل، ويتجنب الأخطاء، كما يعلم أن معرفته بالإسعافات الأولية وتطبيقها بشكل علمي سليم قد يعني إنقاذ حياة المصاب أو تخفيف آثار إصابته إلى الحد الأدنى.

### أهمية التدريب على الإسعافات الأولية:

للتدريب والمعرفة بمبادئ الإسعافات الأولية أهمية كبيرة في الحد من الحوادث وتقليل أثرها.

وتلخص أهمية التدريب بالنقاط التالية:

١- إذا أجريت الإسعافات الأولية بشكل علمي سليم، فإن ذلك يساعد على حفظ حياة المصاب وتسهيل الأعمال العلاجية التي سيجريها الطبيب، والمساعدة والإسراع في شفائه وهذا يأتي بالتدريب.

٢- أن معرفة الفرد بمبادئ الإسعافات الأولية تؤهله لتقديم المساعدة لنفسه في أثناء حدوث طارئ .

٣- إن حب المساعدة صفة جميلة عند الناس، وهي موجودة عند غالبية البشر. ومن الجميل أن يقدم الإنسان لأخيه الإنسان المساعدة التي تحافظ على حياته، وهذه المساعدة لا يمكن تقديمها إلا إذا كان الفرد على معرفة ودراية بمبادئ الإسعافات الأولية.

٤- إن معرفة الأفراد بما يجب عمله في أثناء حدوث الكوارث الجماعية له أثر كبير في التخفيف من أثر هذه الكوارث. إذ تؤدي هذه المعرفة إلى أن يتصرف الأفراد بشكل سليم في

أثناء وقوع الكارثة، فلا يهرعون أو يفزعون فيعيقون عمليات الإغاثة، وإنما يساعد بعضهم بعضاً ويحافظون على حياتهم.

٥- أن معرفة الأفراد بمبادئ الإسعافات الأولية وتدريبهم عليها ينمي الاتجاهات السليمة بشكل يحافظ على حياتهم، ويكونون على درجة من الوعي لأمر السلامة داخل المنزل والمصنع والشارع وعلى الطرق الخارجية لما لذلك من أثر في تقليل الحوادث والمحافظة على أرواحهم من حولهم.

٦- في الوقت الحاضر أصبح الفرد يطالب بأفضل رعاية صحية ممكنة وبالتالي فإن التدريب على الإسعافات الأولية جزء مهم من هذه الرعاية الصحية.

### 📖 أساسيات الإسعاف الأولي العامة:

هناك قواعد وأساسيات عامة يجب معرفتها والعمل بها عند القيام بالإسعافات الأولية وهي:

- ١- على المسعف أن يتقدم إلى الأمام ويعرف المصاب ومن حوله أنه المسعف.
- ٢- يجب أن يتصرف المسعف بسرعة وهدوء، لأن تصرف المسعف الهادئ يوحى بالثقة ويرفع من معنويات المصاب.
- ٣- على المسعف أن يفكر قبل البدء بعمل أي شيء، فمثلاً عليه أن يفكر بأفضل طريقة لمعالجة الموقف.
- ٤- يجب أن يتأكد المسعف من عدم وجود خطر على حياته وعلى حياة المصاب، وإذا لاحظ المسعف وجود خطر فعليه أن يبادر بنقل المصاب بكل حذر إلى موقع سليم.
- ٥- على المسعف أن يقوم بتشخيص حالة المصاب باستخدام كافة حواسه في عملية التشخيص مثل النظر والاستماع والشم. ويتم تشخيص حالة المصاب الواعي بسؤاله أولاً إذا كان يتألم وعن مكان وجود الألم وفحص ذلك، كما يسأله إذا كان يعتقد بوجود شيء غير طبيعي في جسمه، كما عليه أن يلمس أجزاء المصاب برفق ويمرر يديه فوق أجزاء جسم المصاب والضغط عليها بخفة بدءاً من الرأس وانتهاءً بالقدم، كما يتم مقارنة الجزء المصاب بالجزء السليم دوماً.
- ٦- على المسعف التعرف إلى الوظائف الحيوية بالتأكد من الأمور التالية:



- لون الجلد: فلون الجلد الأحمر يتفق مع الإصابة بالتوتر الشرياني وجلطات الدماغ، واللون الشاحب يدل على وجود النزيف ونقص الدم والجلطة والذبحة القلبية، واللون الأزرق يدل على نقص الأكسجين والاختناق.
- التنفس: يجب ملاحظة وجود التنفس أو عدمه ومعرفة مرات التنفس في الدقيقة وأن كان تتاليها سريعاً أو بطيئاً، ووجود رائحة كرائحة الكحول والأسيتون.
- النبض: يلاحظ النبض عند الرسغ، فأن لم يحس هنا ففي الرقبة مكان الشريان السباتي ويلاحظ عدد النبضات في الدقيقة ويتم تسجيلها وإذا كانت منتظمة أم لا.
- درجة حرارة الجسم: فقد يكون الجسم بارداً أو ساخناً، ويلاحظ وجود التعرق أو عدمه.

والآن سنقوم باستعراض أهم الإسعافات الأولية التي يجب أن يكون معلم الطلبة ذوي الإعاقة العقلية على دراية بها:

### أولاً: إسعاف النزيف

#### تعريف النزيف

النزيف هو خروج الدم من الأوعية الدموية بسبب تمزقها، ويكون النزيف خارجياً أو داخلياً.

#### ١- النزيف الخارجي:

وتتوقف خطورته على كمية الدم النازف وسرعة انبثاقه. ويشكل خطراً على الحياة إذ زادت الكمية النازفة عن لترين.

#### ٢- النزيف الداخلي:

وهو ما يحدث من انبثاق أحد الأوعية الدموية داخل الجسم كالمعدة أو الرئة. وتتوقف خطورته على كمية الدم المفقود من ناحية، ومن ناحية أخرى على الضغط الذي يحدثه الدم النازف على أعضاء الجسم كالقلب أو الرئتين أو الدماغ ويعرقل الاستمرار في عملها ويشكل الخطر على الحياة.

#### أنواع النزيف

ينقسم النزيف إلى أنواع حسب وعاء النزيف:

- أ. النزيف الشرياني: وهو أخطر أنواع النزيف، وفيه ينبثق الدم بقوة نتيجة لإصابة أحد الشرايين، وفيه يكون الدم أحمر قانياً.
- ب. النزيف الوريدي: ويكون غزيراً ولون الدم فيه داكناً.
- ج. النزيف الشعيري: وهذا النزيف كثير الشيوع لقرب الأوعية الشعرية من الجلد. وينشأ عن إصابة الأوعية الدموية الشعرية الدقيقة، وفيه ينسال الدم فوق سطح الجلد.

### أعراض النزيف

تظهر على المصاب بالنزيف وخاصة الشديد الأعراض التالية:

- ← شحوب في الوجه.
- ← انخفاض في درجة الحرارة.
- ← إفراز عرق بارد.
- ← غور بالعينين.
- ← ازرقاق بالشففتين .
- ← تنفس سريع.
- ← وهن وضعف بالقوى يصاحبه إغماء أحياناً.

### إسعاف النزيف

- في حالة النزيف الشرياني نقوم بالضغط على مكان الإصابة بواسطة قطعة قماش معقمة إذا كان الشريان صغيراً. أما إذا كان الشريان كبيراً فيجب الضغط على أصل الشريان لمنع ورود الدم إليه من القلب. ويربط العضد إذا كان النزيف في إحدى اليدين وإذا كان النزيف في الساق فيربط على الفخذ بإحكام.
- وفي حالة النزيف الشعيري يصب على الجرح ماء بارد ويربط بقطعة شاش مبللة بالماء ويضغط عليه برفق. خلافاً لبعض العادات الضارة المتبعة يحذر وضع بعض المساحيق فوق النزيف كالبن والتراب وغيرها لأن ذلك قد يتسبب في تلوث الجرح بالجراثيم.

### إسعاف النزيف الداخلي

وفي حالة النزيف الداخلي يتعذر إجراء الإسعافات ويمكن إجراء بعض الإسعافات الوقائية ريثما ينقل المصاب للمستشفى:

١. النزيف الرئوي: وأعراضه أن يخرج من المصاب دم قان مختلط بفقاع هوائية ويسعف المصاب بتدفئة وتأمين التهوية ورفع جسمه لأعلى.

٢. النزيف المعدي: وأعراضه أن يتقيأ المصاب دمًا مختلطاً بالطعام أو الدم ذو لون بني ويسعف المصاب بوضع كيس ثلجي فوق معدته أثناء نقلة إلى المستشفى.

٣. نزف الأنف: وهو يسمى بالرعاف ويتم إسعاف المصاب كما يلي:

- ← يجلس المصاب مسترخيا ورأسه منحنيا للأمام.
- ← يضغط أعلى فتحتي الأنف فوق العظمتين لبضعة دقائق.
- ← ينظف الأنف بقطعة شاش تمتص الدم من داخله.

## ثانياً: إسعاف الجروح

تصيب الجروح الجسم نتيجة اصطدامه بجسم حاد أو صلب ينتج عنه تمزق الأنسجة كما يتسبب بالنزيف.  
وتقسم الجروح إلى عدة أنواع نذكر منها:

### الجرح السطحي:

وهو الجرح الذي يصيب البشرة من الجلد الخارجي وهي قليلة النزيف وتلتئم بسرعة.

#### - إسعافه:

١. ينظف الجرح باستخدام قطعة من الشاش المعقم ويستعاض عنه بالماء حال عدم توفره، وينظف الجلد حول الجرح دون أن يتلوث مكان الجرح بماء الغسل.
٢. يغسل الجرح نفسه بتركه تحت الماء الجاري لمدة دقيقة على الأقل.
٣. يطهر الجرح بأحد المطهرات كالميركروم أو صبغة اليود ويوضع فوقه رباط بعد تغطيته بقطعة شاش معقم.

### الجرح القطعي:

- وهو الجرح الذي يحدث بسبب آلة جارحة كقطعة زجاج أو سكين، وينزف كثيراً ويلتئم بعد مدة طويلة، وقد يترك أثراً دائماً مكان الإصابة. ويمكن إسعافه كما يلي:
١. إيقاف النزيف بالضغط على موضع الجرح بواسطة قطعة قماش معقم، ويداوم على الضغط دون التحريك حتى تتشكل جلطة دموية توقف النزيف.
  ٢. تنظيف الجرح بواسطة ملقط معقم بالغلي بالماء، ويحاذر تنظيف الجرح العميق لئلا يعاود النزيف ثانية.
  ٣. وضع كيس ثلجي على الجرح ليخفض الورم ويخفف الألم، ويمنع الجسم من امتصاص السموم التي تفرزها الميكروبات والتي قد تنتقل من الآلة الجارحة للجرح.
  ٤. تغطية الجرح بشاش معقم وتثبيتته برباط دون أن يضغط فوق الجرح.
  ٥. نقل المصاب إلى الطبيب لحقنه ضد الكزاز.

### الجرح الرضي:

وهو الجرح الذي تسببه آلة غير حادة كالحجارة والآلات. وهذا النوع من الجروح يشكل خطراً لتسببه بنزف داخلي.

