

## ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدي مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في مصر برؤيا تقييمية أنثروبولوجية

أمنية محسن عبدالعظيم<sup>(\*)</sup>

### • ملخص:

تركز الأنثروبولوجيا الطبية على دراسة ثقافة الصحة والمرض ودراسة العوامل والممارسات المرتبطة بهما والتي تشمل العديد من مظاهر الثقافة في إدراكات وتصور الناس، وفي هذه الدراسة يتم التركيز على ثقافة الرضا لدي متلقي الخدمات الصحية من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية السفلية والعلوية المقدمة لهم في المراكز والمؤسسات المنظمة لذلك، حيث أن ثقافة الرضا لا يمكن دراستها بمعزل عن باقي عناصرها، فلا بد من فهمها وفقاً للطريقة التي يتفاعلون بها ليدركون العالم، والتي تستند أساساً إلى خبرة أفراد المجتمع والتي تشمل نظم مختلفة من القيم والأنماط والعادات والمعتقدات والأخلاق والخبرة السياسية والدينية، وما يحدث بينهم من تفاعل فهو بمثابة نظام رمزي من التصور الذي يسمح بتكامل كل شيء عن العالم وعن الذات للمبحوثين في صورة شاملة الأمر الذي يلقي الضوء على الواقع كما هو معروف داخل ثقافة ما.

وتعتبر هذه الدراسة وصفية استكشافية تحليلية اعتمدت على المقابلات الفردية المتعمقة والأثنوجرافيا السردية باستخدام منهجية أنثروبولوجية كيفية، ارتكزت الدراسة في جمع البيانات على الملاحظة بالمشاركة، ومجموعات المناقشة البؤرية، والمقابلات المتعمقة انطلاقاً من إطار نظري أنثروبولوجي وهو الاتجاه المعرفي ومدخل رؤى العالم.

وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج منها: (1) ضرورة تعزيز الدراسات المتعمقة في مجال الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وتنفيذها عبر المواقع الحكومية على هيئة استبيانات كبيرة تعكس التعداد الحقيقي لمتلقي الخدمات، وتوضح نوع ودرجة الإعاقة والمستوي التعليمي والاقتصادي والمهني وذلك لتعديل المسار المستقبلي للبحث والتطوير، (2) العمل على إنشاء قاعدة بيانات متكاملة مزودة بمعلومات حول نوع الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي المناسب لكل حالة ومعرفة تكلفته وأماكن إتاحتها والجهات التي يمكن أن توفرها، (3) التوسع في إنشاء المراكز وورش الخدمات بمختلف أشكالها نظراً لمحدوديتها حالياً وإنها تعاني من صعوبة الوصول لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بسبب تمركزها في أماكن دون غيرها، (4) ضرورة العمل على تطوير وتحسين وتيسير برامج تقديم الخدمات وإعادة هيكلة المنظومة ككل لتكون متاحة للجميع.

**الكلمات المفتاحية:** الأنثروبولوجيا الطبية، الثقافة، الإعاقة، الأجهزة التعويضية، الأطراف الصناعية، رؤى العالم

(\*) مدرس الأنثروبولوجيا الطبية - بمعهد دراسات علوم المسنين - جامعة بني سويف

## **Culture of satisfaction with health services towards users of prosthetic devices and Prosthetics in Egypt, based on an anthropological assessment**

Dr. Omnia M. A. Mohammed

### • **Abstract**

Medical anthropology focuses on studying the culture of health and disease and studying the factors and practices associated with them, which includes many manifestations of culture in the perceptions and perceptions of people. The centers and institutions that organize this, since the culture of contentment cannot be studied in isolation from the rest of its elements, so it must be understood according to the way in which they interact in order to perceive the world, and whose names are based on the experience of members of society, which includes different systems of values, patterns, customs, beliefs, morals, political and religious experience and what happens. There is interaction between them, as it is a symbolic system of perception that allows the integration of everything about the world and the self of the respondents in a comprehensive picture, which sheds light on reality as it is known within a culture.

This study is a descriptive, exploratory, longitudinal study that relied on in-depth individual interviews and narrative ethnography using a qualitative anthropological methodology based on data collection on participatory observation and focus groups and consistent interviews based on an anthropological theoretical framework, which is the cognitive approach and the entrance to worldviews. The research concluded several results, including: (1) the need to promote in-depth studies in the field of prosthetic devices and prosthetics and implement them through government websites in the form of large questionnaires that reflect the real number of service recipients, and clarify the type and degree of disability and the educational, economic and professional level to modify the future course of research and development, (2) Working on creating an integrated database with information about the type of device or prosthetic limb suitable for each case, knowing its cost, where to make it available, and the parties that can provide it. prostheses and prostheses due to their concentration in places and not others, (4) the need to work on developing, improving and facilitating service delivery programs and restructuring the system as a whole to be available For everyone.

**Keywords:** Medical anthropology, Culture, Disability, Prosthetic devices, Prosthetics, Worldviews

## • مقدمة

يواجه جميع سكان العالم في المستقبل نموًا كبيرًا في عدد السكان بين عامي 2020-2030 تزايد أعداد الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا بنسبة 34% وذلك طبقًا للمؤشرات العالمية للصحة والسكان في العالم، ففي عام 2020 تجاوز عدد الأشخاص البالغين من العمر 60 سنة فأكثر عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، وهذا كله سوف يؤدي إلى زيادة الطلب على خدمات الأجهزة المساعدة والأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية، وقد يحتاج حوالي 1.5% من سكان العالم إلى تدخلات صناعية وتقويمية من أجل رفاحتهم، بالإضافة إلى أنه من (5-15%) فقط من بين كل 10 أفراد لكل مليون نسمة لديهم إمكانية الوصول إلى الأجهزة التعويضية والتقويمية، ويرجع ذلك لزيادة المخاطر والحوادث والمضاعفات والتي تتطلب ضرورة العمل على تحسين نوعية الحياة والحالة الصحية والتقويم والدعم الوظيفي والمجتمعي والنفسي للمستخدمين<sup>(1)(2)(3)</sup>.

ويتمتع الأشخاص كبار السن وذوي الإعاقة الحركية في جمهورية مصر العربية بالحق في الحصول على الانتقال والحركة باستخدام تكنولوجيا الأجهزة المساعدة الميسرة وفقًا لحالتهم الصحية، حيث تتيح الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية للأشخاص للذين يعانون من إعاقات جسدية أو قيود وظيفية تمنعهم من الحركة أن يعيشوا حياة صحية ومنتجة ومستقلة وكريمة تمنحهم التمتع بتكافؤ الفرص والمشاركة في سوق العمل والتعليم وممارسة الحياة الاجتماعية، وعندما لا تتوفر إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات الصحية يواجه هؤلاء الأشخاص العديد من الصعوبات الأمر الذي

- 1- Healy A, Farmer S, Pandyan A, Chockalingam N. A systematic review of randomised controlled trials assessing effectiveness of prosthetic and orthotic interventions. PLoS One. 2018; 13(3): e0192094. PMID: 29538382 DOI: 10.1371/journal.pone.0192094 [PubMed]
- 2- Kumar A, Vinita V. Prosthetics and orthotics in rehabilitation: A short communication. Global Journal for Research Analysis. 2020; 9(8): 17-8.
- 3- Kumar A, Vinita V. Prosthetics and orthotics in rehabilitation: A short communication. Global Journal for Research Analysis. 2020; 9(8): 17-8.

## ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في مصر برؤيا تقييمة أنثروبولوجية

قد يؤدي لشعورهم بالإقصاء والعزلة والفقر والاعتماد على الآخرين مما يؤدي إلى زيادة الشعور بالعجز والإعاقة والمرض<sup>(1)</sup>.

وطبقًا لتقديرات منظمة الصحة العالمية أن شخصًا واحدًا فقط من بين كل 10 أشخاص بحاجة إلى الحصول على المنتجات المساعدة بما في ذلك الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية، وبسبب تكلفتها المرتفعة ونقص الوعي وندرة العمالة في هذا التخصص ونقص التمويل تقوم منظمة الصحة العالمية بتنسيق مبادرات عالمية "التعاون العالمي بشأن التكنولوجيا لتحسين الوصول إلى المنتجات المساعدة (GATE).

ولتحسين الوصول إلى خدمات الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية قامت منظمة الصحة العالمية بالشراكة مع الجمعية الدولية للأطراف الأصطناعية وتقويم العظام (USAID) بالتعاون مع الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (ISPO) بإعداد وثائق ونشرات دولية للمعايير العالمية للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، وكذلك قامت بإعداد دليل تنفيذي لمساعدة الدول الأعضاء في وضع خطط تطوير وتحسين أنظمتهم لتقديم هذه الخدمات.

وتتمثل أهداف هذه الوثائق في ضمان دمج خدمات الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية في الخدمات والأنظمة الصحية، حيث يتم تقديمها غالبًا في نفس الوقت مع الخدمات الصحية الأخرى، وتعتقد منظمة الصحة العالمية أن هذه الوثائق ستعزز زيادة الوصول إلى هذه الخدمات على الصعيد العالمي، كخطوة أخرى نحو تعزيز التغطية الصحية الشاملة وتحقيق التنمية المستدامة (SDGS).

وطبقًا لخطة العمل العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإعاقة للفترة من (2014-2021) بمنشوراتها عن إعادة التأهيل في النظم الصحية من الدول الأعضاء

1- World Health Organization. Guidelines for training personnel in developing countries for prosthetics and orthotics services [Internet]. 2005 [cited: 1 Oct 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43127>



لتطوير سياسات التمويل والمشتريات وضمان إتاحة المنتجات المساعدة لكل من يحتاج إليها، فإن الجهاز التعويضي والطرف الصناعي ينبغي أن يكون متاح لكافة المستخدمين وبتكلفة ميسورة في بيئة دامجية مع إعطاء الأولوية لمزيد من التكنولوجيا التقنية بأسعار ميسرة<sup>(1)</sup>، كما أوضح التقرير أن العديد من البلدان النامية منخفضة الدخل لابد أن تقدم تعليمًا جامعيًا رسميًا في مجال الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية<sup>(2)</sup>.

وهناك العديد من الموثيق والاتفاقيات الدولية التي تلزم الدولة الموقعة باتخاذ كافة التدابير لضمان التنقل الشخصي لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاستقلال للأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن، كما تقع على عاتقهم مسئولية مماثلة في ضمان تعزيز الوصول في توافر الوسائل المساعدة للحركة والأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية والتقنيات المساعدة والوصول إليها على أن تكون بجودة عالية وبأسعار مناسبة.

وقد تم اعتماد اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNCRPD) في ديسمبر 2006 وفتح باب التوقيع عليها 30 مارس 2007 التي تعتبر بمثابة نموذج لصياغة القوانين والسياسات الوطنية للدول الموقعة وهي أول معاهدة دولية قانونية تمنح حق المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة وقد وقعت عليها جمهورية مصر العربية سنة 2007 وصادقت عليها 2008<sup>(3)</sup>.

- 1- Jensen S, Raab W, Fisk J, Hartz C, Saldana A, Harte C. Quality of polypropylene sockets for trans-tibial prostheses in low-income countries. *Prosthet Orthot Int.* 2006; 30 (1): 45–59. doi: 10.1080/03093640600568336. [PubMed][CrossRef] [Google Scholar]
- 2- World Health Organization: Disability Draft WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability. In. Sixty-seventh World Health Assembly WHO 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/199544>
- 3- United Nations. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities New York: United Nations; 2007. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>. Accessed 30 oct 2022.

وعلى الرغم من تصديق جمهورية مصر العربية على كافة المواثيق الدولية لحقوق الإنسان واعتماد كافة التدابير التشريعية اللازمة لضمان الحقوق المعترف بها والارتقاء بحقوق هؤلاء الأشخاص في مصاف الحقوق الدستورية، فكان لا يوجد في مصر تشريعات حمائية خاصة بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة حتى عام 2018 فيما عدا القانون رقم 39 لسنة 1975 وهو قانون يتعلق بالرعاية الاجتماعية لهم.