### 📖 الجرح الوخزي:

وهو أخطر أنواع الجروح ويحدث نتيجةً للإصابة بآلة مدببة أو رفيعة، وينتج عنه نزف خارجي وداخلي. وغالباً ما يكون الداخلي أكثر من الخارجي، ويتسبب عن الإصابة بطعنة سكين أو أداة مدببة كالقلم مثلاً. وقد يحدث تقيحات تسببها الجراثيم التي تدخل إلى مسافات عميقة داخل الجسم. ولا يمكن إسعاف مثل هذا الجرح في المنزل بدون طبيب، وكل ما يمكن عمله هو إجراء بعض الإسعافات البسيطة ريثما يصل الطبيب أو ينقل المصاب للطبيب أو المستشفى، ويتم إسعاف الجرح حسب مكان الإصابة.

أ- في الصدر:

- ← يفرغ المصاب صدره من الهواء بواسطة عملية زفير طويلة.
- ← يغطي الجرح بقطعة شاش معقمة ثم يغطي بقطعة من القطن ويثبتان برباط.
- ← ينقل المصاب للطبيب وهو راقد على جهة الإصابة.

ب- في البطن:

- ← يحظر إعطاء المصاب أية سوائل.
- ← تغطية الجرح لمنع وصول الجراثيم لداخل الجسم.
- ← نقل المصاب بسرعة إلى الطبيب.

ج- في الرقبة أو العنق:

- وهذا النوع من الجروح خطراً جداً ويخشى أن يصيب الأوردة أو الشرايين، ويتم نقل المصاب للمستشفى مع إجراء الإسعافات التالية:
- ← الضغط على موضع الإصابة بواسطة قطعة شاش معقم.
  - ← الخطر من التسبب بضيق نفس المصاب.
  - ← وضع المصاب بحالة الجلوس مع إنحناء الرأس للأمام ريثما يصل الطبيب.

### 📖 الكدمات:

ويسببها اصطدام الجسم بأشياء غير حادة، ولا تحدث نزيفاً خارجياً. وينتج عنها تمزق الأوعية الدموية تحت الجلد، وينشأ عن النزيف تلون الجلد مكان الإصابة بلون أحمر يتحول إلى أزرق فأخضر فأصفر. ويمكن إسعاف الكدمات من خلال وضع كمادات باردة أو أكياس ثلج فوق الكدمة فتخفف الألم وتخفف الورم.

## ثالثاً: نوبة السكري

### الإجراءات الأولية:

يجب أن يتم التأكد من الأمور التالية:

- وجود تاريخ مرضي للشخص أم لا مع تحديد نوع المرض هل هو ارتفاع في نسبة السكر أم انخفاض، مع تحديد نوع الدواء ووقت آخر جرعة تم تناولها.
- ميعاد آخر وجبة ومحتوياتها، وهل يوجد تغيير في عادات الأكل.
- وجود أعراض مثل: العطش المتزايد - كثرة التبول - غثيان أو قيء.
- قياس العلامات الحيوية.
- تقييم مستوى الوعي.

يعانى الشخص المصاب عند ارتفاع نسبة السكر في الدم من الأعراض التالية:

- العطش المتزايد.
- تكرار التبول مما يؤدي إلى حدوث الجفاف ويصبح الفم جافاً.
- تغير في مستوى الوعي ومن ثم يؤدي إلى الصدمة ويكتسب النفس رائحة الفاكهة.

كما ويعانى الشخص المصاب عند انخفاض نسبة السكر في الدم من الأعراض التالية:

غياب الوعي لبضعة دقائق وخاصةً عند مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين، وتبدأ أعراض فقد الوعي بـ: الجوع، ثم الارتجاف وإفراز العرق، وفي النهاية الإحساس بالاضطراب والغياب عن الوعي في خلال دقائق .

\* إذا كان المريض واعياً:

يعطى المريض سكريات مثل الحلوى، أو عصير فاكهة أو سكر. وعندما تبدأ الأعراض في الاختفاء لابد من تناول وجبة غذائية كاملة وإلا ستعود الأعراض مرة أخرى. وإذا لم يشعر المريض بتحسن في خلال ٥ دقائق من تناوله للسكريات لا بد من الاستعانة بالطبيب على الفور.

\* إذا كان المريض فاقداً للوعي بشكل كامل:

يجب عدم إعطاء المريض أي شيء عن طريق الفم، والحفاظ علي درجة حرارة الجسم الطبيعية، وملاحظة التنفس والدورة الدموية، وضرورة الاستعانة بالطبيب على الفور.

### رابعاً : الشردقة

المقصود بالشردقة هو "دخول جسم غريب إلى مجرى التنفس عند الطفل". ويكثر حدوثها خلال السنوات الأولى من حياة الطفل خاصةً في بدء المشي. حيث يلاحظ أن أكثر الأجسام الغريبة التي يستنشقتها الأطفال هي قطع النقود والمكسرات مثل البزر والفسق، لذلك ينصح بعدم ترك المكسرات بين يدي الأطفال الصغار. وما يحدث عادةً هو أن الطفل أثناء اللعب يصاب فجأةً بشعور من الاختناق والغصة والزرقة نتيجة دخول الجسم الغريب في مجرى الهواء.

❏ إسعاف الطفل الكبير المصاب بالشردقة: (المقصود بالطفل الكبير الأطفال ممن هم بعمر أكثر من ثلاث سنوات).

إذا كان الطفل يسعل ويبكي ويتكلم بشكل طبيعي بعد حدوث الشردقة، فلا داع لأبي إجراء. أما إذا كان الطفل غير قادر على التنفس فقم بما يلي :

قف خلف الطفل وأمسك كفيك ببعضهما بحيث تكونان فوق معدة الطفل، ثم قم بإجراء خمسة ضغطات قوية على بطن الطفل أي بضمه إليك بشدة حتى تشعر بخروج الجسم الغريب من فم الطفل كما توضح الصورة التالية :





وإذا فشلت كل المحاولات وفقد الطفل وعيه أنتقل لإجراء الإنعاش القلبي التنفسي وذلك كما يلي:

ضع الطفل على الأرض واجعل رأسه مائلاً قليلاً للخلف، وافتح فم الطفل وحاول أن تستخرج الجسم الغريب منه، ثم ابدأ بالتنفس الاصطناعي وأنفخ نفختين في فم الطفل بحيث تغلق يدك اليسر أنف الطفل أثناء نفخ الهواء، فإذا ارتفع صدره عند النفخ تحرى عندها وجود النبض، فإذا كان النبض موجوداً فاستمر بنفخ الهواء كل ثلاث ثواني وتحرى وجود النبض كل دقيقة واستمر بعملية التنفس طالما أن النبض موجوداً.

## خامساً : الإنعاش القلبي الرئوي

### الإنعاش القلبي الرئوي للطفل الرضيع أو التنفس الاصطناعي أو الـ CPR :

المقصود بالإنعاش القلبي الرئوي هو تقديم التهوية والتدليك القلبي للطفل الذي أصيب بتوقف القلب والتنفس بشكل مفاجئ حتى يعودان للعمل بشكل طبيعي. ويجب إتباع الخطوات التالية بدقة عند قيامك بعملية الإنعاش و التي تسمى ( مناورة هيمليش أو هيمليش - Heimlich maneuver )

- إذا كان الطفل بعد الاستنشاق طبيعياً يبكي ويسعل ويتكلم فلا تقم بأي إجراء.

- أما إذا أصيب الطفل أثر الاستنشاق بالاختناق وأصبح مزرقاً وغير قادراً على التنفس أو فقد الوعي فأتبع الخطوات التالية بدقة وتذكر أن هذه الخطوات يجب التدريب عليها قبل تعرضك لمثل هذه الحادثة وأنها يجب أن تجرى بخفة وبسرعة ومهارة :

**الخطوة الأولى :** قم بوضع الطفل على ظهره على راحة كفك اليسرى ورأسه متدل للأسفل ممسكاً به من منطقة ما بين الرأس والكتفين لكي لا يفلت من يدك التي تكون مدعومة من الأسفل بالركبة اليسرى كما في الصورة التالية :



**الخطوة الثانية :** قم بقلب الطفل بحيث يصبح على بطنه وقم بصفع ظهر الطفل براحة كفك اليمنى ولخمس مرات متتالية بحيث تكون الصفعة بين لوح الكتف للطفل أعلى الظهر وهذه العملية يمكن أن تطرد الجسم الغريب العالق بمجرى التنفس ، كما في الصورة التالية :



**الخطوة الثالثة :** تجرى هذه الخطوة إذا لم يستعد الطفل وعيه ولم يخرج الجسم الغريب بعد الخطوة الثانية وهنا يجب قلب الطفل الرضيع بعد أن تنتهي الخمس صفعات، بحيث يصبح وجهه للأعلى، وقم بتثبيت إصبعين من أصابعك على منتصف عظم القص وقم بإجراء خمس ضغطات متتالية لصدر الطفل وهذا يسمى تدليك القلب الخارجي كما توضح الصورة التالية :



وإذا لم يستعد الطفل وعيه بعد تدليك القلب للمرة الأولى، يجب تكرار عملية الصفع على الظهر ثم التدليك (صفع - تدلك ثم صفع ، تدليك.. و هكذا ) لعدة مرات حتى يستعيد الطفل وعيه و يعود التنفس طبيعياً و تلقائياً، و إذا فشلت كل المحاولات السابقة يجب عندها الانتقال للخطوة الرابعة.

**الخطوة الرابعة :** تطبيق التنفس الاصطناعي وذلك بوضع الطفل على ظهره وإمساكه جيداً أو وضعه على الأرض وفتح فمه و محاولة مشاهدة الجسم الغريب و استخراجة بأصابعك أن أمكن بالخنصر كما في الصورة التالية :



بعد ذلك قم بإمالة رأس الطفل للخلف قليلاً وطبق التنفس الاصطناعي من فم لقم (طبق فمك على فم الطفل الرضيع بحيث تحيط شفتاك بفم وأنف الطفل بشكل محكم وكامل و ابدأ بنفخ الهواء بحيث يكون النفخ أولاً لمرتين فقط وركز نظرك أثناء النفخ على بطن الطفل :



بعد ذلك نتابع حسب دخول الهواء إلى الرئتين أو عدم دخوله:

فإذا ارتفع بطن الطفل بعد نفخ الهواء فهذا دليل على وصول الهواء إلى الرئتين، عندها قم بتحري نبض الطفل في الرقبة فإذا كان النبض موجوداً فيجب الاستمرار بنفخ الهواء ببطء أي

مرة كل ثلاث ثواني، واستمر بإنعاش الطفل طالما أن النبض موجود حتى يصل فريق الإسعاف.