وعقب ثورة 2011 أخذ الاهتمام بحقوق ذوي الإعاقة يدخل منحى جديد فأثمر عن الاعتراف الدستوري بحقوقهم لأول مرة في صلب دستور 2012 الملغي، ودستور 2014 الحالي، وهو ما يعتبر تأكيداً دستورياً على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وفي عام 2018 صدر القانون رقم 10 لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وفيما بعد أطلقت جمهورية مصر العربية عام 2021 الاستراتيجية الوطنية لحقوق الإنسان وخصصت جزء من الخطة لقضايا الأشخاص ذوي الإعاقة وكبار السن.

وكذلك صدر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 410 لسنة 2012 بشأن إنشاء المجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة الذي خضع لتعديلات كثيرة منها قرار 1106 لسنة 2015، والذي قلص من دوره وصلاحياته ونقل الإشراف عليه لوزارة التضامن والتضامن، وفي عام 2012 أنشئت وحدة شئون الإعاقة بالمجلس القومي لحقوق الإنسان.

#### الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث:

❖ بالرغم من كثرة الدراسات الأنثروبولوجية حول الإعاقة إلا أن هذه الدراسات القيمة والمتعددة تخلو من الأبحاث الأنثروبولوجية التي تناولت موضوع ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في المجتمع المصري، وتأتي هذه الدراسة كونها محاولة لتغطية النقص في الدراسات الأنثروبولوجية في مجال الإعاقة من خلال إثراء المعرفة العلمية والمشاركة مع جهود الباحثين في هذا المجال، ومن هنا فإن هذه الدراسة تعد إضافة إلى التراث النظري الأنثروبولوجي بإقتحامه في مجالات وموضوعات جديدة.



- ❖ ندرة البحوث والدراسات في العلوم الإنسانية والعلوم الطبية التي استطاعت دخول مجتمع مراكز الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في المجتمع المصري نظراً لصعوبة دخول باحثين أماكن المؤسسات والمراكز المتخصصة للأجهزة المساعدة لأنها بمثابة مجتمع مغلق يقتصر على متلقي الخدمة الصحية من المستخدمين وراغبي الحصول عليها وهذا يتطلب أن يكون المركز مغلق على مقدم ومتلقي الخدمة الصحية فقط ولا يسمح بالدخلاء باختراق هذا العالم.
- ❖ محاولة التوصل إلى مجموعة من النتائج العلمية التي تساهم في فهم وتفسير مدي توافر ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة لدي مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية موضوع الدراسة.
- ❖ كذلك التأكيد على أهمية هذه الدراسة من حيث محاولتها صياغة تعميمات أو قضايا عامة من خلال نتائج لتوجيه أنظار المخططين وصناع القرار إلى أهمية النظر للمشكلات التي يعاني منها مستخدم الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية وتأثير ذلك على المجتمع.

الأمر الذي دفع الباحث إلى القيام بهذا البحث رغم صعوبة الدراسة نظراً لندرة الدراسات الأنثروبولوجية العربية في هذا المجال، ومن هذا المنطلق فإن اختيار الباحث لهذا الموضوع إنما ينبع من إقتناعه بضرورة وجود دراسات تلقي الضوء على دراسة ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدي مستخدم الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية ومدي توافرها في المجتمع المصري بالطريقة الكيفية الوصفية الحوارية العميقة من أجل التعرف على مدي توافر الخدمات الصحية للمستخدم.

**تساؤلات البحث وأهدافه:**

- تتمحور مشكلة هذا البحث حول سؤالين رئيسيين؛ ويتسأل عن:
- ❖ ما هي خصائص ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدي مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية؟
- ❖ ما هو واقع الخدمات الصحية المقدمة لمستخدم الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية ومدي إتاحة استخدامها للجميع؟

### وبناء على ذلك تتلخص أهداف البحث فيما يلي:

1. التعرف على الخصائص الاجتماعية لثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية
2. رصد القضايا والتحديات التي يواجهها راغبي الخدمة الصحية من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية
3. تحديد المتغيرات المرتبطة بتقييم ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في مصر.

### الإطار النظري:

وفيما يلي عرض لأهم الاتجاهات النظري

1. رؤى العالم
2. الاتجاه المعرفي

### نظرية رؤى العالم:

نظرية "رؤى العالم" World View تنتمي إلى مجال العلوم الإنسانية أو الدراسات الإنسانية وليس إلى مجال العلوم الطبيعية سواء في المنهج أو التطبيق أو النظرية أو أسلوب التفسير والتحليل، فهو مفهوم أنثروبولوجي أصيل يهدف للفهم العميق لموضوع طبائع الإنسان، فلا يهدف للوصول إلى تعميمات كلية تكون لها صفة القانون العلمي. تعتمد دراسات نظرية "رؤى العالم" على مناهج البحث الأنثروبولوجي وأساليبه وتقاليده التي تتطلب الإقامة الطويلة في المجتمع موضوع الدراسة بقصد الوصول إلى أنماط التفكير والقيم، للوصول لصورة واضحة وشاملة عن العالم.

ويرجع تصور "رؤى العالم" إلى العالم الألماني ديلتاي Dilthey قد صاغ مصطلح Weltanschauung الذي يعنى رؤية العالم "World View" إلا أن الفضل في ترسيخ وتوضيح ذلك المصطلح أو التصور ونشره وتقديم تصورات أخرى مماثلة : يرجع للأنثروبولوجيين أمثال ماكس فيبر Max Weber، ودوركايم Durkheim يرجع لعلماء الاجتماع والياد Eliade وكلوكهو هن Kluckhofn ورفيلد Redfield





وصول تاكس Sol Tax ، وجيرتز Geertz بالإضافة إلى الدارسين الذين تأثروا بأراء ونظريات هؤلاء العلماء المؤسسين ... ولقد نجم عن التوسع فى استخدام مفهوم رؤية العالم " أن ظهرت مصطلحات أخرى تتداخل مع ذلك المفهوم أو تستخدم نفس المعنى.

ومن هذه المصطلحات " نظرة أو رؤية Vision ، وصورة Image، وتوجيه معرفى Cognitive Orientation ، ورؤية معرفية Cognitive View ، ومنظور رؤية العالم Worldview Perspective ومبادئ متضمنة Implicit Promises، وافتراضات أساسية Basic Assumptions وروح الثقافة Ethos وخرائط معرفية Cognitive Maps ونحو ذلك.

وتعد "رؤى العالم" الإطار المرجعي الذي يعرض كل شيء بواسطة الخبرات المتعددة التى يمكن أن توضع داخله فهي بمثابة نظام رمزي من التصور الذي يسمح بتكامل كل شيء عن العالم وعن الذات وذلك في صورة شاملة، الأمر الذي يلقي الضوء على الواقع كما هو معروف داخل ثقافة ما.

وتكمن أهمية نظرية "رؤى العالم" بشكل عام في مرونته واتساع مجالاته وأبعاده، حيث يضم الجوانب المختلفة من الأفكار والمعتقدات المعيارية والوجدانية في وحدة واحدة دون تمييز جانب على آخر، وكذلك يضم الجوانب الفردية والجماعية والانتقال بين كل منهما.

#### الاتجاه المعرفي:

كما تركز الدراسة أيضًا علي دراسة الاتجاه المعرفي Cognitive Approach لتفهمه للعلاقات بين وحدات اللغة ووحدات المعرفة، وقد أوضح علماء الأنثروبولوجيين من خلال دراستهم للمفاهيم اللغوية بأنه يمكنهم الانتقال من دراسة الرؤية الخارجية Etic إلي الدراسة من الداخل Emic، وفهم المجتمع من الداخل، أي من وجهة نظر المبحوثين أنفسهم.

كما يمثل الاتجاه المعرفي إطارًا نظريًا للرموز التي تمثل جزءًا أساسيًا في كل ثقافة، ويساهم في جمع وتفسير المعلومات. وكذلك نجد أعمال كل من بنيامين " Benjamin-L. Whorf"، و " إدوارد سابير Edward Sapir " في محاولتهما في البحث عن المغزى الحقيقي للرموز على اعتبار أن الثقافة لها تأثيرها الواضح على السلوك، وخاصة اتجاه التعامل مع البيئة بالتباين واضح للسمات والخصائص الثقافية... الخ، وذلك المغزى الذي يكمن وراء تلك الرموز ويحمل المضامين والمفاهيم.

وقد يرى أصحاب هذا الاتجاه أنه لا يمكن فصل الإنسان عن ثقافته؛ لأن الثقافة بما تحويه من أفكار وأنماط سلوكية تمثل خريطة معرفية، وقد دفع ذلك " جيمس دونز James Dons " إلى القول بأن الاتجاه المعرفي يمثل الخريطة المعرفية لأي شعب من الشعوب؛ فلا تخلو ثقافة من الثقافات من بعض الاختلافات في التفاصيل، والدقائق من مكان لآخر ومن جيل لآخر، ومن جماعة اجتماعية إلى جماعة أخرى؛ ومعنى هذا كله أن كل مجتمع له تصورته أو رؤيته الخاصة للعالم.

والثقافة في ضوء هذا الاتجاه تمثل صيغًا معرفية ورموزًا، فالملبس نسق من الأفكار والمعاني لإدراك أفراد المجتمع للمعاني والدلالات والسلوك والرموز، ويحدد صيغًا معرفية اكتسبها خلال عملية الغرس الثقافي والتنشئة الاجتماعية، وكل صيغة معرفية هي عبارة عن معني ودلالة أو أكثر للسلوك، وبمجرد أن يري الشخص هذا الرمز أو السلوك يدرك معناه، وبشكل سلوكه، ودرجة رد فعله وفقًا لهذه الصيغ المعرفية، ومن ثم يكون الفرد ملزمًا بالقيم، والمبادئ، والتقاليد، ويتفق سلوكه مع مضامين الثقافة، ويرتبط بمعابيرها، فالإدراك مرتبط بالرموز، وبالتالي فإن الاتجاه المعرفي يرتبط بالاتجاه الرمزي.

### المفاهيم والتعاريف:

وتتمثل أهم المفاهيم المستخدمة في الدراسة فيما يلي؛:

الأنثروبولوجيا الطبية، الأشخاص ذوي الإعاقة، الوسائل المساعدة على الحركة.



## 1. الأنثروبولوجيا الطبية:

هي فرع من فروع الأنثروبولوجيا تركز دراستها على دراسة العلاقة بين العوامل الثقافية والتطورات والمعتقدات الصحية من جهة والاضطرابات الصحية من جهة أخرى حيث تعتبر فرعاً من فروع الأنثروبولوجيا التطبيقية أيضاً، فهي علم يبحث في العلاقة بين الثقافة (باعتبارها الموضوع الأساسي في الأنثروبولوجيا) والصحة والمرض (باعتبارهما موضوعي اهتمام الطب)، وتدرس الموضوعات بالطريقة النسق الكلي الشامل المقارن للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية.

والأنثروبولوجيا الطبية ليست مجرد طريقة للنظر والتأمل في حالات الصحة والمرض في المجتمع بل هي طريقة للنظر والتأمل في المجتمع ذاته باعتباره نسق ثقافي شمولي، وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم وذلك انطلاقاً من إدراك ما للثقافة من دور وتأثير على قضايا الصحة والمرض، مثل منشأ المرض وتطوره، وانتشاره المكاني أو الجغرافي وكذلك الوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، والطرق المناسبة من أجل نشر الطب الحديث في المجتمعات التقليدية، وكيفية تحسينه وطرائق تطويره<sup>(1)</sup>.

## 2. الأشخاص ذوي الإعاقة:

طبقاً لتعريف الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UNCRPD) بأنهم "الأشخاص الذين يعانون من اختلالات بدنية أو نفسية أو ذهنية أو حسية طويلة الأجل، وقد يؤدي تعرضهم لعقبات وحواجز متنوعة إلى عرقلة مشاركتهم بصورة كاملة وفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين"<sup>(2)</sup>.