أما إذا كان النبض غائباً فعليك البدء بتدليك القلب، وذلك بوضع إصبعين من أصابعك على منتصف عظم القص والقيام بخمس ضغطات للقلب، وبعد كل خمس حركات تدليك يجب نفخ الهواء لمرة واحدة وهكذا أي كرر هذه العملية حتى تشعر بأن النبض قد عاد، كما توضح الصورة التالية :



أما إذا كان بطن الطفل لا يرتفع عند نفخ الهواء فهذا دليل على عدم وصول الهواء إلى الرئتين، عندها قم بإمالة رأس الطفل إلى الخلف قليلاً وأنفخ الهواء في فمه لمرتين ثم ضع الطفل الرضيع على كف يدك واصفع ظهره بخمس صفعات متتالية بين لوح الكتف، ثم اقلبه وقم بإجراء تدليك القلب من جديد بخمس ضغطات على منتصف عظم القص، ثم افتح فم الطفل وحاول أن تستخرج الجسم الغريب، وكرر عملية نفخ الهواء و تدليك القلب بمعدل نفخة لكل خمسة ضغطات على الصدر حتى يعود القلب للعمل أو وصول الإسعاف.

### 📌 إنعاش القلب الرئوي للطفل الكبير أو التنفس الاصطناعي أو الـ CPR :

ضع الطفل على الأرض واجعل رأسه مائلاً للخلف قليلاً، وافتح فمه وحاول أن تستخرج الجسم الغريب، ثم ابدأ بالتنفس الاصطناعي وأنفخ نفختين في فم الطفل بحيث تغلق يدك اليسرى أنفه أثناء نفخ الهواء، فإذا ارتفع صدر الطفل عند نفخ الهواء تحرى عندها وجود النبض فإذا

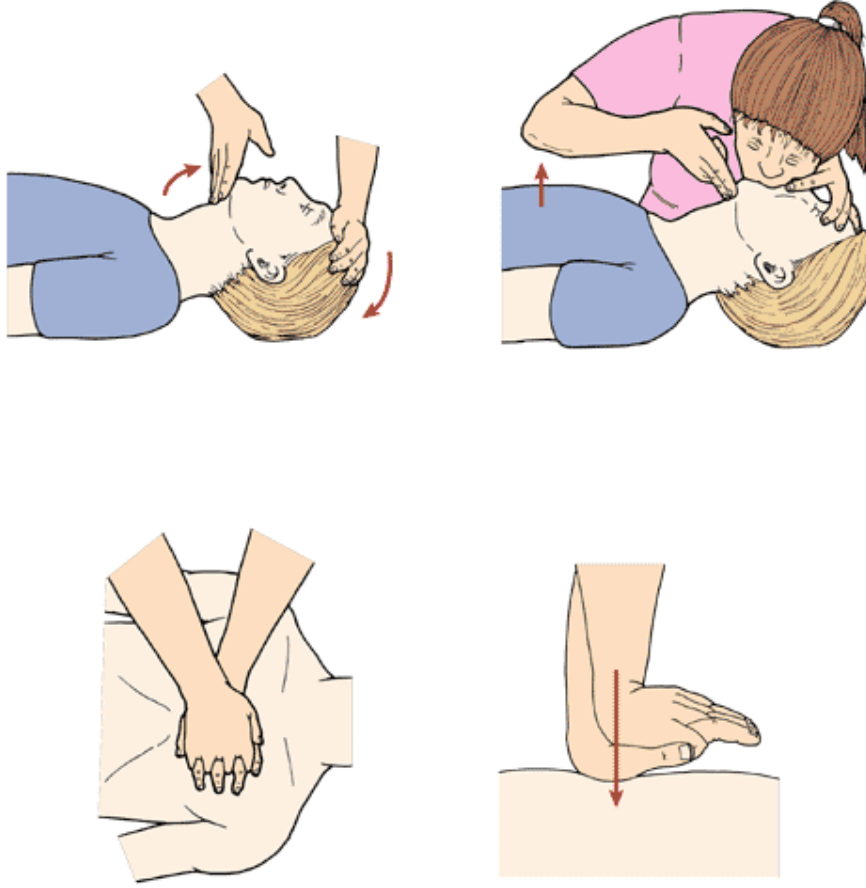
كان النبض موجوداً فاستمر بالنفخ كل ثلاث ثواني وتحري وجود النبض كل دقيقة واستمر بعملية التنفس طالما أن النبض موجود :



التنفس فم لقم خلال الإنعاش القلبي

أما إذا كان النبض غائباً فابدأ بتدليك القلب لخمس ضغطات مقابل كل حركة تنفس واحدة، ويكون تدليك القلب عند الطفل الكبير بوضع كفة اليد فوق الأخرى بتشابك الأصابع على منتصف عظم القص:

## CPR



أما إذا كان صدر الطفل لا يرتفع عند نفخ الهواء، قم بإعادة رأس الطفل للخلف قليلاً وحاول استخراج الجسم الغريب بأصابعك وأعد عملية التنفس والتدليك حتى يصل فريق الإسعاف.



## ثامناً: إسعاف حالات نوبة الصرع

### ماذا تفعل إذا حدثت نوبة الصرع؟

١. لا تحاول ربط الطفل أو منعه من الحركة أثناء النوبة، ولا ترشه بالماء في محاولة لإيقافها.
٢. أبعد أي أجسام حادة أو صلبة مجاورة له.
٣. قم بفك الأزرار أو أية ملابس تكون ضيقة حول الرقبة، واخلع نظارته إذا كان يرتديها.
٤. ساعده على الاضطجاع على جنبه وضع شيئاً لينا تحت رأسه.
٥. تجنب وضع أي شيء في فم المريض، ولا تحاول إدخال أصابعك في فمه، كما لا تحاول إعطائه أي علاج بالفم أثناء النوبة. في حالة استمرار النوبة أكثر من عشر دقائق قم بأخذه لأقرب مركز للإسعاف.
٦. قم بتسجيل وقت نوبة الصرع (التاريخ/اليوم/الوقت)، وحاول النظر في الساعة لتسجيل مدة النوبة بالدقائق، سجل وصف النوبة كيف بدأت، ماذا كان يعمل الطفل قبل النوبة وأي الأعضاء تتحرك، وماذا حدث بعد التشنج، كل هذا مهم لأن الطبيب غالباً لن يرى النوبة بنفسه، وهو يعتمد على وصفك لها، وسيكون أكثر دقة لو سجل بعد النوبة مباشرة.
٧. بعد النوبة، إذا كان الطفل نشيطاً، طمئننه أن ما حدث ليس خطيراً، واجعله مشغولاً بشيء يحبه، ولا تشعره بأنك قلق عليه أو أن علاجه لم يوقف الصرع، لا تسأله بعد نوبة الصرع كيف يشعر من وقت لآخر.
٨. قد يصاحب الصرع ازرقاق في الشفتين أو قد يتبول أو يتبرز الطفل في ملابسه، فلا تجعله يشعر بالخجل أو المسؤولية عن هذا.

## الرعاية الصحية لأهم الاضطرابات التي يمكن أن يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

### أولاً: قرح الفراش

قرح الفراش عبارة عن إصابة تحدث في الجلد نتيجة عدم تدفق الدم بشكل سليم، وذلك لأن الجلد يكون تحت تأثير ضغط من الفراش كالكروسي المتحرك أو أي سطح آخر غير مرن لفترة طويلة.

### أسباب قرحة الفراش

يكون الجلد غنياً بالدم الذي يقوم بإرسال الأكسجين لباقي الطبقات، فإذا حدث توقف لإمدادات الدم للجلد لأكثر من ٢ إلى ٣ ساعات سيموت الجلد بدءاً من الطبقة الخارجية له، ويعود السبب الرئيسي في قلة تدفق الدم في الجلد هو الضغط عليه.

بالنسبة لتحركات الجسم العادية فهي لا تسبب ضغط على الجلد وذلك بسبب تغيير وضع الجسم بشكل مستمر، وبالتالي فإن تدفق الدم لا يتوقف لفترة طويلة. كما أن وجود طبقة دهنية تحت الجلد وخاصة على منطقة العظام تساعد على عدم إغلاق الأوعية الدموية.

يلاحظ أن الأشخاص الذين يعانون من الشلل أو عدم القدرة على الحركة هم أكثر عرضة للإصابة بقرح الفراش. كذلك الأشخاص الذين لا يشعرون بالتعب أو الألم وذلك لأن هذا الشعور هو الحافز التلقائي على الحركة. ومن الجدير بالذكر أن بعض الأمراض التي تؤثر على الأعصاب كإصابات الرأس، والسكتة الدماغية أو مرض السكر وبعض الأمراض الأخرى أو حتى الغيبوبة جميعها تقلل الشعور الطبيعي بالتعب والألم.

كما أن هناك بعض الأشخاص الآخرين ممن هم عرضة للإصابة بقرح الفراش، وهم الأشخاص شديدي النحافة وذلك لأنهم ليس لديهم طبقة دهنية تحت سطح الجلد، وعليه فإن الجلد يحك بشكل مباشر وكبير مع العظام، كما يصعب شفاء جروح هؤلاء الأشخاص بشكل طبيعي وذلك لقلة مستوى التغذية في الجسم.

عندما يحدث توقف في تدفق الدم في منطقة معينة نتيجة ضغط على الجلد، يحتاج الجلد للأكسجين بشكل كبير، فيتحول إلى اللون الأحمر ويلتهب وبالتالي تحدث القرحة. كما قد يسبب أي خلل في الطبقة الخارجية للجلد ظهور القرحة، إضافة إلى بعض أنواع الملابس غير المريحة، والأسرة الخشنة أو الأحذية التي تحك بالجلد والتي قد تسبب إصابات بالجلد. كما أن تعرض الجلد لفترة طويلة للبلل نتيجة العرق أو البول يمكن أن يتسبب في حدوث التهاب في سطح الجلد.

## أعراض قرحة الفراش:

في أغلب الأحوال، تسبب قرح الفراش ألماً شديداً وحكة في الجلد، إلا أن هناك بعض الأشخاص الذين لا يشعرون بشدة الألم، أو إذا قد تكون القرحة شديدة ولكن غير مؤلمة .

### تنقسم قرحة الفراش إلى مستويات مختلفة

١. المستوى الأول: قبل بداية تكوين القرحة بشكل كامل، يكون الجلد أحمر اللون
٢. المستوى الثاني: يبدأ الجلد في الاحمرار الشديد والتضخم، وغالباً توجد بثور على سطح الجلد، ولا يكون السطح الخارجي للجلد بحالة جيدة
٣. المستوى الثالث: تظهر القرحة على الجلد وتخرق مستوى أعماق من طبقات الجلد
٤. المستوى الرابع: تخرق القرحة طبقات الجلد وطبقة الدهون والعضلات بشكل أعمق
٥. المستوى الخامس: يحدث خلل في العضلات.
٦. المستوى السادس: وهو أعمق مستوى للقرحة في الجلد ويحدث خلل وإصابة بالغة في العظام.

## العلاج من قرحة الفراش

يعتبر علاج قرح الفراش أكثر صعوبةً من منع حدوثها. ويمكن الشفاء منها في بداية مرحلة حدوث القرحة بسهولة بمجرد تغيير الضغط على الجسم، وكذلك عن طريق تحسين المستوى العام للصحة والتغذية وتناول البروتينات والسعرات الحرارية الزائدة .

أما إذا حدث جرح في الجلد فيمكن تغطيته بالشاش وحمائته، فذلك يساعد على شفاؤه سريعاً. علماً بأنه يوجد أنواع شاش خاصة تمنع الالتصاق بالجرح. وعند حدوث إصابة بالقرحة يمكن شطفها برفق شديد بالصابون أو بمضادات الالتهاب، حتى يتم التخلص من المواد الميتة والمصابة بالجرح، آخذين بالاعتبار أن تنظيف الجرح بشكل شديد يزيد من فترة التئام الجرح .

في حالة الإصابة بالبالغة قد يتطلب الأمر في بعض الأحيان زرع قطعة جلدية سليمة مكان المنطقة المصابة، إلا أن هذا النوع من العلاج الجراحي لا يمكن استخدامه في أحوال كثيرة، خاصة إذا كان المريض كبيراً في السن وضعيفاً من ناحية التغذية الصحية. كما يمكن أيضاً العلاج بالمضادات الحيوية .

إذا حدثت إصابة للعظام تحت القرحة (في الحالات المتأخرة للإصابة) فيكون من الصعب جداً العلاج وقد تحتاج الحالة إلى أسابيع طويلة وعلاج بالمضادات الحيوية.

### 📖 الوقاية من قرحة الفراش :

تكون قرح الفراش مؤلمة جداً وتتسبب في طول مدة إقامة المريض بالمستشفى أو في الرعاية الصحية بالمنزل. لذلك فإن الوقاية من الإصابة هي أهم الأولويات، حيث أن الرعاية الصحية السليمة تمنع حدوث إصابات كبيرة.

وتحتاج عملية الوقاية مشاركة أهل المريض ورعايتهم بجانب الممرضة أو الطبيب، حيث أن فحص جلد وجسم المريض بشكل دوري يساعد على إدراك حدوث المرض مبكراً، ومحاولة العلاج.

وتعتبر علامات احمرار الجلد أول العلامات التي تنبه بضرورة عمل الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث القرحة. أما بالنسبة للمناطق العظمية في جسم الإنسان، فيمكن استخدام الأشياء الناعمة على الجسم مثل القطن وذلك لمنع حدوث احتكاك مع الجلد. كما يمكن حشو الأسرة والكراسي المتحركة بالقطن أو الوسائد الناعمة وذلك للتقليل من الضغط.

بالنسبة للأشخاص الذين لا يستطيعون الحركة فيجب أن يغيروا اتجاه النوم كل فترة وبشكل منتظم، وأفضل الاقتراحات هو تغيير الاتجاه كل ساعتين على الأقل وبقاء سطح الجلد نظيفاً وجافاً دائماً.

كما يمكن أيضاً استخدام المراتب الهوائية الخاصة لتجنب الإصابة بالقرح، أما بالنسبة للأشخاص الذين يعانون بالفعل من قرح الفراش في أماكن مختلفة من الجسم فيمكن استخدام المراتب الهوائية والمصنوعة من الإسفنج المطاطي وذلك لتخفيف حدة الضغط وتساعد أيضاً على تخفيف الآلام.

### ثانياً : العناية بالمتانة

تزيل الكلية الفضلات وتتقي الدم، فتترك الفضلات الجسم على شكل بول يذهب من الكلى عبر أنابيب (الحالبين) إلى المثانة، وتحفظ المثانة البول، وعندما تمتلئ المثانة يشعر الشخص الطبيعي بدافع إلى التفرغ أو التبول (يقضي حاجته).

ولدى معظم الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، لا تستطيع الرسالة أن تصل إلى الدماغ لإخباره أن المثانة مملوءة ومستعدة للتفريغ. والمشكلة الأخرى هي أن المثانة ربما لا تمتلئ وتقوم بتفريغ محتوياتها أولاً بأول، وعليه فإن الجراثيم ربما تنمو في البول وتؤدي إلى التهاب المسالك البولية (UTI)، والتهاب المسالك البولية المتكرر ربما يؤدي إلى تلف خطير في مثانة وحالبى وكلية الطفل .

### 📖 كيف سيفرغ الطفل مثانته ؟

ربما يستخدم الطفل المعاق عقلياً أنبوباً يسمى "القسطرة" الذي يتم وضعه في الداخل ويخرج من المثانة. ويحمل هذا الأنبوب البول خارج الجسم ويصرفه في وعاء. وإذا استخدم الطفل هذا الأسلوب وكنت أنت المسؤول عن أداء هذا الأمر، فأنت بحاجة إلى تعلم الطريقة الصحيحة للقيام بذلك، لأن استخدام الطريقة الصحيحة يمكن أن يساعد في حماية الطفل من الإصابة بالتهاب المسالك البولية .

### 📖 القسطرة العازلة الخارجية:

يستخدم معظم الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والذين يعانون من عدم القدرة على الحركة القسطرة العازلة الخارجية. حيث يصرف البول من القسطرة العازلة إلى كيس التجميع (أكياس الساق أو الفراش)، وبالتالي فمن الأهمية بمكان أن تتعلم الطريقة الصحيحة لاستخدام القسطرة العازلة وتنظيف الأكياس، لأن استخدام الطريقة الصحيحة يمكن أن يساعد في حماية الطفل من الإصابة بالتهاب المسالك البولية. علماً بأن الأكياس تدوم طويلاً وهناك فرصة أقل لانبعاث رائحة للبول عندما يتم تنظيف الأكياس بطريقة ملائمة، والتأكد أن العازل غير ملصق بشدة أو أن تمزقاً قد حدث للجلد.

### 📖 كيف يمكنك أن تساعد الطفل على أن يبقى نظيفاً وسليماً ؟

← حافظ على نظافة القسطرة والأكياس للمساعدة على الوقاية من الروائح. فالمعدات تدوم طويلاً إذا ظلت نظيفة .

← حافظ على نظافة القسطرة والأكياس للوقاية من الالتهاب .

← يجب مراعاة النظافة عند إدخال القسطرة في الطفل.

← يجب أن يشرب الطفل من ٨-١٠ أكواب من الماء يومياً وأن يشرب العصائر والشاي الخالي من الكافيين، ويجب أن يقلل من الحليب أو البرتقال أو عصير الجريب فروت والمشروبات الغازية.

← إذا كان الطفل يعاني من الحمى أو القشعريرة أو هناك دم في بوله يجب أن استدعاء الطبيب.

\* تذكر، إذا كان البول في كيس الساق غير صافٍ أو بني اللون أو له رائحة، ربما يكون ذلك علامة على وجود التهاب. وتعتبر النظافة هامة وتساعد على الوقاية من الالتهاب .

📌 أفكار مفيدة للوقاية من التهاب المسالك البولية :

← نظف الأكياس يومياً (عادة بمادة مبيضة أو محلول خل ) وحافظ على المعدات في مكان تخزين نظيف وجاف.

← استخدم الأساليب الملائمة عند أداء أي إجراء بولي.

## المضامين النفسية والتربوية لأهم الاضطرابات الصحية التي يمكن أن يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية

**أولاً:- المضامين النفسية والتربوية لإصابة الطفل المعاق عقلياً بالصرع**

### المضامين النفسية للإصابة بالصرع

لعلنا في البداية بحاجة إلى التأكيد على أن الصرع قد يترتب عليه مشكلات طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية متنوعة، إلا أنه ليس من السهل التحدث عن أنماط محددة من السلوكيات غير التكيفية أو المشكلات النفسية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الذين يعانون من الصرع.

وقد تتولد لدى البعض الآخر اتجاهات مدمرة لتصبح بحد ذاتها إعاقة حقيقة. ونستطيع القول أن نسبة كبيرة من الطلبة المصابين بالصرع لا يعانون من مشكلات سلوكية ذات أهمية، أما أولئك الذين لديهم نوبات شديدة متكررة وغير قابلة للمعالجة بالأدوية فهم يواجهون صعوبات كبيرة، وقد تتطور لديهم اضطرابات شديدة. ويمكن تلخيص العوامل التالية بوصفها مسؤولة عن تطور الاضطرابات النفسية لدى الفرد المصاب بالصرع.

١- عدم الشعور بالأمن الناتج عن الخوف المتواصل من أن تحدث النوبة في أي مكان وأي زمان.

٢- عدم القدرة على مواجهة رفض الآخرين واتجاهاتهم السلبية والإخفاق في تطوير استراتيجيات التعايش مع الإعاقة.

٣- الإخفاق في تطوير الكفاية الاجتماعية والشخصية، وذلك بسبب الحرمان من الخبرات الاجتماعية والتعليمية الطبيعية.

### المضامين التربوية لإصابة الفرد المعاق عقلياً بالصرع

أن نوبة الصرع بحد ذاتها لا تؤثر في القدرات العقلية العامة للفرد، وإذا لم يكن لدى الفرد المصاب تلف فهو في العادة لا يعاني من ضعف عقلي ذي أهمية، إلا أن عوامل عديدة غير التلف الدماغي قد تحد من قدرة الطالب المصاب بالصرع على التعلم وتجعل أداءه الأكاديمي ضعيفاً ومن هذه العوامل:-

١- الآثار الجانبية السلبية للعقاقير المضادة للنوبة.

٢- حدوث النوبات بشكل متكرر.

- ٣- المشكلات النفسية والاجتماعية المرافقة للإصابة بالصرع.
- ٤- النشاط الزائد الذي قد يعاني منه الفرد المعاق عقلياً بسبب العقاقير.
- ٥- الآثار البالغة التي يمكن أن يتركها الصرع في مفهوم الذات.
- ٦- صعوبات في التركيز والانتباه.
- ٧- القلق والاكتئاب.
- ٨- ضعف مهارات التآزر الحركي.
- ٩- مشكلات في القراءة.
- ١٠- ضعف في المهارات الحسابية.
- ١١- مشكلات سمعية وبصرية.
- ١٢- انعكاس العوامل السابقة على تحصيل الطالب المعاق عقلياً ودافعيته للتعلم.

ومن الواضح أن المعلم يلعب دوراً حاسماً في طبيعة الخبرات التي يمر بها الطالب المعاق عقلياً في المدرسة أو المركز وفي جعل حياته المدرسية عادية أو قريبة من العادية، فنجاح الطالب وتكيفه وتحصيله منوط بتفهم المعلم ودعمه. وذلك يتطلب من المعلم مراعاة الأمور التالية أثناء تعليم وتدريب الطلبة ذوي الإعاقة المصابون بالصرع.

- (١) التعرف على حقيقة الصرع وآثاره وتعريف جميع الأفراد المحيطين بهذه الحقيقة، عندئذ تصبح الاتجاهات واقعية نحو الطلبة المصابين بالصرع.
- (٢) مراعاة مبادئ السلامة العامة في المدرسة أو المركز، وتوجيه نشاطات الفرد المصاب بالصرع المختلفة توجيهاً سليماً، فالسماح للفرد المصاب بأن يسلك الطريق الأسهل، والسماح له بتجنب الواجبات والنشاطات اللازمة خشية حدوث نوبة لا يصب في صالح الفرد المصاب على المدى البعيد.
- (٣) الإهتمام بطرق التعامل مع الشخص الذي يعاني من الصرع ومتابعة أدائه والانتباه إلى التغيرات التي تطرأ على سلوكه.
- (٤) الإنتباه إلى الآثار الجانبية التي يمكن أن تتركها العقاقير الطبية التي يتناولها الفرد المصاب كما هو واضح في الجدول التالي.
- (٥) تسجيل المعلومات التالية عند حدوث نوبة الصرع:-
  - أ- نشاط الفرد قبل حدوثها.
  - ب- موعد الحدوث والمدة التي تستغرقها النوبة.
  - ت- أجزاء الجسم التي تأثرت بهذه النوبة.
  - ث- صعوبات التنفس.