ومع تطور المجتمع والعادات والمعتقدات والأخلاق نجد أنه قد حلت وبشكل متدرج مصطلحات الإعاقة والشخص ذوي الإعاق بدلاً من مصطلحات العاجز والمشلول

1 - على محمد المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار النصر للتوزيع والنشر، جامعة القاهرة، ص 17.

2- United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, NY: United Nations; 2006.

والمبتور والضعيف، حيث يتم استخدام مصطلح "شخص ذوي إعاقة" بشكل واسع في كافة المجالات للتعبير للإشارة إلى الضرر سواء كان إجتماعي أو جسدي أو نفسي<sup>(1)</sup>، فهناك من ينظر إلى الشخص ذوي الإعاقة من خلال طبيعة الإعاقة وهناك من ينظر من حيث أسبابها، والبعض الآخر يركز على الآثار المترتبة عليها وهناك من يجمع بين مختلف هذه المظاهر في محاولة للوصول لتعريف جامع مانع للشخص ذوي الإعاقة.

### 3. الوسائل المساعدة للحركة:

فهي عبارة عن وسائل وأجهزة يستخدمها الأشخاص الذين يعانون من خلل جزئي أو كلي في أحد أعضاء الجسم ومن شأنها أن تساعدهم على الحركة والتنقل والسمع والنطق والتواصل والتعلم وممارسة أنشطة الحياة اليومية.

وتتنوع أنواع الوسائل المساعدة ما بين الوسائل والأجهزة التي تساعد الشخص ذوي الإعاقة وغيره من غير الأشخاص ذوي الإعاقات الذين يحتاجون مثل هذه الوسائل المساعدة لفترة مؤقتة، وتتنوع هذه الوسائل فيما بينها حيث يوجد وسائل وأجهزة تساعد على الحركة والتنقل لمن يعانون من إعاقات حركية وبصرية، ووسائل وأجهزة تساعد على السمع والنطق والتواصل لذوي الإعاقة السمعية، وأخرى تساعد على التعلم كالوسائل الخاصة بتعليم المكفوفين أو الوسائل التعليمية السمعية والبصرية، وجميعها تحاول المساعدة في أنشطة الحياة اليومية<sup>(2)</sup>.

وهناك حالات تستخدم مثل هذه الوسائل من جميع مناحي الحياة للذين يعانون من اختلال بدني أو قصور وظيفي وهم من أصحاب الأمراض السارية (السل وشلل

---

1 - سيد أحمد محمود، الحماية القانونية لذوي الإحتياجات الخاصة خصوصاً الحماية الإجرائية لهم، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، جامعة الإسكندرية، عدد خاص، ديسمبر 2012، ص 1044.

2- World Health Organization. Standards for prosthetics and orthotics [Internet]. 2017 [cited: 12 Dec 2022]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.



الأطفال وبعض أنواع القرحة)، أصحاب الأمراض غير السارية (مرض السكري والسرطان وبعض أمراض القلب والأوعية الدموية)، أصحاب الإصابات الناتجة عن السقوط والحوادث والكوارث الطبيعية، والأشخاص كبار السن، وبعض حالات الشلل الدماغي، وأصحاب التشوهات الخلقية والقدم السكري<sup>(1)</sup> أو المكتسبة والتغيرات والتشوهات في العمود الفقري والركبة والقدم والكعب والأطراف العليا وكسر عظمة الفخذ والقصور في الأطراف، وبعض حالات الإعاقة البصرية والسمعية، وبعض حالات الإعاقة العقلية الشديدة والمعتمدة، وبعض إصابات الملاعب الرياضية والإصابات الناتجة عن الحوادث<sup>(2)</sup>.

وهي تشمل الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية باعتبارها تخصصات طبية؛ فالجهاز التعويضي يساعد جزء موجود بالفعل من الجسم يكون الغرض منه تصحيح أو تحسين جزء من الجسم لكي يعمل بشكل صحيح، أما الطرف الصناعي فهو بمثابة بدائل صناعية لأجزاء الجسم المفقودة أو المبتورة أو لأسباب خلقية.

#### الدراسات السابقة:

دراسة "ريم على"<sup>(3)</sup> عن "الصعوبات الاجتماعية البيئية التي تواجه الطفل المعوق حركياً - دراسة حالة الأطفال المعوقين بمدينة جدة، تهدف الدراسة إلى التعرف على مستوى الصعوبات الاجتماعية والبيئية التي يواجهها الطفل المعاق حركياً، إضافة للفروق في مستوى تلك الصعوبات من وجهة نظر كلا من الأسرة والمدرسة وتبعاً لمتغيرات العمر وسبب الإعاقة الحركية وعدد الأفراد في الأسرة والدخل الشهري، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي ومنهج دراسة الحالة لموائمة لطبيعة الدراسة

1- Price P. The diabetic foot: Quality of life. Clin Infect Dis. 2004; 39 (Suppl 2): S129-31. PMID: 15306991 DOI: 10.1086/383274 [PubMed]

2- Davies S, Gibby O, Phillips C, Price P, Tyrrell W. The health status of diabetic patients receiving orthotic therapy. Qual Life Res. 2000; 9(2): 233-40. PMID: 10983486 DOI: 10.1023/a:1008979825851 [PubMed]

3 - ريم على، "الصعوبات الاجتماعية البيئية التي تواجه الطفل المعوق حركياً- دراسة حالة الأطفال المعوقين بمدينة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، 2003.

وهدفها، وقد شملت الدراسة 95 طفل ذوي إعاقة، وقد توصلت الدراسة للنتائج الآتية:  
أن الابتعاد عن اللعب مع الآخرين لدى الأطفال ذوي الإعاقة الحركية خوفاً من  
التعرض للإذي من أكثر الصعوبات الاجتماعية البيئية التي يتعرض لها، كما أوصت  
الدراسة بضرورة تسهيل إدماج الطفل ذوي الإعاقة الحركية وتفاعله مع الأطفال الآخرين  
وخاصة في الألعاب التي لا تتطلب احتكاكاً حركياً مباشراً.

دراسة زين خنفر<sup>(1)</sup>، بعنوان "مدى ملائمة مؤسسات الخدمات العامة للاستخدام  
من قبل المعوقين حركياً" 2003، وتحاول الدراسة التعرف على مدى كفاءة مؤسسات  
الخدمات العامة للمعوقين حركياً باستخدامهم للأبنية والصعوبات التي تواجههم، كما  
هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين متغيرات (الجنس، العمر، درجة الإعاقة)  
بالصعوبات التي تواجه المعوقين حركياً ولتحقيق أهدافها قسمت إلى جزئين رئيسيين  
تناول الجزء الأول فيها الإطار النظري أما الجزء الثاني الدراسة الميدانية وقد تم اختيار  
عينة قصدية من 40 مستولاً في المؤسسات العامة، كما تم اختيار عينة عشوائية من  
140 معوقاً حركياً، وقد تم إعداد استبيان لهذا الغرض.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج ومنها (1) افتقار مؤسسات الخدمات  
العامة للمتطلبات الرئيسية اللازمة لاستخدام المعوقين حركياً من وجهة نظر العاملين  
في هذه المؤسسات وكذلك من وجهة نظر الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية، (2) يري  
كثيراً منهم تدني مستوي كفاءة مؤسسات الخدمات العامة وعدم توافر المتطلبات  
الرئيسية اللازمة لاستخدام هذه المؤسسات، (3) احتلت وسائل المواصلات المرتبة  
الأولي في الصعوبات التي يواجهها ذوي الإعاقة الحركية في استخدام هذه الخدمة  
سواء في التحرك أو صعود وهبوط السلم أو الجلوس وكذلك مساحات الاتساع داخل  
وسائل النقل والمواصلات.

1 - دراسة زين خنفر، بعنوان "مدى ملائمة مؤسسات الخدمات العامة للاستخدام من قبل المعوقين  
حركياً"، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، 2003.



وتناولت بعض الدراسات وصفاً للممارسات في المجتمعات البسيطة والمفاهيم والمعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض وشكلت هذه الدراسات محاور رئيسية في مجال الدراسات الأنثروبولوجية منها دراسة "ريفرز Rivers" 1924، ودراسة "إيفانز بريتشارد Pritchard" 1937، وتأتي دراسة "دافيد تاكيت" David Tukett 1976: والتي جمع في مقدمه كتابه "مقدمه لعلم الاجتماع الطبي"<sup>(1)</sup> بين العديد من الموضوعات الاجتماعية الطبية منها العائلة والزواج وعلاقتها بالمرض والعمل وفرص الحياة ونماذج الحياة، ومتى تصبح مريضاً؟، وتنظيمات المستشفيات وتنظيمات الرعاية الصحية، ونلاحظ عدم تحديد "تاكيت" لها كتتنظيمات طبية رغم أن موضوعاته وتحليلاته تلك وضعت فيما بعد تحت عنوان خاص بالتنظيمات الطبية، ويبدو رغبته في جمع موضوعات عديدة في مقدمته لعلم الاجتماع الطبي هي ما وسعت نظرتة لها، وجعلته يعرض تنظيمات الرعاية الصحية بنظرة نقدية لإعادة تنظيم الخدمات الصحية الشعبية، وجعلته يحلل تنظيمات المستشفيات من خلال بنائها وعلاقتها بالتغير التكنولوجي، والتنظيم الفعلي لها، والذي يرتبط به صناعة القرار في المستشفى، ونظام تقسيم العمل في المستشفى.

أما عن بناء المستشفى وعلاقته بالتغيير التكنولوجي فيرى "تاكيت" أن أقصى استفادة من التكنولوجيا المتقدمة يعتمد على بناء تنظيم ملائم لها، والتنظيم في رؤية يعنى الاستفادة القصوى من الأدوات البشرية وغير البشرية في تغير حالة الأفراد صحياً، ويؤكد على أهمية تدريب أفراد الهيئة الطبية خاصة مع تغير المواقف العلاجية التي يتعرضون لها، واختلاف أنماط الأمراض.

أما دراسة "جورج إي فراير" Gerge E. Fryer 1991: والتي بعنوان "المهن الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية: شكل غير طبيعي لنظام تقسيم العمل"، يدرس المؤلف التنظيمات الطبية الأمريكية من خلال التغيرات التي طرأت على نظام تقسيم العمل فيها، مستشهداً في بداية بحثه بكتابات "دوركايم" في كتابه "تقسيم العمل"، خاصة

1- David Tukett, An Introduction to Medical Sociology Tavistock Publication Limited, London, 1976, pp. 225-236.

في المجتمعات الصناعية المتقدمة، حيث يري "جورج فراير" أن المهن الطبية في القرن الأخير كانت غالبيتها تحت مسمى "الممارس العام"، ولكنها الآن تحولت إلى مهن طبية عالية التخصص. ومع الوقت صارت أعداد هؤلاء الأطباء الدقيقي التخصصي أكثر كثيرا عما هو مطلوب، في الوقت ذاته هناك حاجة ماسة لأولئك الممارسين، إضافة إلى سوء توزيع كليهما في مختلف التنظيمات الطبية، مما يجعل أحدهما يقوم بأدوار الآخر، للدرجة التي جعلت "جورج فراير" يعتبر هذا النظام غير طبيعي في استجابته لاحتياجات المرضى.

ويرجع "فراير" ذلك لعدم وجود توافق في العمل بين الممارس العام والطبيب المتخصص الذي أهمل منذ البداية الاهتمامات الشعبية. ويشير إلى أهمية التضامن المفترض تواجهه إذ وجد هذا التوافق وغيابه عندما يغيب، وفي بحثه عن أسباب ذلك تحدث "فراير" عن الطب الأمريكي الذي يرى أنه قد تحول من نظام الرعاية الأولية إلى الرعاية المتخصصة. ويرى للتعليم الطبي عبر الجامعات والمدارس الطبية دورا في تشكيل هذه النظرة، فهو الذي نقل مبدأ المنافسة من المجتمع الرأسمالي المحيط بها إلى العاملين في المجال الطبي، فخلقت الكثير من المشكلات لكليهما<sup>(1)</sup>.