- ج- فقدان الوعي والتعرض للإصابات  
 ح- فقدان السيطرة على المثانة والأمعاء.  
 خ- سلوك الفرد بعد توقف النوبة.

## جدول رقم (١)

العقاقير المضادة للنوبات الصرعية		
الآثار الجانبية السلبية	الاستخدامات	الدواء
الخمول، النشاط الزائد، الطفح الجلدي.	النوبة الكبرى	١. فينوباربيتال
التخلج - الرأفة	النوبة الكبرى، النوبة النفسية- الحركية	٢. دايلاننتين
الدوران - الغثيان - التقيؤ - الصداع	النوبة الصغرى	٣. زارونتين
مشكلات نفسية - التخلج الغثيان التقيؤ.	النوبة الكبرى، النوبة النفسية - الحركية	٤. مایسولین
الغثيان، الدوار - التقيؤ - التخلج.	النوبة الكبرى، النوبة النفسية - الحركية	٥. تغريتول
الدوار، النشاط الزائد.	النوبة الكبرى	٦. كلونوبين
الدوار، النشاط الزائد السلوك العدواني، سرعة الإثارة.	النوبة الصغرى، النوبة الكبرى	٧. ديباكين

## ثانياً: المضامين التربوية لإصابة الفرد المعاق عقلياً بالسكري

قد يترك السكري تأثيرات سلبية على الأداء الأكاديمي لأنه قد يشكل تحدياً للتكيف النفسي الاجتماعي للفرد. وقد يضيف المعلم قيوداً لا مبرر لها علاوة على القيود التي يفرضها المرض نفسه إضافة إلى الإعاقة التي يعاني منها. فهم قد يوفرون للطفل المعاق امتيازات خاصة وحماية زائدة، وذلك من شأنه أن يحد من اكتساب المهارات اللازمة للاستقلالية ويطور الأدوار السلبية بدلاً من الأدوار النشطة.

عامل آخر قد يعمل بمثابة عائق للتحصيل الأكاديمي للطلاب ذوي الإعاقة العقلية الذين يعانون من اضطرابات السكري هو التغيب عن المدرسة أو المركز فالأطفال المصابون بالسكري قد يغيبون عن المدرسة بشكل ملحوظ وذلك قد يترك تأثيرات كبيرة على أدائهم الأكاديمي والاجتماعي.

وفيما يتعلق بالقدرات العقلية العامة، فلا يتوقع أن يترك السكري أي تأثيرات عليها ما لم يكن السكري قد ظهر مبكراً جداً في حياة الطفل وما لم يكن قد حدث لدى الطفل المصاب ردود فعل للأنسولين (نوبة الأنسولين) بشكل متكرر. أما بالنسبة لانخفاض مستوى السكر في الدم، فهو يؤدي إلى ضعف عصبي نفسي في حالة حدوثه بشكل متكرر، ومثل هذا الضعف قد يكون له تأثيرات على الذكاء وعلى التحصيل الأكاديمي.

ويقضي التعليم المناسب لهؤلاء الأطفال إجراء تقييم شامل للخصائص التربوية والنفسية الاجتماعية. ويجب أن يشمل هذا التقييم مستوى الأداء العقلي العام والسلوك التكيفي والنمو الانفعالي والتحصيل الأكاديمي وعلى وجه التحديد يتوقع من المعلمين القيام بالأدوار الرئيسية التالية:

١. تزويد الطفل بالدعم والتوجيه.
٢. التعليم المباشر للمهارات الشخصية والاجتماعية.
٣. تشجيع المواقف والاتجاهات الدافعية للأسرة.
٤. مساعدة الطفل وأسرته على الحصول على الدعم المناسب.
٥. تقديم التغذية الراجعة للزملاء الآخرين العاملين على رعايته.
٦. معرفة المعلم بالعلامات المنذرة بانخفاض مستوى السكر في الدم، والعلامات المنذرة بارتفاعه كما هو موضح في الجدولين التاليين.

العلاقات المنذرة بانخفاض المستوى السكر في الدم	
١. تطور الأعراض بسرعة	٦. تصيب العرق
٢. الصداع	٧. الجوع
٣. تغير السلوك بشكل مفاجئ	٨. التشنجات
٤. الغثيان والتقيؤ	٩. الشحوب
٥. عدم وضوح الرؤية	١٠. فقدان الوعي

العلامات المنذرة بارتفاع مستوى السكر في الدم	
١. تطور الأعراض تدريجياً	٥. التنفس العميق
٢. الخمول	٦. العطش
٣. التعب	٧. صدور رائحة تشبه الاسيتون من الفم
٤. دفء الجلد وجفافه	٨. فقدان الوعي.

- وأخيراً، فإن الأنشطة الجسمية تمثل عنصراً هاماً في علاج السكري، وهناك اعتبارات خاصة في تخطيط البرامج التربوية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية والمصابين بالسكري أهمها:-
١. يجب تحديد إمكانية مشاركة الطفل بالأنشطة الرياضية بالتعاون مع الطبيب والأسرة.
  ٢. يجب عمل توازن بين تناول الأطعمة والأنشطة والأنسولين. ويقترح القيام بالأنشطة البدنية بعد تناول وجبة طعام خفيفة.
  ٣. بما أن الأطفال المصابين بالسكري أكثر عرضة للالتهابات، فلا بد من معالجة أي جروح لديهم فوراً.
  ٤. الامتناع عن ارتداء الملابس الضيقة وذلك منعاً لحدوث أي قيود الدورة الدموية.
  ٥. ضبط وزن الجسم.
  ٦. النشاطات الرياضية التنافسية شديدة الإثارة ليست مفصلة لأنها قد تؤدي إلى التوتر النفسي.

## ثالثاً : المضامين التربوية لإصابة الطفل المعاق عقلياً باضطرابات العظام والمفاصل

يعاني الفرد المعاق من العديد من الاضطرابات العظيمة أو اضطرابات المفاصل وبالتالي فمن الضروري بمكان أن يكون المعلم واعياً بالآثار النفسية والتربوية التي يمكن أن يتركها هذه الاضطرابات على هؤلاء الطلبة. فالأطفال الذين يعانون من آلام المفاصل (الروماتزم) يحتاجون إلى تنظيم أنشطتهم البدنية بحيث لا يقومون بالأنشطة غير اللازمة، وخاصة صعود الدرج مرات متتالية وغير ذلك من الأنشطة وقد يحتاج إلى تنظيم أنشطتهم البدنية بحيث لا يقومون بالأنشطة غير اللازمة، وخاصة صعود الدرج مرات متتالية وغير ذلك من الأنشطة، وقد يحتاج الطالب إلى وقت إضافي للنهوض والتنقل من مكان إلى آخر. وبالتالي يجب السماح له بالحركة أثناء الحصة إذا كان وضعه يتطلب ذلك.

إضافة إلى ذلك يجب تعديل برامج التربية الرياضية لدى هؤلاء الطلاب بحيث يتمتعون عن ممارسة الأنشطة التي يحتمل أن يتعرضوا فيها إلى إصابات جسمية مباشرة. أما التمارين الرياضية في الماء الدافئ والسباحة فهي أمور مناسبة ومقبولة.

ومن الناحية السيكولوجية فثمة خصائص وأنماط شخصية غالباً ما تظهر لدى الطلاب اللذين يعانون من الروماتيزم، ومن هذه الخصائص الغضب والاكتئاب وتغير المزاج. إن المرض بما يترتب عليه من الآلام قد يبعث في نفس الفرد المصاب خيبة الأمل والغضب من المعلم والأطباء والأهل الذين يعجزون عن مساعدته. كذلك فإن المرض بطبيعته قد يعلم الفرد السلبية وقلة النشاط والتواصل مع الآخرين.

وعليه، لا بد من إتاحة الفرصة للفرد المصاب بالتحدث والتعبير عن مشاعره وانفعالاته وأخيراً، فإن الأداء الأكاديمي للطلاب ذوي الإعاقة الذين يعانون من الروماتيزم نادراً ما يتأثر بالمرض وذلك يعود إلى طبيعة المرض حيث أنه يقلل من حركتهم وبالتالي يجدون متعة في تأدية المهمات الأكاديمية.

أما بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة المصابون بهشاشة العظام فإنهم لا يعانون من اثر للمرض على قدراتهم العقلية. ولأن هذا المرض يظهر على شكل خلل في تركيب العظام فإن عظيمات الأذن الوسطى قد تتلف مؤدية إلى معاناة الفرد المصاب من فقدان سمعي، وبالتالي

هنالك حاجة لفحص سمع الطفل دورياً واتخاذ الإجراءات اللازمة إذا تم التقييد من وجود إعاقة سمعية، والكلام ذاته ينطبق على حاسة البصر حيث أن بعض هؤلاء الأطفال قد يعانون من إعاقة بصرية.

وبوجه عام ينبغي التركيز على الأنشطة الذهنية لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية والمصابون بهشاشة العظام، أما الأنشطة البدنية فهي ممنوعة تماماً. كذلك ينبغي التركيز على تنمية المهارات الاجتماعية والفنية والموسيقية.

## رابعاً : المضامين التربوية لمعاناة الفرد ذي الإعاقة العقلية من اضطرابات القلب والأوعية الدموية

بالرجوع إلى ما ذكر سابقاً عن الاضطرابات القلبية التي يمكن أن يعاني منها الطلبة ذوي الإعاقة العقلية نجد أن وعي المعلم بهذه الاضطرابات يلعب دوراً أساسياً في بناء الأهداف التربوية والتدريبية لهؤلاء الطلبة، فالعديد من هؤلاء الطلبة وخاصة الذين يعانون من اضطرابات قلبية شديدة يعانون من أعراض سلوكية وجسدية مرتبطة أساسياً بطبيعة هذه الاضطرابات وهنا تبرز أهمية وعي المعلم بالإجراءات التي يراعيها أثناء تدريب هؤلاء الطلبة وتعليمهم والتي يمكن أن نلخصها في النقاط التالية.