الدراسة الأولى لـ "لينا ماجنوسون" وهي عن "خدمات الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام في البلدان النامية" 2014؛ هدفت الدراسة لتوليد مزيد من المعرفة حول التعرف على هذه الخدمات وقياس مدى الرضا عنها، وخلال الدراسة تم التعرف على آراء الموظفين فيما يتعلق بالممارسة السريرية والتعليم، واستخدمت الباحثة الاستبيانات، وتم جمع المادة البحثية من خلال المقابلات مع المرضى وفنيين الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وقد توصلت الباحثة لنتائج: وهي استخدم غالبية المرضى لأجهزتهم التعويضية والأطراف الصناعية ولكن أغلب المبحوثين كانت أجهزتهم بحاجة إلى الإصلاح بالإضافة لشعورهم بالألم.

1- George E. Fryer, The United States Medical Profession: An abnormal form of the Division of Health & Illness (Journal), Vol .13, No.2, 1991, p.213.





والدراسة الآخري لـ"لينا ماجنوسون - وأخرون"، "جودة حياة مستخدمي الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام في جنوب الهند"2019: دراسة استقصائية مقطعية تم فيها استخدام تطبيقات مؤشرات منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة في الهند لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، وتم إجراء مقابلات جماعية واكتشاف العلاقات بينهما وتقديم تحليلا احصائياً بين مجالات الصحة البدنية، والعلاقات النفسية والاجتماعية، والبيئة وكانت النتائج أن العديد من الأشخاص ذوو الإعاقة الجسدية يعانون من انخفاض جودة الحياة من حيث الصحة البدنية والنفسية والبيئية مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقات. وأنه يمكن إعطاء الأولوية لأولئك الذين ليس لديهم دخل أو دخلا غير منتظم، ويعيشون في الأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية، ولم يلتحقوا بالمدرسة لزيادة تحسين نوعية حياتهم<sup>(1)</sup> (2).

كانت هناك دراسة 2011 لارسون "Borg J.Larsson" "الحق في التكنولوجيا المساعدة"<sup>(3)</sup> وتعرضت الدراسة لمعرفة مقياس الرضا عن خدمات المتابعة لدي من هم لديهم القدرة على المشي ومدى استخدامهم للأجهزة المساعدة على مدار اليوم وتم تطبيق الدراسة في فينتام وكمبوديا والسلفادور وتوصلت الدراسة إلى أن المبحوثين لا يشعرون بالرضا عن الخدمات مما أدى لزيادة استخدامهم لأجهزتهم المساعدة مما ساهم في تأكلها، وكذلك تبين أن الأجهزة المساعدة التي تم منحها لبعض المستخدمين والتي تتمتع بانخفاض تكلفتها كانت أكثر استخداماً عن غيرها من الأجهزة مرتفعة التكلفة، وتبين أيضاً أن هناك حالات فضلوا استخدام العصا والعاكز والاستغناء عن الجهاز المساعد بسبب ارتفاع تكلفته، وأن أغلب ممارسي الرياضي من مستخدمي

- 1- Mangnusson, L., Ghosh, R., Jensen. KR et al. Quality of life of prosthetic and orthotic users in South India: a cross-sectional study Health Qual life Outcomes 17,50 (2019).<http://doi.org/10.1186/s12955-019-1116-y>
- 2- Magnusson L. Prosthetic and orthotic services in developing countries [MSc Thesis]. Jönköping University; 2014.
- 3- Borg J, Larsson S, Ostergren PO. The right to assistive technology :For whom, for what, and by whom? Disabil Soc. 2011; 26(2):151- 67

الأجهزة المساعدة لديهم جهاز إضافي احتياطي حتى لا يشعرون بالضعف بسبب تعطل أجهزتهم وتتوقف حياتهم<sup>(1)</sup>.

وتناولت النتائج في دراسة فينتام أيضاً أن من لديهم القدرة على المشي من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية يمضون مسافات طويلة لديهم أجهزة مساعدة أقل جودة، فهو يسير على أرض غير مستوية ويواجهون صعوبة في الحركة والسير لمسافات طويلة على الأسطح الوعرة<sup>(2)</sup>.

وذكرت دراسة أخرى أن 93% من مستخدمي الأجهزة المساعدة في فينتام يمكنهم المشي والصعود والنزول، بينما هناك دراسة في الهند تؤكد أن تصميم الجهاز المساعد له تأثير كبير في حركة مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في البيئات الوعرة ووجود منحدرات صعبة في المناطق الريفية والحضرية إلا أن الشخص مستخدم الجهاز المساعد يتحرك به رغماً عنه بسبب إقامته في هذه الأماكن<sup>(3)</sup>.

بينما تطالب اللجنة الدولية للصليب الأحمر في تصميم الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية باستخدام الأجهزة المساعدة بجودة عالية منخفضة التكاليف لكي يستطيع المستخدم التحرك بسهولة ويسر في وجود بيئة متاحة ميسرة، لكي تسمح بمزيد من الحركة للأشخاص مستخدمي للأجهزة المساعدة<sup>(4)</sup>، فيكون ذلك محاولة من أجل شعورهم بالعدالة والأنصاف في تحقيق الخدمة، وأيضاً لتخفيض التكاليف وتحسين

- 1- Bickenbach JE. Monitoring the united nation's convention on the rights of persons with disabilities: Data and the international classification of functioning, disability and health. BMC Public Health. 2011;11 Suppl 4:S8.
- 2- Marmot M. Social determinants of health inequalities. The Lancet.365(9464):1099-104
- 3- World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: WHO; 2001.
- 4- Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: A survey of world bank poverty assessments and implications. ALTER – European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap. 2009;3(3):219-32.



الكفاءة دون المساس بالجودة<sup>(1)</sup>، ويجب التدريب على ذلك في التنقل والحركة للتأقلم مع الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي لتحسين المشي والحركة<sup>(2)</sup> حتى لا يكون هناك مشكلات وألم وعدم راحة خاصة في المشي لمسافات طويلة<sup>(3)</sup>، وهناك دراسات عن قارة أفريقيا تؤكد إدراج الفئات الضعيفة في السياسة الصحية إلا إنها تجد صعوبة في الوصول بسبب ارتفاع تكاليف هذه الخدمات الصحية بسبب عدم وجود التمويل<sup>(4)</sup>.

### مجتمع البحث والإجراءات المنهجية:

#### أولاً : التعريف بمجتمع البحث:

تمركزت الأماكن الخاصة بالأجهزة المساعدة بجمهورية مصر العربية بشارع "القصر العيني" بمحافظة القاهرة وهو شارع أحادي الاتجاه، بدايته عند "ميدان فم الخليج" وينتهي "بميدان التحرير" ويمرّ بعدة مصالح حكومية وقد تم افتتاحه في القرن التاسع عشر، يقطعه "شارع الشيخ ربحان" المؤدي إلى وزارة الداخلية، ثم "شارع محمد محمود" عند "ميدان التحرير"، ويقع في "شارع القصر العيني" مبنى "المجمع العلمي" ومبنى "دار الحكمة" أو "تقابة الأطباء" وكذلك "الجمعية الجغرافية المصرية" التي أنشئت عام 1875م، ومنه يتفرّع "شارع مجلس الشعب" حيث مجلس الوزراء ومجلس الشعب ومجلس الشورى. وقد أخذ الشارع الاسم نسبة إلى وجود أحد القصور القديمة التي يملكها "العيني باشا" أو "أسامة شهاب الدين أحمد عبد الحميد بدر الدين محمود العيني" والذي تم تحويله فيما بعد إلى مستشفى لتكون من أقدم مدارس للطب في مصر والعالم والتي أنشئت في عهد "محمد علي باشا".

- 1- Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies. London, New Delhi: Sage Publications Ltd; 2003.
- 2- International Organization for Standardization. ISO 8549-2: Prosthetics and orthotics - Vocabulary - part 2: Terms relating to external limb prostheses and wearers of these prostheses. 1989.
- 3- Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study. World Dev. 2013;41(0):1-18.
- 4- World Health Organization, United States Agency for International Development. Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: A step towards implementation of the convention on the rights of persons with disabilities (CRPD) related to personal mobility. Geneva: WHO; 2011.

يعتبر "شارع قصر العيني" وتحديداً في المنطقة المواجهة للمستشفى الفرنسي بالسوق الأشهر لبيع المنتجات والأجهزة الطبية، بالإضافة الى الأجهزة الرياضية والتكميلية المساعدة من كراسى متحركة ومشايات رياضية وأجهزة قياس الضغط وأجهزة التنفس، تتبع شركات ومراكز تعمل بهذا المجال والبعض منها يملك مصانع لتصنيعها، والبعض الآخر يعتمد على تلك الشركات والمراكز في التصنيع.

ويُقبل على المنطقة المئات من المرضى وذويهم من جميع محافظات جمهورية مصر العربية قاصدين شراء إحتياجاتهم من تلك المنطقة، التي لا يفصلها سوى أمتار قليلة عن مبنى مستشفيات القصر العيني، وأحياناً تكون لهذه المراكز والشركات فروع في المحافظات.

وقام الباحث بزيارات ميدانية عديدة لوحداث ومراكز للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية منها ما يتبع القطاع العام والخاص، ومنها ما يتبع القطاع الحكومي الموزعة بمحافظة القاهرة، واتضح من خلال الزيارات بأنه لا توجد قاعدة بيانات متاحة بجمهورية مصر العربية عن هذه المراكز والوحدات، ومن خلال الدراسة الأثنوغرافيا تم رصد بعض هذه المراكز وتم تقسيمها كآتي:

1. عدد وحدة واحدة فقط هي بالهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية بمسمى "المعهد القومي للتأهيل الحركي العصبي" (معهد شلل الأطفال سابقاً) ويتبع وزارة الصحة، ويعتبر من أهم المراكز في مصر التي لها خبرة كبيرة في تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة، حيث كان يسمى معهد شلل الأطفال سابقاً خلال فترة السبعينات والثمانينات عندما كان مرض شلل الأطفال من أهم أسباب الإعاقة الحركية في مصر، وقد تأسس المعهد عام 1960م وتم افتتاحه في يوليو 1967م، وكان الغرض من التأسيس هو العناية بمرضى الجهاز الحركي العصبي سواء كانت الحالات حادة أو مزمنة، ويقدم الخدمات التشخيصية والعلاجية سواء بالجراحة أو التأهيل ويقدم المعهد خدمات طبية وعلاجية ودوائية وتعليمية وتدريبية.



2. عدد وحدة واحدة بجمعية يوم المستشفيات وتتبع وزارة التضامن الاجتماعي، ووحدة أخرى بكلية العلاج الطبيعي وتتبع جامعة القاهرة وهي وحدة ذات طابع خاص تتبع ذات الكلية، ومصنع لانتاج الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بمحافظة مطروح يخضع لإشراف وزارة التعاون الدولي.

3. عدد وحدتين للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية تخضع لإشراف القوات المسلحة المصرية الأولى بـ"مركز تأهيل بالعجوزة"، والأخري بجمعية "الوفاء والأمل" بمدينة نصر، بمسمى جمعية "المحاربين القدماء وضحايا الحرب"، والتي تم تأسيسها سنة 1951م لترعى مصابي العمليات الحربية وأسر شهداء حرب 1948م من جمهورية مصر العربية والسودان، وكان أول رئيس لها اللواء محمد نجيب، الذي كان هو نفسه من مصابي العمليات الحربية. وفي عام 1953م انضمت الجمعية إلى الفيدرالية العالمية للمحاربين القدماء ومقرها باريس، كما قامت الجمعية بإنشاء مركز الطب الطبيعي والتأهيل بالعجوزة عام 1954م، وقد تم إنشاء مصنع الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية سنة 1960م.

4. بالإضافة للعديد من المراكز والمؤسسات التي تتبع القطاع الخاص وهي منتشرة على مستوى الجمهورية.

#### ثانياً: الإجراءات المنهجية:

اعتمدت الدراسة خلال الاستراتيجية المنهجية على المنهج الأنثروبولوجي باعتباره المنهج الذي لا يكتفي بدراسة الإنسان من ناحية واحدة، بل يقوم بدراسة الإنسان بكافة مظاهره المعقدة دراسة تكاملية بنظرة كلية شاملة لكل مقومات وخصائص حياته الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية.. ألخ، للحصول على المادة البحثية وفهم ما يطرأ على المجتمع في الفترة الحالية والمستقبلية، كونه يعتمد على البيانات الكيفية بعدة طرق يستطيع الباحث أن يستخدمها من أجل جمع المعلومات الأثنوغرافية من مجتمع الدراسة.

ومن أبرز هذه الطرق الملاحظة المباشرة، والملاحظة بالمشاركة، والمقابلات الفردية المتعمقة، وقد تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي في البحث حيث يقوم على جمع البيانات الوصفية حول الظاهرة، ثم تحليلها وتفسيرها وتصنيفها وقياسها واستخلاص النتائج لتعميمها.

## 1) أدوات جمع البيانات:

### أ- المقابلات الفردية المتعمقة:

تعتبر المقابلة أداة من الأدوات الرئيسية لجمع المعلومات والبيانات فهي الأكثر شيوعاً يقوم فيها الباحث بطرح التساؤلات التي تتطلب إجابات من قبل المبحوثين بأسلوب المحادثة أو الحوار الموجة وذلك من خلال حوار لفظي تفاعلي للحصول على بعض البيانات الموضوعية، اعتمدت الدراسة على المقابلات وتوجيه الأسئلة المباشرة وغير المباشرة مع بعض مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، تم القيام بالعديد من المقابلات الفردية المتعمقة لجمع البيانات والتقييمات الخاصة حول ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، وذلك من خلال دليل أسئلة يتم الاعتماد عليه أثناء العمل الميداني وتدوين كافة البيانات والمعلومات عقب الانتهاء من كل زيارة.

وقد استعانت الدراسة ببعض الحالات التي تحتاج إلى جهاز تعويضي أو طرف صناعي ورافقهم حتى تستطيع دخول هذا المجتمع المغلق، والذي لا يدخله إلا متلقي الخدمة ومرافقيه، وتم التعرف من خلال هذه الحالات على بعض البيانات الأولية حول مجتمع البحث.

### ب- دليل العمل الميداني:

تم إعداد دليل للعمل الميداني لجمع البيانات خلال المقابلات لجمع العديد من تقييمات ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية حول الخدمات المقدمة لهم، وقد ساعد هذا على إعداد الدليل الذي اشتمل على ثلاث محاور هي: المحور الأول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية



لمستخدمي الأجهزة المساعدة، وتتناول المحور الثاني رصد واقع الخدمات المقدمة للشخص مستخدم الجهاز ومدى إتاحتها للاستخدام والتقييم، بينما تناول المحور الثالث التعرف على مدى أهمية إعادة التأهيل لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية.

### ت - الملاحظة بالمشاركة:

تم إعداد البحث بالإعتماد على الملاحظة بالمشاركة وهي طريقة من طرق البحث الأنثروبولوجي اعتمدت عليها الدراسة باعتبارها الطريقة المثلى للحصول على المعلومات والبيانات التي تساعد على فهم ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، وتم رصد ذلك للتحقق من فروض الدراسة التي تم وضعها.

وقد أجريت الملاحظة بمراكز ومؤسسات مختلفة تختص بالأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، أثناء فترات تواجد المستخدمين والمتريدين في قاعات الانتظار لقياس مدى رضاهم عن الجهاز المساعد ومدى توافر الخدمات الصحية المقدمة لهم بالمركز.

### الجماعة النقاشية:

هي أداة من أدوات البحث الكيفي لجمع البيانات، وفي هذه الدراسة تم إجراء مجموعات نقاشية بؤرية لعدد "ثمانية" أفراد تتراوح أعمارهم ما بين (20- 60) سنة من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية العلوية والسفلية.

واتسم فيها الحوار بأنه حوار مفتوح وأغلب الحضور لا يعرف بعضهم البعض عن المزايا والعيوب بشأن ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية، لاكتشاف التجارب والخبرات المختلفة فيما بينهم وهذا من شأنه إظهار نقاط هامة في البحث لا تتوافر في غيرها من أدوات البحث، وتمت المناقشات بقاعات الانتظار في العديد من الشركات والمراكز الطبية المنوط بها المقاسات والإصلاحات والتجديد للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية واستغرقت الجلسة مدة ساعتين إلى ثلاث ساعات في الفترات الصباحية والمسائية.

بينما كان الحوار موجبا، يدور حول القضايا والموضوعات التي تتناولها أهداف الدراسة ودليل العمل الميداني منها أدوات التكنولوجيا المساعدة (العكاز - الكرسي)، حالة الجهاز أو الطرف، والتعرف على مدي قدرتهم على المشي والنهوض عن الكرسي والمشي على الأرض والقدرة على الصعود والنزول من الدرج أو السيارة، وهل هناك ثقة في الأشخاص مقدمي الخدمات الصحية واحترافهم لمهنتهم وهل الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي يناسب الحالة الصحية لمستخدم الطرف أو الجهاز، وما هي المشكلات الناجمة عن استخدامه.

## (2) مدة الدراسة الميدانية:

استغرقت الدراسة خمسة أشهر بدأت في أول إبريل 2022م وانتهت في منتصف ديسمبر 2022م، وقد بدأ الباحث بإجراء دراسة استطلاعية استكشافية لبعض مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في محيط الباحث وبعض مستخدمي الأجهزة المساعدة بالجمعيات الأهلية العاملة في هذا المجال، اعتمدت الدراسة على الزيارات المتكررة لتوطيد العلاقات بين الباحث ومجتمع الدراسة، كما تم خلال الدراسة الاستطلاعية زيارة بعض الجهات الرسمية لمحاولة البحث عن قاعدة بيانات متاحة عن موضوع البحث ولكن لم يجد الباحث بيانات موثقة.

يمكن تصنيف نتائج البحث في ضوء أهدافه إلى ثلاث محاور رئيسية:

## ☒ المحور الأول: الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية:

تبين من خلال الجلسات النقاشية تنوع وتباين النظرة للذات لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية باعتبارها مفتاح لهم في ممارسة أنشطة حياتهم اليومية والتي تساعدهم في مدى تقبلهم أو رفضهم للعجز والإعاقة، بينما يعتبر بعض مستخدمي الأجهزة المساعدة أن وجود الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي من شأنه أن يظهر درجة الإعاقة والمرض أكثر، ويجعل المستخدم ينظر لذاته باعتباره إنسان عاجز لا يبغي منه أية فائدة، ويقضي على طموحه للمستقبل ويجعله يشعر أنه يشكل عالة على المجتمع، مما يحطم معنوياته ويقضي على آماله وطموحاته





من خلال معاشته للواقع الأليم لفترة العجز والمرض التي مر بها، وقد اكتسبوا هذه النظرة من خلال الفكر العائلي لأسرهم وتأثروا بها.

بينما تقوم بعض الأسر بزراعة الثقة في الذات والآمال والطموحات في أبنائها وتشعرهم أن استخدامهم للجهاز التعويضي والطرف الصناعي سوف يعوضهم للعضو الضعيف أو المفقود، وتجعلهم يعتمدون على ذاتهم، بينما توجد نظرة أخرى كانت الأكثر تأثيراً في المستخدمين وهي نظرة الشفقة والحزن والعطف التي يجدونها من ذويهم بالتدليل الزائد أو المعاملة الصارمة الحادة مما انعكس على رد فعلهم وسلوكهم مع الآخرين.

وظهرت أيضاً خلال اللقاءات أن هناك بعض مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية مما منعتهم ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية والنفسية من تقبل واقع الإعاقة واستخدامهم لأجهزة مساعدة في الحركة للتكيف والتسليم بهذا العجز باعتبارها حالة عجز وإعاقة دائمة.

وهناك نظرة إيجابية متطلعة للحياة تتجاوز حدود الواقع تتبع من المستخدم تجاه الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي فيضع الطموحات والآمال الزائدة ليصل به الأمر لتخيل أنه سوف يتحرك بطريقة طبيعية، وأن هذا الجهاز سوف يكون بديلاً عن الخلل الموجود في جسده ويعوض وظيفة الفقدان أو الضعف الموجود لديه، ولكن تتبدل لكي تكون نظرة يأس وأحباط فيحدث لهم خيبة للآمال وربما انتكاسة نفسية في حالة عدم تحقيق ذلك مما يتسبب في كراهية المستخدم للجهاز المساعد.

وتبين خلال المقابلات أن القليل من أسر مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية يملكون نظرة إيجابية وهي التعامل بعقلانية ووعي تجاه هذا العجز والمرض، إذ تعمل هذه الأسر جاهدة تجاه إدماج أبنائهم في المجتمع ومشاركتهم لأنشطة الحياة اليومية، وذلك وفقاً للنحو المعروض بالملاحق أنظر جدول رقم (1).

بينما انقسم المستخدمين فيما بينهما في نظرة الرضا عن الخدمات الصحية في إطار نظرتهم للحياة إلى جانبين:

• الأول : النظرة الإيجابية: وهي النظرة الراضية عن الحياة واعتبار هذا العجز أو القصور في الأداء مشيئة القدر وابتلاء من الله وأنه يجب تقبلها باعتبارها اختبار إلهي للصبر والتحمل وأنها منحة من الله، وهناك من اعتبر أنه الشخص بعد استخدامه للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي أصبح شخص له قدرات ومهارات خاصة ظهرت بعد إصابته كنوع من الدعم الأدبي والمعنوي وأنه من أصحاب الهمم والإصرار والعزيمة، وهناك نظرة أخرى للحياة وهي التي يقوم فيها المستخدم بإظهار أنه يتجنب مشاعر النقص والاحباط التي تضره ويحاول أن يجعل حياته طبيعية أمام الآخرين وأنه قد أندمج وتأقلم مع النقص أو العجز والإعاقة التي أصابته وبحولها أن يجعلها طاقة سواء كان ذلك واقع فعلي أو غير ذلك.

• الثاني: النظرة السلبية: وهي نظرة تسيطر على أغلب الذين لديهم إعاقات حديثة وأصبحوا من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية مما إصابهم بنوع من العزلة والتجنب والابتعاد عن الآخرين، ويظهر ذلك خلال عدم تأقلمهم واندماجهم في المجتمع ورفضهم المشاركة في أنشطة الحياة اليومية، ويحاول بعضهم إظهار ذلك بأسلوب السخرية والاستهزاء بالضحك أو بالبكاء من شدة الأحساس بالعجز والمرض، وكذلك اطلاق مسميات سلبية على نفسه للتحقير من ذاته وحالته المرضية.

وهناك البعض الذي يصنع حواجز لنفسه لكي يمتنع عن ارتداء الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي لأسباب منها ما هو حقيقي وما هو مفتعل على سبيل المثال؛(1) الإخراج النهائي الظاهري للجهاز المساعد، وأنه لم يصل للشكل المرغوب فيه من حيث المظهر أو اللون،(2) حاجته الدائمة للإصلاح الدائم بسبب القدم والتهاك،(3) إصابة المستخدم بأحد الأمراض المزمنة (السكر في الحالات التي تسبب غرغرينة، أمراض الأوعية الدموية ..إلخ) بجانب إعاقته مما يؤثر على نظرتة لذاته وجوده حياته.