١. بعض الاضطرابات القلبية قد تحتاج إلى تدخلات جراحية على مر سنوات طويلة. وبالتالي فإن هذه العمليات الجراحية ستترك أثراً واضحاً على الأنشطة البدنية المعتادة التي يمكن لهذا الطفل القيام بها. وبالتالي يجب أن يكون المعلم على وعي بالأنشطة البدنية التي يمكن أن تشكل خطراً على حياته. هذا من جانب، ومن جانب آخر يجب أن لا يمنع الطفل بتاتاً من إجراء أي نشاط بدني، وفي هذه الحالة يجب استشارة الطبيب المختص فيما يتعلق بالأنشطة البدنية المناسبة لهم.
٢. قد يصل هؤلاء الأطفال إلى مرحلة الإرهاق الجسدي أثناء القيام بالأنشطة البدنية بسرعة كبيرة. وقد يظهر عليهم الإعياء وسرعة التنفس وازرقاق في الشفتين والجلد، هنا على المعلم أن يسمح لهم بالاستراحة.
٣. مرة أخرى يجب على المعلم عدم تطبيق الحماية الزائدة لهؤلاء الطلبة فالحماية الزائدة قد تحد من مرض اكتساب المهارات الأكاديمية والسلوكية وهنا يلعب إدراك المعلم الدقيق بحالة هذا الطفل على استغلال إمكانات هؤلاء الطلبة إلى أقصى قدر ممكن.
٤. نظراً إلى طبيعة هذا الاضطراب قد يحتاج الطفل إلى التغيب عن المدرسة أو المركز لفترات طويلة وهنا تبرز أهمية دور المعلم في مراجعة الأهداف التربوية الخاصة بهم واخذ هذه الفترات بعين الاعتبار.
٥. نظراً لطبيعة هذا الاضطراب فإن الطقس البارد يلعب دوراً في معاناة الفرد من صعوبة في التنفس وذلك نظراً لمحدودية قدرتهم على الحركة الكثيرة، وهنا على المعلم الانتباه إلى دفء الغرفة الصفية التي يتواجدون فيها.
٦. قد تؤثر أعراض الإصابة بالاضطرابات القلبية كالجهد مثلاً في قدرة الفرد على التركيز والانتباه، وهي أمور يجب أن يأخذها المعلم بعين الاعتبار أثناء عملية التدريب.

## خامساً : المضامين التربوية لإصابة الفرد المعاق عقلياً بالاضطرابات الجلدية

كما أشرنا سابقاً فأن معظم الطلبة ذوي الإعاقة العقلية وخاصة ممن يعانون من محدودية الحركة معرضون إلى خطر الإصابة بالتقرحات الجلدية. ولعل أبرز الاضطرابات الجلدية التي تزداد نسبة إصابة الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بها هو خدش الجلد وجرحه، والذي ينتج أساساً من معاناة الفرد المعاق عقلياً من سلوكيات إيذاء الذات.

ومن هنا يظهر أهمية دور معلم التربية الخاصة في ملاحظة هذا السلوك ومنعه نهائياً من خلال أساليب تعديل السلوك المختلفة، وكذلك العمل على الحد من آثار تلك الخدوش أو الجروح في سير العملية التعليمية داخل الغرفة الصفية، أو في قدرة الفرد على أداء المهمات الأكاديمية المختلفة.

وكما ذكرنا سابقاً فيما يخص دور المعلم نحو الاضطرابات الأخرى التي يمكن أن يعاني منها الفرد المعاق عقلياً، كذلك هو الحال بالنسبة لهذا النوع من الاضطرابات. فالألم الناتج عن خدش الجلد مثلاً يؤثر وبشكل واضح في استجابة الفرد المعاق عقلياً للمعلم أثناء تطبيق المقاييس أو الاختبارات المختلفة عليه، وخاصةً أن هذا الفرد سيكون تركيزه واهتمامه منصب على الألم الذي يعاني منه .

إضافةً إلى ذلك فإن معرفة المعلم بسبل ووسائل التخفيف عن الطفل الذي يعاني من الاضطرابات الجلدية ما أمكن يساهم إلى حد كبير في نجاح أداء الفرد المعاق عقلياً في المهمات التعليمية أو حتى السلوكية داخل الغرفة الصفية.

وكذلك الحال فيما يخص كافة الاضطرابات الجلدية التي يمكن أن يعاني منها الفرد المعاق عقلياً كقرح الفراش الناجمة عن محدودية الحركة، والإصابة بالالتهابات الجلدية البكتيرية والفيروسية .

## سادساً : المضامين التربوية لإصابة الفرد المعاق عقلياً باضطرابات البلع والهضم

مما هو معروف أن اضطرابات البلع والهضم تؤدي إلى حدوث مشكلات سلوكية متنوعة كما ذكرنا سابقاً. ولعل أهم هذه المشكلات تلك التي تتعلق بنتائج الألم الذي يعاني منه الفرد المعاق عقلياً نتيجة لهذه الاضطرابات، فالبكاء الناتج عن آلام الإصابة بالإمساك مثلاً، يعيق سير العملية التربوية داخل غرفة الصف، ويؤثر في قدرة الفرد المعاق عقلياً على التركيز والانتباه أثناء التدريب على المهمات والمهارات المختلفة.

إضافة إلى ذلك فإن مشاعر التوتر والقلق والضيق والارتباك الناجم عن انتفاخ البطن يلعب دوراً هاماً في الحفاظ على هدوء الطفل وتفاعله مع المهمة التعليمية، فالألم هنا يشكل عاملاً أساسياً في تشتت الطفل وعدم قدرته على إكمال عملية التدريب والتعليم داخل الغرفة الصفية .

ومن هنا تأتي أهمية وعي المعلم أولاً باحتمالية إصابة الفرد المعاق عقلياً بهذه الاضطرابات، إضافة إلى الأثر الذي يمكن أن تتركه هذه الاضطرابات على أداء الفرد المعاق عقلياً. وهذا يرتبط بدايةً في عملية تقييم أداء الطفل الحالي وذلك من أجل بناء الخطة التربوية الفردية له، فلو كان الفرد المعاق عقلياً يعاني من آلام في بطنه أثناء تطبيق الاختبارات المختلفة كاختبارات الذكاء مثلاً، ففي هذه الحالة سيكون من المؤكد أن نتائج تطبيق هذا الاختبار ستكون غير دقيقة، وذلك لأن الفرد المعاق عقلياً كان يواجه عائقاً جسيماً بالغ الأثر في سلوكيات الفرد وفي أدائه الأكاديمي. ومن هنا ينبغي على المعلم أن يكون متأكداً أن هذا الطالب لا يعاني من أي آلام جسدية أثناء تطبيق المقاييس أو الاختبارات المختلفة.

وكذلك هو الحال عندما يقوم المعلم بوضع الأهداف الأكاديمية والسلوكية للطفل المعاق عقلياً. ففي أثناء وضع هذه الأهداف وتطبيقها يجب أن يكون المعلم على دراية بأثر هذه الاضطرابات في إمكانية تحقيق هذه الأهداف. ومن هنا يأتي دور المعلم في التخفيف من الألم الذي يمكن أن يعاني منه الفرد نتيجة لهذه الاضطرابات. وكذلك العمل على تكييف الأهداف والوسائل التعليمية لتتلاءم مع طبيعة المعاناة التي يواجهها الفرد المعاق عقلياً جراء الإصابة باضطرابات البلع والهضم.



## ملحق ٢. إختبار معرفة المعلمين بالاضطرابات الصحية

### عزيزي المعلم:-

مما لا شك فيه أن الإعاقة العقلية يصاحبها في كثير من الأحيان اضطرابات صحية عديدة ، ومن الممكن أن تؤثر على حياتهم ، مما يتوجب على معلم التربية الخاصة أن يكون على دراية بهذه الاضطرابات وأخذها بعين الاعتبار عند تعليم الطالب وتدريبه، إضافة إلى كيفية التعامل مع الحالات الصحية الطارئة حال ظهورها.

### عزيزي المعلم :

يتكون هذا الاختبار من أربعة أجزاء:-

الجزء الأول :- يهدف إلى قياس معرفة المعلم بأهم التدخلات الطبية الطارئة .

الجزء الثاني : يهدف إلى قياس معرفة المعلم بطبيعة الاضطرابات الصحية لدى الأفراد المعاقين عقلياً .

الجزء الثالث :- يهدف إلى قياس معرفة المعلم بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات لدى الأفراد المعاقين عقلياً .

الجزء الرابع: يهدف إلى قياس معرفة المعلم بالمضامين التربوية للاضطرابات الصحية لدى الأفراد المعاقين عقلياً .

### معلومات عامة

الجنس:  ذكر  أنثى

اسم المدرسة/المركز الذي يدرس فيه:-----

التخصص والدرجة العلمية:-----

عدد سنوات الخبرة:-----

هل سبق وان تلقيت دورة في الإسعافات الأولية أو الصحة العامة ؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم حدد اسم الدورة -----

### الجزء الأول:- التدخلات الطبية للحالات الطارئة

(يقيس هذا الجزء معرفة معلمي الأفراد المعاقين عقلياً بالتدخلات الطبية الطارئة):

أي التدخلات التالية لا يعد من إجراءات إسعاف الكسور في منطقة الفك السفلي.

تثبيت الفك برفق بواسطة فوطة أو منديل ومنعه من الحركة.

العمل على وقف النزيف إن وجد.

تحريك الفك ومحاولة إعادة وضعه إلى مكانه الطبيعي .

جلوس الطفل في وضعية يكون فيها رأسه مائلاً للأمام وذلك لخروج إفرازات الفم.

أي الإجراءات التالية يعد خاطئاً فيما يتعلق بإسعاف رعاف الأنف أو كسره.

وضع كمادات باردة على أنف المصاب لتخفيف الألم الناجم عن الإصابة.

إيقاف النزيف في منطقة الأنف من خلال رفع الرأس إلى أعلى.

إيقاف النزيف في منطقة الأنف من خلال الضغط على فتحة الأنف والرأس منحنى للأسفل.

في حال توقف النزيف يعطي الفرد عصير الليمون أو البرتقال.

الإجراء غير الصحيح فيما يتعلق بإجراءات العناية بالطفل المصاب بالتقرحات الجلدية هو:-

تفقد جلد الطفل يومياً مرة واحدة على الأقل.

الحفاظ على جلد الطفل رطباً ومبللاً.

تحريك الطفل وتغيير وضعيته من وقت لآخر.

تدليك المنطقة المحيطة بالتقرحات الجلدية.

أهم إجراء يجب إتباعه فيما يتعلق بإسعاف الطفل الذي يعاني من انسداد مجرى التنفس كلياً هو:  
 نسقيه كوباً من الماء.   
 الضرب على منطقة الظهر بشدة أثناء وضعية الجلوس.   
 الجلوس خلف الطفل وعمل دفعات بطنية بين السرة وأسفل عظم الصدر لحين خروج الجسم الغريب.   
 الانتظار لحين وصول سيارة الإسعاف.

أي الإجراءات التالية لا يعد من التدخلات الطبية الطارئة عند حدوث نوبة السكري:  
 وضع المصاب مستلقياً على جانبه الأيمن.   
 فك الملابس الضيقة حول العنق والصدر لتحسين عملية التنفس.   
 إعطاؤه الأنسولين.   
 إجراء عملية التنفس الاصطناعي عند اللزوم.

واحدة من الإجراءات التالية ليس صحيحاً فيما يتعلق بإسعاف مرضى الربو (الأزمة):  
 فك الملابس الضيقة حول الرقبة والصدر.   
 جلوس المصاب ومد رجليه.   
 إعطاؤه كميات كبيرة من السوائل.   
 إعطاؤه البخاخ الموسع للقصبات الهوائية إن وجد.

أهم الإجراءات التي يجب إتباعها عند حدوث نوبة الصرع لدى الفرد المعاق عقلياً:  
 تقييد الفرد ومنعه من الحركة حتى يتم تفريغ شحناته الكهربائية.   
 دفع اللسان للداخل بواسطة أداة معدنية خشبية أن يقوم بعض لسانه.   
 ترك الفرد المصاب على جانبه وإبعاد الأشياء الخطرة من حوله والانتظار لحين انتهاء النوبة.   
 اسقاؤه كوباً من الماء.

قبل تضميد الجرح يجب غسله بالماء وذلك بهدف:  
 تقليل فرصة تكون الندب الجلدية.   
 إزالة الأوساخ والأنسجة الميتة من الجرح.   
 تحسين وصول الدم إلى الجرح.   
 تقليل تهيج الجرح.

التدخل الطبي الطارئ لحالة طفل عمره ١٣ سنة، سقط على وجهه وانكسر سنه الأمامي هو:  
 إرسال الطفل مباشرة إلى طبيب الأسنان.   
 الاتصال بالوالدين ونصحهم بإرسال الطفل مباشرة إلى طبيب الأسنان.   
 حضن الطفل وتقبل خسارة هذا السن.   
 تنظيف الأسنان بالفرشاة والمعجون.

أي العبارات التالية تعد خاطئة فيما يتعلق بإسعاف حالات إصابة الفرد المعاق عقلياً بالحروق الشديدة:-  
 خلع الملابس بهدوء لرؤية مكان الحريق وقص الملابس حول الأماكن الملتصقة.   
 استخدام الماء البارد أو الثلج لتبريد منطقة الحرق.   
 تضميد الجرح بالشاش المغطى بكريم الحروق في حالة الحروق البسيطة.   
 لو وجدنا فقايق نتركها كما هي لحين نقل المصاب إلى المستشفى.

أي العبارات التالية تعد خاطئة فيما يتعلق بإسعاف الفرد المعاق عقلياً والذي تعرض لإصابة في منطقة الرأس:  
 حجم الانتفاخ الذي أحدثته الإصابة يعد مؤشراً على مدى خطورتها.   
 ينصح بوضع كمادة ثلج مباشرة على مكان الإصابة وذلك للحد من انتفاخها.   
 في حال حدوث نزيف في مكان الإصابة ينصح بوضع ضمادة على منطقة النزيف لمدة لا تقل عن ١٥ دقيقة.   
 إذا ظهرت على الفرد المعاق أعراض مثل ( التقيؤ المتكرر، فقدان الوعي، التشنج ) عندها يجب الإسراع بنقل المصاب إلى المستشفى.

- أي العبارات التالية يعد صحيحاً فيما يتعلق بإصابة الفرد المعاق عقلياً بالحمى ( ارتفاع درجة الحرارة):-
- تعد الحمى مرضاً بحد ذاته يحتاج إلى تقييم وتشخيص وعلاج من قبل الطبيب.
- وضع كمادات الماء البارد جداً أو الثلج أو الكحول على جسم الفرد الذي يعاني من الحمى يعد وسيلة مثالية
- لخفض درجة حرارة جسمه.
- كإجراء أولي ينصح بإعطاء الطفل أحد الأدوية الخافضة للحرارة.
- إذا كانت الحمى ناتجة عن التعرض لأشعة الشمس المباشرة لفترة طويلة عندها ينصح بعدم تحريك الفرد
- المصاب وعدم إعطاؤه كميات كبيرة من السوائل لحين وصول الطبيب.

### الجزء الثاني : المعرفي

( يقيس معرفة المعلم بأهم الاضطرابات الصحية التي يعاني منها الأفراد المعاقون عقلياً )

أي العبارات التالية لا تمثل عرضاً من أعراض إصابات الوجه والفكين:

التعبير عن وجود ألم في منطقة الفم وازدياده أثناء عملية بلع الطعام.

صعوبة في عملية التحدث لدى الطفل .

تورم في الفك السفلي مع خروج الدم منه.

ارتفاع معدل سرعة نبضات القلب.

أي الاضطرابات التالية لا تعد من أهم الاضطرابات المرتبطة بعدم قدرة الفرد المعاق عقلياً على الحركة:

اضطرابات الدورة الدموية.

التقرحات الجلدية.

المشكلات التنفسية.

اضطرابات الفم والأسنان.

واحدة من العبارات التالية لا تعد من مبررات استخدام القسطرة البولية ( أنبوب يصل إلى المثانة لتفريغ البول )

لدى الأفراد المعاقين عقلياً:

عدم القدرة على الحركة والتنقل بحرية.

شلل في منطقة الأطراف السفلية.

وجود اضطراب في الأمعاء.

وجود اضطراب في المثانة وعدم القدرة على التحكم بعملية التبول.

تزداد نسبة إصابة الأفراد المعاقين عقلياً بالتهابات الفم والأسنان، والسبب في ذلك:

التأثيرات الجانبية لبعض أنواع الأدوية.

عدم قدرة هؤلاء الأطفال على العناية بأسنانهم.

كثرة التنفس عن طريق الفم وإبقاء الفم مفتوحاً.

جميع ما ذكر صحيحاً.

تشابه النوبات الصرعية في العديد من الأعراض عدا :-

تظهر وتختفي فجأة، فهي لا إرادية.

تستمر لفترة زمنية قصيرة

تؤدي دائماً إلى فقدان الوعي

تشتمل على سلوك حركي نمطي غير عادي

واحدة من العبارات التالية لا تعد من أعراض حالة فقدان الوعي.

شحوب المصاب وازرقاقه

انخفاض في حرارة الجسم

خلل في معدل التنفس

خلل في معدل النبض.

واحدة من الأعراض التالية لا تعد مؤشراً على حدوث نوبة السكري لدى الطفل المعاق عقلياً:

- الشعور بالعطش
- خلل في الوعي أو فقدانه
- حدوث التبول أو التغوط بشكل لا إرادي
- ازرقاق الشفتين والجلد

واحدة من الأعراض التالية لا تمثل عرضاً هاماً للنوبة القلبية التي تصيب الفرد المعاق عقلياً:

- وجود ألم في الصدر
- التعرق الشديد
- جفاف الجلد واصفراره
- صعوبة في التنفس

الاضطراب الأكثر ارتباطاً بممارسة النشاطات الرياضية لدى أطفال متلازمة داون هو:

- التقرحات الجلدية
- السكري
- مشكلات صمامات القلب
- تضخم الغدة الدرقية

الاضطرابات التالية تعد شائعة بين الأفراد المعاقين عقلياً عدا:

- الاضطرابات القلبية
- التقرحات الجلدية
- الإمساك
- الإسهال

أي العبارات التالية تعد صحيحة فيما يتعلق بغذاء الطفل المصاب بالإمساك:

- أن يحتوي غذاء الطفل على أغذية غنية بالبروتينات مثل اللحوم.
- أن يحتوي غذاء الطفل على أغذية غنية بالألياف مثل الخضروات الورقية.
- تقليل كمية السوائل التي يمكن أن يتناولها الطفل.
- تقليل عدد الوجبات الغذائية المعتادة.

أي العبارات التالية لا تشير إلى معاناة الفرد المعاق عقلياً من الجفاف الشديد:-

- جحوظ العينين
- جفاف الفم بشدة
- جفاف الجلد وتجعده في منطقة البطن والأطراف.
- الخمول العام وعدم الانتباه

يعرّف مرض السكري على أنه:

- خلل في هضم السكر في الجسم ناتج عن ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم.
- نقصان نسبة السكر في الجسم ناتج عن اضطراب في الكبد.
- خلل في هضم السكر ناتج عن نقص إفراز هرمون الأنسولين في الجسم.
- زيادة كمية السكر في الدم وذلك بسبب تناول كميات كبيرة من المأكولات السكرية.

السبب الرئيس لحدوث متلازمة داون هو:

- وجود ثلاثة كروموسومات في المجموعة رقم ٢٣ ليكون مجموعها في الخلية الواحدة ٤٧ كروموسوم.
- وجود ثلاثة كروموسومات في المجموعة رقم ٢١ ليكون مجموعها في الخلية الواحدة ٤٧ كروموسوم.
- وجود كروموسوم واحد في المجموعة ٢٣ ليكون مجموعها في الخلية الواحدة ٤٦ كروموسوم.
- وجود كروموسومين في المجموعة رقم ٢٣ ليكون مجموعها في الخلية الواحدة ٤٦ كروموسوماً.

واحدة من العبارات التالية تعتبر خاطئة فيما يتعلق بتغذية الطفل المعاق عقلياً:-

- كثرة تناول المشروبات الغازية والعصائر المعبأة والزيوت المهدرجة تساهم إلى حد كبير في ظهور أعراض النشاط الزائد لدى الأفراد المعاقين عقلياً .
- يعاني أطفال متلازمة داون غالباً من نقص في حمض الفوليك والذي يتواجد بكثرة في السبانخ والبطاطا .
- غالباً ما يؤدي نقص الحديد في غذاء الفرد المعاق عقلياً إلى إصابته باضطرابات في الغدة الدرقية .
- إصابة الأفراد المعاقين عقلياً بالسمنة غالباً ما تكون ناتجة عن صعوبة البلع والمضغ أو وجود خلل في مراكز الشبع في أدمغتهم أو قلة النشاط والحركة

أي الأعراض التالية لا تعد مؤشراً على انسداد أنبوبة تصريف السائل الدماغي لدى الذين يعانون من الاستسقاء الدماغي :-

- الصداع الشديد
- القيء
- التهيج وفقدان الوعي
- الإمساك

عند حدوث أزمة الربو واحد من الأعراض التالية يشير إلى أن حالة الطفل خطيرة ومهددة لحياته:

- ازرقاق الوجه وباقي الجسم .
- زيادة في سرعة نبضات قلبه .
- ارتفاع ضغط دمه .
- أصوات نفسه غير طبيعية .

واحدة من العبارات التالية لا تشير إلى التعديلات التي يجب أن يقوم بها المعلم فيما يتعلق بالأنشطة الصفية للطفل المصاب بالربو :-

- تشجيع الطفل على القيام بالأنشطة البدنية التي تتلاءم مع وضعه الصحي .
- قيام المعلم ببحث الطفل على القيام بالأنشطة البدنية التي تحتاج إلى فترات زمنية طويلة .
- عدم دفع الطفل للقيام بالأنشطة البدنية التي تفوق قدراته .
- عدم حث الطفل على الاستمرار بأداء أي نشاط بدني إذا عبر الطفل عن عدم قدرته على الاستمرار .

**الجزء الثالث :-** ( يقيس معرفة المعلم بأهم الأعراض السلوكية والجسمية للاضطرابات الصحية التي يمكن أن يعاني منها الأفراد المعاقون عقلياً )

يرجى وضع علامة ( X ) في المربع الأول إذا كانت العبارة صحيحة ووضعها في المربع الثاني إذا كانت العبارة خاطئة .