وتبين خلال المقابلات أن هناك رؤى أخرى لدي بعض مستخدمي الجهاز التعويضي والطرف الصناعي ظهرت من خلال ترددهم في اتخاذ القرارات والعصبية والأجحاف في الرد نتيجة للخوف الدائم من كل شئ وفقدان الثقة المستمر في النفس والآخرين، ويحاول المستخدم للجهاز المساعد للتعبير عن ذلك الاحساس بالعزوف أحيانًا عن إرتداء الجهاز المساعد دون إبداء أسباب يذكرونها.

ويذكر بعض المستخدمين خلال المناقشات أسباب عديدة؛ منها: (1) وجود بعض الجروح والآلام وأحمرار أثناء البروفات بسبب الاستخدام السابق للجهاز المساعد، (2) جروح ما قبل وبعد العمليات الجراحية وخاصة في حالات البتر، بجانب معاناتهم لأمراض مزمنة قد تسببت لهم في هذا؛ مثل حالات (الغرغرينا) التي تكون نتيجة إصابتهم بمضاعفات ثانوية لـ (مرض السكر - دخول مسامير للقدم - التدخين - تشوهات - قرح القدم - الحوادث - تلف الأعصاب - زيادة الوزن .. الخ) التي تتسبب في الضعف وعدم القدرة الحركة والتنقل<sup>(1)</sup>.

وخلال المقابلات النقاشية تبين أن مقدمي الخدمات الصحية بمراكز الخدمات الاحترافية الكبرى والعادية المعتادة يستخدمون أسلوب التشجيع ونظرات التهوين من الإصابة وزرع الأمل لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية؛ ومنها: (1) قتل الاحباطات التي يعاني منها مستخدمي المساعدة، (2) الاستجابة للتسويق وترويج منتجاتهم لبيع الأعلى سعر بطريقة عرض معلومات جاذبة عنه، ووفقًا لطريقة العرض المقنعة تتم عملية البيع في المقابلات الحوارية الأولى فيما بينهم.

وتستغرق المقابلة الأولى بين مقدم الخدمات الصحية ومستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي ما يقرب من العشرين دقيقة، وذلك بتوجيه الأسئلة من مقدم الخدمة الصحية للمستخدمين قبل البدء في اختيار الجهاز المناسب، ويقصد بكلمة "مناسب" أن يكون ملائمًا لنشاط المستخدم اليومي والبيئة المكانية والاجتماعية المحيطة

1- Rimmer JH, Rowland JL. Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. American Journal of Lifestyle Medicine. 2008; 2(5): 409-20.

به وبعض المعايير وحالته الصحية وفقاً للاشتراطات الطبية التي يجب أن تتوفر بالجهاز المساعد.

ويكون الرد على هذه الأسئلة بمثابة استمارة تعارف كاملة، إضافة إلى إمكانية التعرف على التاريخ المرضي لمستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي، ويكون هذا الحوار شفويًا إذا كان في المراكز المتوسطة أو الأقل من المتوسطة، بينما يكون في المراكز الاحترافية الكبرى التسجيل يكون إلكترونيًا أو ورقياً في الملفات والامستندات الموثقة بقاعدة بيانات المركز أو المؤسسة، حتى يتم إدراج لكل معلومات التاريخ المرضي للمستخدم، إضافة للاطلاع على بعض التحاليل الطبية والاختبارات لقوة العضلات وكفاءتها ومدى ممارسته للنشاط البدني والرياضي، حتى يتمكن المركز أو المؤسسة من ترشيح الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي الذي يناسب النشاط اليومي الذي يقوم به المستخدم<sup>(1)</sup>.

بينما هناك الأشخاص المعتادين على استخدام الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية يكون اللقاء عبارة عن إظهار ثقة كلا من مقدم الخدمة الصحية والمستخدم في نفسه نتيجة للخبرة التي اكتسبها كلا منهما في التعامل مع أنواع الأجهزة المساعدة وتعرف على مميزاتها وعيوبها والاحتياجات التي تناسبه، حيث يصل أغلب المستخدمين لمرحلة من مراحل التصالح مع صورته الجسدية الحالية فيكون الاختيار أسهل وأسرع وأدق ويقبل فيه تحكم مقدم الخدمة الصحية في اختيار نوع الجهاز المساعد المناسب للمستخدم.

وعلى النقيض من هذا يوجد الأكثرية من الأشخاص حديثي العهد بالإعاقة والعجز يكون الحوار مع مقدم الخدمات الصحية ومستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية ضعيف في الاستجابة للرد على الأسئلة، ويرجع ذلك لأنهم ليس لديهم

1- Demers L, Monette M, Lapierre Y, Arnold DL, Wolfson C. Reliability, validity, and applicability of the Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology (QUEST 2.0) for adults with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil.* 2002; 24 (1-3): 21–30.  
doi: 10.1080/09638280110066352.



الإمام الكامل يمثل هذه التجربة وقلة الخبرة والوعي باستخدام الأجهزة المساعدة، فيكون من الصعب عليهم الاختيار الأمثل للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي الذي يناسب حياته العملية وأنشطة حياته اليومية فلا يعرف مميزات وعيوب اختيار وما ينبغي عليه أن يفعله من التعليمات لسلامته الشخصية وسلامة الجهاز المساعد.

وتدور أغلب أسئلة الاستبيانات التي تقدم بهذه المراكز والمنشآت الطبية المتخصصة حول مدي الصعوبات والتحديات التي يواجهها مستخدمي الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية في التحرك والنهوض من الكرسي والمشي والصعود والنزول من السلم سواء كان قادر على الحركة أم لا ؟، وهل تتسبب كثرة استخدام الجهاز المساعد في المشي لمسافات طويلة بحدوث مشكلات صحية للشخص أو أعطال بالجهاز المساعد؟، وهل يسبب ذلك إعاقة مضاعفة للمستخدم أم لا ؟ وهل يساهم استخدام الجهاز في تسهيل قيامه بأنشطة حياته اليومية؟.

وتدور الأسئلة حول التعرف على مدي توافر وسائل التنقل (السيارة أو الأتوبيس) التي يستخدمها ومدي تيسرية للاستخدام من عدمه، والتعرف حول مدي قدرته على الحركة داخل المنزل بالجهاز أو بدونه، ومدي استخدامه للعصا أو العكاز أو الكرسي المتحرك كبديل للجهاز المساعد (الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي) في المنزل، وإذا كانت إجابات المستخدم إيجابية بنعم يحدد عدد الساعات، وذلك للتعرف على مدى استخدامه لها في أوقات معينة أم باستمرار أم أنها جنباً إلى جنب مع الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي كمساعد له على الحركة، ويؤكد الرد على مثل هذه التساؤلات مقدار الثقة من أنعدامها في الجهاز المساعد وإحساسه بالشعور بالعجز أم أنه حالته أفضل بدونه، وتحدد الأسئلة في الاستبيانات بهذه المراكز متوسط مدة إرتداء الاجهزة التعويضية الأطراف الصناعية في الأنشطة اليومية مثل الذهاب للعمل فقط أو التدريب لممارسة الرياضة، أم أنه يقتصر استخدامه داخل المنزل فقط، وما هي الأسباب التي أدت إلى قلة أو كثرة الاستخدام ؟ حيث يعرف مقدم الخدمة الصحية عن طريق هذه الإجابات نوعية الجهاز المناسب له.

وتتناول أيضاً أسئلة المقابلة الأولى بين مقدم الخدمة الصحية ومستخدمي الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية للتعرف حول مدى إتاحة مكان المعيشة ودورات المياه وتحقيقهما لمبدأ سهولة الحركة في المنزل، وكذلك نوع الأرضيات بالمنزل ومكان العمل والبيئة المحيطة له، وحول مدى إتاحة الشارع الذي يسكن فيه للحركة وعدد أدرج السلم وتوافر مصعد بمقر الإقامة، وفي أي طابق يسكن ومدى توافر منزلق خارجي (رامب) أم المنزل لتسهيل الدخول والخروج من وإلى المنزل .. الخ.

وينتظر مقدم الخدمة الصحية الرد على هذه التساؤلات سواء أكانت الإجابات سلبية أو إيجابية ليتعرف على النشاط اليومي للمستخدم لكي يساعده في اختيار الجهاز المساعد المناسب الذي يتناسب مع حالته الناحية الطبية والحياتية وظروفه البيئية المحيطة، والمستوي الطبقي والاقتصادي والاجتماعي والتعليمي للمستخدم، ويقدم له الخدمة الصحية المناسبة طبقاً لحالته الصحية، وتساعد أيضاً في تحديد مدة إرتداء الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي للمستخدم وكذلك متوسط ساعات الحركة والمشى خلال اليوم وخاصة خلال الفترة الأولى من استخدام الجهاز، وكذلك يُملي عليه بعض التعليمات للتعامل الأمثل مع الجهاز طبقاً لنوع الجهاز، فبعض الأجهزة يكون هناك تحاذير بعدم التعرض الشديد للحرارة المباشرة أو الماء حفاظاً على الجهاز المساعد من الصدأ وكيفية إطالة عمر الجهاز وطرق الحفاظ عليه.

كما لاحظ الباحث أن إجابات بعض حالات مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية على هذه الأسئلة تظهر تقييم المستخدم لذاته ومدى تفهمه لدرجة العجز والمرض وتقيس خبرته الذاتية من خلال الفترة الزمنية لإرتداء الجهاز المساعد مما يكسبهم خبرة في الرد على الأسئلة، ويرجع السبب في ذلك لكثرة التردد على المراكز المتخصصة للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية مما يساعدهم على اختيار الجهاز الملائم وأحياناً يبادرون بعرض الإجابات عن حالاتهم وظروفهم قبل توجيه أي أسئلة لهم من خلال مقدم الخدمة الصحية.



وتبين من الدراسة الميدانية أن هدف الأسئلة الاستعراضية التي يقوم بها مقدمي الخدمة الصحية للمستخدم هو مبدأ العرض والطلب لبيع منتجات الأجهزة المساعدة، وغالبًا لا يؤخذ بهذه الإجابات في الاعتبار عند توصيف واختيار الجهاز المناسب سواء في المراكز المتوسطة والعادية أو الاحترافية. فيكون هناك توجيه في هذه المراكز نحو نوع معين من الأجهزة المساعدة التي تتحمل النشاط اليومي، وهناك بعض المراكز التي تقوم بذلك بهدف اقناع المستخدم بالجهاز الأكثر تكلفة مستغلا في ذلك عدم الوعي والخبرة لدي المستخدم وعدم توافر المعلومات حول الاختيار الأمثل للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي، وخاصة في حالات البتر المشوه والذي يكون بطريقة لا تسمح بتركيب طرف صناعي من الأساس، مستغلة في ذلك عدم الإلمام الكامل بمعرفة نوع الجهاز المناسب له سواء أكان طرف صناعي تجميلي أو تكميلي (ميكانيكيًا أو إلكترونيًا).

وقد لاحظ الباحث أن مقدم الخدمة أحيانًا يقوم باستغلال مستخدمي الأجهزة المساعدة باستخدام دولة المنشأ (محلي أو استيراد) بهدف البيع للمنتج وجعلها منها معيارًا شبه أساسيًا لاختيار الجهاز الملائم.

بينما تبين للباحث أن رؤية مقدم الخدمة الصحية باختيار دولة المنشأ لا يتوافق غالبًا مع اختيارات المستخدم باعتبار أن دول المنشأ لا تعبر عن المتانة أو الجودة أو الملائمة لحالة مستخدم الجهاز المساعد، ولكن يتم استغلال الذين يعانون من قلة الوعي والمعرفة وعدم توافر معلومات حول ما هو الجهاز المناسب لاختياره، ويستغل بعض مقدم الخدمات الصحية عدم الوعي لدي بعض مستخدمي الجهاز المساعد ويتم عرض اسم الجهاز مصحوب بدولة الصنع وإمكانيات كل جهاز على حدة، واعتبار معيار التكلفة المالية معيار للجودة وإيحاء المستخدمين أنه كلما زاد السعر زادت إمكانيات الجهاز المساعدة على إداء الوظيفة المرجوه منه ومساعدته على إداء النشاط اليومي الخاص به وإكسبته الرضا عن جودة الحياة.