أولاً : الاضطرابات الهضمية	صح	خطأ	لا أعرف
معدل تبرز الطفل الذي يعاني من الإمساك أقل من (٢-٣) مرات أسبوعياً			
من أعراض إصابة الطفل بالإمساك شرب كميات كبيرة من السوائل			
زيادة معدل شردقة الطفل بالطعام أثناء نومه دليل على إصابته باضطراب البلع .			
تزداد نسبة إصابة أطفال متلازمة داون بنقص الوزن نتيجة للاضطرابات الهضمية لديهم .			
تخزين الطعام في الفم يعد مؤشراً على الإصابة باضطرابات البلع .			
جفاف الجلد وتجده في منطقة البطن يعد مؤشراً هاماً على معاناة الفرد المعاق عقلياً من الجفاف .			
ثانياً: اضطرابات الفم والأسنان			

		خروج الرائحة الكريهة من فم الطفل يعد مؤشراً على اضطراب في الفم والأسنان .
		يحاول الطفل الإمساك برقبته عند معاناته من ألم في فمه
		كثرة التقرحات في فم وأسنان الطفل يعد مؤشراً على إصابته باضطرابات الفم والأسنان
		تقل اضطرابات الفم والأسنان لدى أطفال متلازمة داون.
<b>ثالثاً: السكري</b>		
		قلة التبول يعد مؤشراً على معاناة الطفل من السكري
		من أعراض السكري انعدام الشهية
		من أعراض السكري تأخر التئام الجروح وكثرة الإصابة بالتهابات الجلد
<b>رابعاً: الصداع الشديد</b>		
		الطفل الذي يعاني من صداع شديد يضطرب سلوكه عند الخروج إلى الأماكن المضيئة مثل الساحة الخارجية.
		من أهم أعراض الصداع الشديد أن يقوم الطفل بضرب الرأس باليد أو ضرب الرأس بالأشياء المحيطة .
		الإعياء والتعب الشديد من أعراض الصداع الشديد
		لا يطرأ أي تغيرات في المظهر العام لدى الطفل المصاب بالصداع الشديد
<b>خامساً: اضطراب المسالك البولية</b>		
		يضطرب سلوك الطفل المصاب بالتهابات البولية قبل أو أثناء أو بعد التبول بفترة قصيرة .
		السلس البولي ليس له علاقة بوجود اضطراب في المسالك البولية .
		في الغالب لا يوجد هناك حاجة لاستخدام القسطرة البولية لدى الأفراد المعاقين عقلياً .
		من أعراض اضطراب المسالك البولية الصعوبة في التبول.
<b>سادساً: اضطرابات الأذن (السمع)</b>		
		يستجيب الطفل المصاب باضطرابات الأذن للأصوات المألوفة فقط
		يجفل الطفل المصاب باضطرابات الأذن عند التعرض للضوضاء .
		من أعراض الإصابة باضطرابات الأذن والسمع التكلم بصوت منخفض .
		تكثر التهابات الأذن بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات السمع .
<b>سابعاً: اضطرابات العين (البصر)</b>		
		من أعراض اضطرابات البصر عدم استجابة الطفل للأصوات المألوفة .
		يحاول الطفل الذي يعاني من اضطراب في بصره كمش عينه وتقريب رأسه من الشيء الذي يود النظر إليه.
		احمرار العيون وتهيجها وذرف الدموع منها دليل على وجود اضطراب فيها
		يحاول الطفل المصاب باضطراب بصري المحافظة على الاتصال البصري مع المعلم
<b>ثامناً: اضطرابات القلب والأوعية الدموية</b>		
		الإجهاد عند القيام بالنشاطات البدنية الاعتيادية مؤشر على إصابة الفرد بالاضطرابات القلبية
		النشاطات البدنية المجهدة مفيدة للطفل الذي يعاني من اضطرابات قلبية
		ضعف القدمين وجفافهما دليل على إصابة الطفل باضطرابات القلب والأوعية الدموية
		من أعراض اضطرابات القلب والأوعية الدموية اصفرار الوجه والتعرق الشديد والدوخة
<b>تاسعاً: الاضطرابات الجلدية</b>		
		كثرة الحركة تلعب دوراً أساسياً في الإصابة بالاضطرابات الجلدية
		من أعراض الإصابة بالاضطرابات الجلدية احمرار الجلد وانتفاخه حول أصابع اليدين والقدمين
		ارتداء الملابس الصوفية يقلل من معاناة الفرد المصاب بالاضطرابات الجلدية

		ترتبط الاضطرابات الجلدية أحياناً بأنواع الأدوية التي يتناولها الفرد
<b>عاشرا: اضطرابات العظام والمفاصل</b>		
		يظهر الفرد المصاب باضطرابات العظام والمفاصل ميلاً إلى كثرة الحركة والتنقل
		تحسن سلوك الفرد المصاب باضطرابات العظام والمفاصل عند القيام بالنشاطات البدنية المختلفة
		انتفاخ واحمرار المفاصل يعد مؤشراً على وجود اضطراب بها
		من أعراض الإصابة باضطرابات العظام والمفاصل الشعور بعدم الارتياح أثناء الجلوس على الكرسي المتحرك أو عند الاستلقاء على السرير
<b>المجال الحادي عشر: اضطراب إفرازات الغدة الدرقية</b>		
		الخمول والضعف العام مؤشر على زيادة إفرازات الغدة الدرقية
		زيادة القدرة على التركيز والانتباه وقلة النشاط مؤشر على زيادة إفرازات الغدة الدرقية
		الشراهة في الأكل المؤدية إلى السمنة مؤشر على زيادة إفرازات الغدة الدرقية
		التغير الحاد في المزاج والتوتر والقلق مؤشر على نقص إفرازات الغدة الدرقية
		من أعراض نقص إفرازات الغدة الدرقية عدم القدرة على التفكير بوضوح وكثرة النسيان
<b>المجال الثاني عشر: الصرع</b>		
		الصرع عبارة عن اضطراب معدٍ يحتاج إلى توخي الحذر من انتقاله بين الأطفال
		تؤثر الإصابة بالصرع في القدرات العقلية للطفل
		تؤدي النوبة الصرعية الصغرى إلى حدوث فقدان للوعي
		ينصح بعدم تحريك الطفل المصاب بالنوبة الصرعية لحين انتهاء النوبة وأبعاد الأشياء الخطيرة من حوله
		تستمر النوبة الصرعية الكبرى في أغلب الأحيان لساعات

**الجزء الرابع:-** يقيس معرفة المعلم بالمضامين التربوية للاضطرابات الصحية التي يعاني منها الأفراد المعاقون عقلياً :-

يرجى وضع علامة ( X ) في المربع الأول إذا كانت العبارة صحيحة ووضعها في المربع الثاني إذا كانت العبارة خاطئة .

لا أعرف	خطأ	صح	العبارة
			قليلاً ما يؤثر الصرع في القدرات العقلية للفرد المعاق عقلياً
			قد يعاني الفرد المعاق عقلياً من النشاط الزائد وذلك نتيجة للأثار الجانبية لأدوية الصرع.
			غالباً ما يحدث الصرع صعوبات بالغة في الانتباه والتركيز ومهارات التآزر الحركي إضافة إلى ضعف في مهارات القراءة والحساب.
			من المفضل تقييد حركة الطفل الذي يعاني من التهابات المفاصل داخل غرفة الصف
			تعد التمارين الرياضية في الماء الدافئ والسباحة مفيدة جداً لدى الطفل الذي يعاني من التهابات المفاصل .
			ينصح دائماً بالتركيز على ممارسة الأنشطة البدنية لدى الأطفال الذين يعانون من التهاب المفاصل
			مشاركة الأطفال الذين يعانون من السكري في النشاطات التنافسية شديدة الإثارة يعد مفيداً لهم.

		قد يؤدي تكرار إصابة الطفل المعاق عقلياً بنوبة السكري إلى ضعف نفسي عصبي وبالتالي التأثير في الذكاء والتحصيل الأكاديمي .
		تلعب معرفة المعلم بالعلامات المنذرة بارتفاع أو انخفاض مستوى السكر لدى الأفراد المعاقين الذين يعانون من السكري دوراً هاماً في منع حدوث هذه النوبة.
		تعد إصابة الفرد المعاق عقلياً بالربو أحد أهم أسباب تغييب الفرد عن المدرسة
		يحتاج الأفراد الذين يعانون من الربو إلى أداء الأنشطة البدنية التي تستمر لفترة زمنية طويلة.
		لا تؤدي أدوية الربو إلى إحداث تغييرات سلوكية لدى الفرد المعاق عقلياً.
		قد تؤدي إصابة رأس الفرد المعاق عقلياً إلى حدوث تغييرات في ذاكرته وتركيزه وانتباهه وحتى قدرته على التعلم.
		يحتاج الأفراد المعاقون عقلياً الذين يعانون من اضطرابات القلب والأوعية الدموية إلى ضبط ممارستهم للأنشطة الرياضية.
		الإصابة باضطرابات القلب والأوعية الدموية لا تؤثر على قدرة الطفل المعاق عقلياً على التركيز والانتباه .

أرجو كتابة بريدك الإلكتروني في الأسفل، كي نعمل على تزويدك بنتائج الدراسة، شاكرًا لكم سعة صدوركم ومشاركتم في هذا المشروع.

الباحث : عبد الهادي حيمور

البريد الإلكتروني ( Email ) .....



**THE KNOWLEDGE OF TEACHERS OF INDIVIDUALS  
WITH MENTAL RETARDATION ABOUT THEIR  
HEALTH DISORDERS AND THE EFFECT OF A  
TRAINING PROGRAM IN IMPROVING THAT  
KNOWLEDGE**

**By**

**Abdulahde Issa Abdullah Haimour**

**Supervisor**

**Dr. Jamal Mohammed Saeed Al-Khateeb, Prof**

**ABSTRACT**

This study aimed to explore the teacher's knowledge about health disorders of mentally retarded students in the public and private special education centers in Amman. In addition, it aimed to design an educational program in order to improve teacher's knowledge about health disorders of mentally retarded students and verifying its effectiveness.

A sample was selected in two phases; the first phase involved a selection of a survey study sample that included all teachers (male & female) of mentally retarded students in Amman (n = 250). In the second phase a sample of (n = 50) teachers (male & female) was selected from the

previous sample, and randomly assigned into two groups; the experimental group (n = 25) who received the educational program, and the control group (n = 25) who didn't receive the educational program. The study utilized an exploratory instrument called "Measurement of teacher's knowledge about health disorders", whereas the experimental study utilized an educational program which was developed by the researcher.

The results revealed a general deficit in teacher's knowledge about health disorders of mentally retarded students. The results also revealed no significant differences in teacher's knowledge about health disorders of mentally retarded students according to sex, whereas a statistically significant differences were found according to history of having a previous health courses, favoring the teachers who had a previous health training courses.

As for the experimental study, results of the posttest that measure's "Teachers knowledge about health disorders of mentally retarded students" as a whole and in its all dimensions revealed a significant statistical differences between the experimental and control groups favoring the experimental group (who received the educational program). Those results assure the efficiency of the educational program.

Finally, alongside the scope of the study results we can touch the urgent need of improving teachers knowledge about health disorders of mentally retarded students by enhancing teachers preparing programs at colleges and universities in addition to the in service programs at special education centers in order to improve teachers qualifications in meeting health needs of mentally retarded students.