ولاحظ الباحث خلال الدراسة الميدانية احجام بعض الحالات عن شراء الجهاز المساعد بسبب ارتفاع تكلفته بإعتباره نوعاً من أنواع الرفاهية التي لا يستطيعون أن يحصلوا عليها، ويستبدولونه بأجهزة مساعدة بديلة أخرى مثل (عكاز، كرسي المتحرك، حزام طبي، جبائر، جوارب من خامات معينة، جواناتي.. الخ).

### ☒ المحور الثاني: رصد واقع الخدمات المقدمة للشخص مستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي ومدى إتاحتها للاستخدام

وبمحاولة رصد معرفة مدى رضا مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية عن أجهزتهم المساعدة تم تحديد مجموعة محاور منها؛ مراكز تقديم الخدمة، سهولة الاستخدام، الراحة<sup>(1)</sup> الملاحق (2) .

#### أولاً: مراكز تقديم الخدمة:

وخلال اللقاءات والمناقشات بين الباحث ومستخدمي الأجهزة المساعدة وذويهم من محافظات الجمهورية المختلفة تبين أن أغلبهم من محافظات الصعيد، مما جعل هناك سيطرة للشعور بالنظرة السلبية والأحاساس بالدونية والتمييز السلبي تجاه التوزيع غير العادل لمراكز ومؤسسات الأجهزة التعويضية على مستوى جمهورية مصر العربية وتمركزها في محافظات القاهرة، الجيزة، الإسكندرية، المنصورة وأسيوط دون غيرها من محافظات الجمهورية بصورتها التقليدية المتعارف عليها، مما شكل صعوبة في وصول الخدمة الصحية للمتلقي<sup>(2)</sup> ومستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وجعل لديهم نظرة سلبية للمجتمع واحساس بأنهم أقل حظاً من غيرهم في الحصول على

1- Magnusson L, Ahlström G. Patients' Satisfaction with Lower-limb Prosthetic and Orthotic Devices and Service delivery in Sierra Leone and Malawi. BMC Health Serv Res. 2017 Feb 1;17(1):102. doi: 10.1186/s12913-017-2044-3. PMID: 28143549; PMCID: PMC5286686.

(انظر الملاحق رقم (2))

2- Demers R, Weiss-Lambrou B, Bernadette S. Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology QUEST version 2.0 an outcome measure for assistive technology device. Webster, NY: Institute for matching persons and technology; 2000.





الخدمات الصحية لذلك هم دائمين اقول " أحنا طول عمرنا وأحنا مواطنين من الدرجة الثانية ... أشمعنا في دي هيكون في حظ".

وتبين للباحث أن بعض هذه الورش والمراكز تتواجد على شكل محال لبيع المستلزمات الطبية أو المراكز الوسيطة، بنظام الخدمة الغير الرسمية، ومنها ما يكون بنظام التعاقد مع بعض الجمعيات التي تسعى لتقديم الخدمة، إضافة إلى أنه لا توجد قاعدة بيانات رسمية دقيقة متاحة للمستخدمين تبين أماكن على مستوى الجمهورية.

ورصد الباحث مجموعة من العبارات التي تعبر عن التمييز السلبي لديهم من مشاعر السخط وعدم الرضا ونظرات التهميش والأحاساس بالدونية ومنها؛ "اتبهدلنا من الفجر واحنا في المواصلات علشان نيجي هنا .. آدي الله وآدي حكمته"، "على قد لحافك مد رجليك ... مد رجليك على قد سجاتك"، "زينة الفقير القناعة .. الحر عبد لو طمع .. والعبد حر لو قنع"، "آدي البير وآدي غطاه"، "الأبرة تكسي الناس وهي عريانه"، "الحاجة الوحيدة اللي من غير فلوس هي الفرجه"، "مافيش عندنا في الصعيد مراكز بتعمل الأجهزة خالص الموجود محلات بتبيع عكايز وكراسي"، "الراجل بييجي أول كل شهر الجمعية في البلد بياخد المقاسات أو يصلح الأجهزة وهو مش ملتزم بميعاد ثابت"، "عملت الجهاز وطلع أسوء مما اتخيل .. جت الحزينة تفرح ملفتلهاش مطرح".

ورصد الباحث أن الغالبية العظمي من مراكز ومؤسسات الأطراف الصناعية والأجهزة المساعدة تتوافر في الدور الأرضي وتتميز بأبواب واسعة تسمح بدخول أصحاب الكراسي المتحركة، وجميعها لا تستخدم السجاد أو الموكيت الأرضي أو السيراميك حرصًا على عدم انزلاق الأشخاص ذوي الإعاقات الحركية، كما تتوافر في بعض المراكز إنارة كافية تسمح لهم بالرؤيا الجيدة بالإضافة لمرآة كبيرة الحجم توجد في غرف المقاسات والبروفات.

كما رصد الباحث أن محتوى أغلب المراكز والورش والمؤسسات من الأثاث والكراسي ليست ملائم من حيث الارتفاع فهي منخفضة كثيرًا عن الأرض فلا تتناسب

مع المستخدمين ذوي الإعاقات الجسدية وكبار السن، ونادرًا ما يوجد مقاعد مرتفعة تلائم حالتهم الصحية، بالإضافة لأنها منخفض الجودة وغير متينة.

كما لوحظ خلال الدراسة الميدانية الندرة في وجود الأماكن الاحترافية التي تتوفر فيها الخدمات بجودة عالية، كما يوجد أيضًا مساند في الجدران حديدية أو معدنية يستخدمها المترددين على المركز في الحركة، كما يوجد حيز كافي في غرف المقاسات والبروفات يسمح بالحركة.

وكذلك وجود الندرة في وجود لوحات إرشادية داخل المكان أو خارجة تساعد في الوصول لكافة المرافق تكون وظيفتها الأولى توضيح المداخل والمخارج وطرق الحماية المدنية المجهزة لذوي الإعاقة الحركية الخاصة بالسلامة للوقاية في حالات التدافع أثناء الحرائق والحوادث.

بينما لا تتواجد أماكن لركن السيارات الخاصة ورامبات لمساعدتهم على الصعود والهبوط مزودة بدعائم جانبية خاصة بمتلقي الخدمة الصحية من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، إضافة إلى أنه لا تتوفر الأرضيات الغير قابل للانزلاق عندما يكون المكان رطبًا.

كما تبين خلال المقابلات أن مستخدمي الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي نادرًا ما يهتمون بالسؤال عن كل كبيرة وصغيرة بالمكان، وقليلًا ما يتم الاستعلام حول مقدم الخدمة الصحية هل حصل تدريبات أو دورات كافية، وهل هو من خريج الجامعات أم المعاهد الفنية الصحية المتخصصة، أم أنه خريج مدرسة صناعية تخصص أجهزة تعويضية أو أطراف صناعية، نظرًا لأن غالبًا ما يكون الهدف هو الحصول على الخدمة فقط أو المعرفة المسبقة عن المكان.

وبمراجعة الباحث لبعض الجهات الحكومية تبين أن هناك قواعد وضعتها وزارة الصحة تحول دون اعتماد بعض المراكز والورش من إدارة التراخيص بالإدارة المركزية لشئون الصيدلة بسبب إنها تعمل بعيدًا عن نطاق الأدوات المعقمة المسئولة عنها إدارة التراخيص بالوزارة، على الرغم من أهمية هذا الملف تجاه أصحاب الشأن وارتباطه بحياة متلقي الخدمة الصحية من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية.



## ثانيًا: سهولة الاستخدام:

تبين للباحث أنه يوجد لدى بعض مستخدمي الأجهزة التعويضية أو الطرف الصناعي قناعة بأن كل جهاز مساعد جديد هو بمثابة جهاز لأول مرة حتى وأن تم تصنيعه بذات المؤسسة أو المركز الطبي وبنفس المواصفات الشكلية والتقنية والفنية للجهاز السابق لأنه يحتاج إلى فترة تعایش قد تطول أو تقصر حسب الظروف والمواصفات للشخص المستخدم والتي تعتبر بمثابة مرحلة توطيد العلاقة بين المستخدم والجهاز المساعد (الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي). بينما تزداد فترة التمرين على الاستخدام مع حديثي العهد باستخدام الجهاز المساعد سواء كان تعويضي أو طرف صناعي.

وهناك لدى بعض معتادي الاستخدام علاقة صداقة بينه وبين الجهاز التعويضي والطرف الصناعي علاقة من نوع خاص تشبه العلاقات بين البشر فيما بينهم وهي احترام الجهاز المساعد، يكون هدفها تجنب غضبه وضمان إطاعته باستمرار لأنه يعتبر أي عطل به هو بمثابة غضب منه، لذلك يكون الحفاظ عليه من التلف والاستخدام الأمثل له يكون أفضل ضمان لإطالة عمره.

وتبين للباحث أن رؤى المستخدمين نحو تفضيل الأجهزة المساعدة الأخف وزنًا والأسهل في الصيانة والأكثر أمانًا ومتانة لضمان سهول الحركة والاستخدام والذي يتطابق مع قرار اللجنة الدولية للصليب الأحمر بالأمم المتحدة في تصميم الجهاز التعويضي والطرف الصناعي لكي يستطيع التحرك بسهولة ويسر وأمان ووجود بيئة متاحة ميسرة على نطاق واسع لمزيد من المستخدمين لتحقيق الأنصاف والعدالة وتحقيق الخدمة الصحية<sup>(1)</sup>.

1- Borg J, Lindström A, Larsson S. Assistive technology in developing countries: national and international responsibilities to implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Lancet. 2009;374 (9704): 863–65. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61872-9.

### ثالثاً: الراحة:

تبين من خلال الجماعات النقاشية التي قام بها الباحث خلال الدراسة أن الراحة هي مشكلة نسبية مركبة ولا تتطابق حالة مع أخرى فلا يمكن تعميمها فكل حالة لها ملامستها الخاصة، حيث يري المبحوثين من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية أن الراحة تبدأ بالأقتناع قبل الذهاب للمكان المخصص للخدمة الصحية، بترشيحات مسبقه من ذوي الخبرة السابقة في الإطلاع والتصفح عبر صفحات الأنترنت والتواصل الاجتماعي والمراكز والمؤسسات الطبية الجديدة المتخصصة لهذه الحالات، أو قد تكون بترشيح مسبق من الطبيب المعالج أو الجراح أو أخصائي العلاج الطبيعي والذي ينصح بالذهاب لأحد المراكز بعينها باعتبارها مصدر ثقة له في تصميم الأجهزة المساعدة بكافة صورها بطريقة دقيقة، مما يجعله يبت فيه الآمال والطموحات بشأن هذا المركز حيث يكون هناك اتجاه نحو اقناع المستخدم بأن هذا المركز سوف يساعده على رفع مستوي جودة الحياة بصفة عامة وكذلك الاستخدام الأمثل للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي تجعله بإستطاعته أن يعيش ويتحرك بشكل أقرب للطبيعي.

وقد رصد الباحث بعض الملاحظات العديد من حالات الاحباط من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية نتيجة شعورهم بخيبة الآمال وعدم الرضا وتحطيم لكل طموحاتهم التي كانت في مخيلتهم تجاه الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي نتيجة ارتباطهم بالصورة الذهنية الخيالية للمادة الإعلامية المرئية وخاصة مقاطع الفيديو التي يتم مشاهدتها بالمركز عن الأجهزة المساعدة التي تعكس أن هذا الجهاز سوف يكون بديل للطرف المفقود، ولكن الحقيقة التي تبين أن هذا الإعلان نتيجة لسلسلة طويلة من التدريب والتأهيل تعكس الحالة الصحية والجسمانية والنفسية والتدريبية والرياضية للشخص مقدم الإعلان .

كما تبين للباحث أن هناك بعض الأطباء ومقدمي الخدمات الصحية لديهم رؤيا مبالغ فيها تخالف الواقع تجاه إعطاء وعود برفقة لبعض مستخدمي الأجهزة المساعدة من إحياءات بأن حالته قد تتحسن باستخدام الجهاز وتقل نسبة العجز، ليصطدم المستخدم بعد فترة بصعوبة تحقيق ذلك وأن حالته الصحية هي إعاقة دائمة ومستديمة



وأنه واجب الحفاظ عليها وعدم الإهمال فيها حتى لا تتفاقم وتزداد لديه وتؤثر على الحالة الصحية العامة له.

وهناك بعض مقدمي الخدمات الصحية يقدمون الحقيقة وجهًا لوجه أمام مستخدم الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية دون مراعاة لحالته الصحية والنفسية ودون معرفة تأثير ذلك المباشر عليه، بينما توجد مراكز أخرى تتسم بالندرة يقوم فيها مقدمي الخدمات الصحية بالتوجيه والإرشاد بطريقة احترافية في توصيل الحقيقة بطريقة آمنة تحمل الأمل في الحياة لمستخدم الأجهزة المساعدة، وذلك يكون بالتعاون مع اخصائي نفسي أو اجتماعي مدرب يعمل في المركز الطبي الاحترافي.

وخلال المقابلات تبين للباحث أن هناك منظور آخر للراحة هو منظور خارجي ظاهري لمقدم الخدمة الصحية فأغلب المبحوثين من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية لديهم رؤيا واعتقاد داخلي وفقًا لثقافة الملبس أنه كل من يرتدي الزي الطبي داخل أروقة المركز أو المؤسسة المتمثل في البالطو الأبيض هو اخصائي أجهزة مساعدة أو مهندس أجهزة طبية أو فني أطراف صناعية أو فني أجهزة تعويضية وهذه الرؤيا تؤدي به إلى أن يضع ثقته الكاملة في كل شخص يقدم له خدمة صحية يحصل على لقب "دكتور" من المستخدم وذلك يكون بدون السؤال عن مؤهلاته أو تخصصه أو خبرته.

كما تبين أن بعض مستخدمي الجهاز التعويضي والطرف الصناعي من الأناث يرفضن نهائيًا أن يقوم بأخذ المقاسات لهن رجل من مقدمي الخدمة الصحية بالمركز أو المؤسسة، خاصة إذا كانت مشكلة العجز في الأطراف السفلية والتي تتطلب أخذ مقاسات دقيقة يكون فيها اللمس لمنطقة الحوض أو الوسط باستخدام مقاييس المازورة أو الكرتون أو الجبس مما يتطلب لمس مقدم الخدمة الصحية لأجزاء حساسة من الجسم، ولا يرتبط هذا الرفض بفئة عمرية محددة، ويأتي ذلك لشعور الفتاة بعدم الراحة والحرع تجاه ذلك.

ورصد الباحث خلال الدراسة ندرة الفنييات والأخصائيات في مجال الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، كما تبين أيضاً أن أغلب الراضين من الذين ينتمون لجذور ريفية أو بدوية أو من الصعيد مما يجعلهم يختاروا وسائل مساعدة أخرى تتمثل في اختيار (كرسي متحرك - مشاية - عكاز) كبديل عن أخذ المقاس بواسطة اخصائي رجل.

كما تبين أن هناك رؤيا مختلفة أخرى للراحة وهي العلاقة بين مقدم الخدمة الصحية ومستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي والتي تتمثل أحيانا في علاقة الصداقة فيحدث قبول فيما بينهم مما يجعله المستخدم يستجيب لكافة التعليمات التي يعطيها له مقدم الخدمة الصحية دون نقاش، لأنه يعلم أنه شخص متخصص أمين قادر على فهم حالته الصحية والعملية لكي يجنبه الوقوع في المشكلات التقنية والفنية والشكلية. وعلى النقيض قد لاحظ الباحث أنه يوجد شكل آخر هذه العلاقة وهو مبدأ ((لا تصادق العميل .. لأنه لن يطيع التعليمات)) حيث يكون مستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي حساس لأي أمر ولا يستجيب بجدية حينما تذوب الفوارق بينهم، وقد يؤثر ذلك على تقبله للجهاز المساعد، كما أنه هناك مراكز احترافية كبرى تجمع بين كلا الأسلوبين وهو المرونة في العمل بين مستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي ومقدم الخدمة الصحية.

#### رابعاً: خدمات الصيانة الدورية وتكلفتها:

تبين من خلال المقابلات والجلسات النقاشية أن بعض المستخدمين لديهم الشعور بالمعاناة والتعب والشعور بالإذلال نتيجة المتاعب التي يتعرضون لها، حيث تشكل الإعاقة في حد ذاتها مشكلة اقتصادية نظراً لوجود بعض التكاليف المباشرة وغير المباشرة التي يتحملها الشخص ذوي الإعاقة وأسرته (وتشمل التكلفة المباشرة النقل : التعليم - والنفقات الطبية- ونفقات مقدمي الرعاية المنزلية . . ألخ)، ويرى أغلب المبحوثين من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بمختلف مستوياتهم الاقتصادية أن الأجهزة المساعدة هي ذات تكلفة باهظة.



إذ يرصد الباحث خلال المقابلات بعض المشكلات التي تتعلق بالتكلفة والتي تبدأ من مرحلة الإعداد للذهاب من وإلى مركز تقديم الخدمة الصحية حيث تبين أن هناك مركزية في الخدمات الصحية إذ تتمركز أغلبها في أماكن بعينها دون غيرها كما تم الإشارة فيما سبق، مما قد ساهم في زيادة إعباء النفقات من حيث تكلفة النقل والمواصلات، حيث أن أغلب المبحوثين من مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية يستأجرون سيارة خاصة مجهزة وغالبًا لا تكون مناسبة وميسرة للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية وبعض المستخدمين يذهبون بسيارتهم الخاصة مما يشكل تكاليف إضافية عليهم.

وهناك بعض الحالات الأكثر معاناة وهم الذين يستخدمون المواصلات الداخلية وهذه الحالات يكون من بينهم الذين لا يمكنهم إستئجار السيارات بسبب الفقر أو أنهم من ضمن الحالات الأقل أو الأكثر في درجة الإعاقة فيأتون محمولين على الأعناق من ذويهم.

ويعول مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية ذلك بأن التكلفة أحيانًا قد تشمل بجانب الانتقالات تكلفة الإقامة، والوجبات، والمرافقين، خاصة إذا استدعي الأمر ذلك في حالة الانتظار أو المبيت لأخذ المقاسات أو الإصلاحات للجهاز أو الطرف والذي تتطلب تكلفة إضافية ووقت أطول وعبء مالي ونفسي واجتماعي إضافي مما يشكل زيادة في النفقات.

بينما يوجد القليل من المستخدمين للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي يلجأون للصيانة الدورية، وقد يرجع البعض ذلك بسبب تمركز المصانع والمراكز المتخصصة في محافظات دون غيرها كما سبق ذكره، وخلال الدراسة تبين أن الصيانة الدورية للجهاز أو الطرف تساعد على ممارسة نشاط الحياة اليومي بشكل طبيعي بدءًا من الذهاب للعمل، أو المدرسة، أو الجامعة.. إلخ وذلك تخوفًا من تفاقم الحالة أي ضرر أو عطل للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي مما يزيد التكلفة المالية الإضافية على كاهل الأسرة.

وقد لاحظ الباحث أن العديد من مستخدمي الأجهزة المساعدة الذين يهملون في صيانة أجهزتهم يتحملون تكلفة إضافية، وقد يصل الأمر في بعض الأحيان لاستبدال الجهاز أو الطرف بسبب الإهمال سواء بقصد أو غير قصد في الصيانة.

بينما هناك بعض القليل من المستخدمين الذين يهتمون بالصيانة الدورية خوفاً من فقدان القدرة على الحركة الذي يؤدي لفقدانهم الذهاب للعمل والذي يترتب عليه فقدانهم لرواتبهم وترقيتهم وشعور أصحاب العمل أنهم عبء عليهم، وقد يحول العطل في الجهاز لتعطيل دراستهم بالمدرسة أو الجامعة وقد يتسبب في عدم استكمالهم الدراسة أو في ممارسة الرياضة.

وتبين للباحث أن أغلب مستخدمي الجهاز المساعد يشعرون بالتمييز السلبي خلال فترة صيانة وإصلاح الأعطال في الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي بسبب عدم قدرتهم على إداء أنشطة الحياة اليومية في الأعمال المنزلية والاستقلالية والتي من شأنها أن تشكل عبء اقتصادي ونفسي إضافي عليهم وعلى أسرهم.

ويؤكد الباحث على أهمية دور الحكومات فيما يتعلق بالصيانة والإصلاح والذي من شأنه أن يوفر عليها أعباء مالية كبيرة منها تكاليف شراء جهاز أو طرف بديل لغير القادرين في فترة قصيرة وكذلك الإنفاق على إعانات البطالة نتيجة لمشاركة ذوي الإعاقات في الحياة العملية، وكذلك إعانات الإعاقة والإنفاق الصحي كنتيجة لاهتمام الشخص مستخدم الجهاز التعويضي بحالته الصحية مما يتسبب في عدم تفاقم درجة الإعاقة وغيابه عن العمل أو التعليم ودمجهم في الحياة المجتمعية والارتقاء بمستوي الدخل الاقتصادي لديه.

وكذلك التأكيد على أهمية دور المؤسسات والجمعيات الأهلية التي تبين من خلال الدراسة ندرة ما تساهم به في تكلفة الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي سواء كانت هذه المشاركة بشكل جزئي أو كلي بمشاركة الجهات الحكومية أو الأهلية، فالعمل على صيانة الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي من شأنه أن يوفر أعباء مالية كبيرة ومنها دخول مستشفى لمستخدم الجهاز المساعد والذي قد يحد من حركته ويزيد من





حدة درجة الإعاقة، أما في حالة الإصلاح والصيانة الدورية يمكن التدخل لحل مشكلة مبكرة من شأنها تقليل التكلفة والانفاق على التدخلات الصحية وزيارة المستشفيات وتعظيم عمر الجهاز أو الطرف.

ورصد الباحث مجموعة من التعقيبات من المستخدمين والمتريدين على مقار هذه المراكز أو المؤسسات وهي كالتالي: "لما الأسعار هنا كده .. أومال برة بكام"، "غصب عني لازم اتحمل ثمن الجهاز"، "على رأي المثل .. معاك كام تشتري ايه"، "ياريتني ما جيت الأسعار نار"، "الجهاز الغالي بيتعمل بسرعة في الأماكن الخاصة لكن هنا يا الله ست شهور"، "الجهاز المحلي بيتكسر والمستورد بيعيش أكثر"، "ما باليد حيلة اشتريت الغالي وخلاص"، "جبت الجهاز الرخيص علشان مش معايا فلوس الغالي احسن من مافيش"، "ابني غلبان .. اشتريت لنفسى كرسي متحرك بدل الطرف لأنه غالي أوي عليه"، "قالوا لي أن الجهاز الخفيف في الوزن أحسن لحالتي !! لكن مش معايا ثمنه أخذت الثقيل المهم أني اتحرك"، "ندمت أني جيت مركز خاص لأنني شفت أنواع أجهزة مناسبة ليا ... ومش معايا ثمنها".

تبين أن بعض مقدمي الخدمة الصحية يشاركون مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في اختيارات الشكل العام الخارجي للجهاز مثل اللون الظاهري والداخلي والتبطين، لون وحجم الركبة وهل هي بنظام الأربطة أو الشرائط (سالب وموجب)، ولون الجوارب (الشرابات) المناسبة خاصة في حالات البتر للأطراف، وكذلك المشاركة في اختيار الحزام بدعائم حديد أو معدن خفيف .. ألخ ويؤثر ذلك إيجابياً على مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وخاصة إذا كان المستخدم طفل أو لدية الرغبة في التغيير لأنه اعتاد الشكل القديم ويريد التغيير.

بينما البعض الآخر من مقدمي الخدمات الصحية لا يشاركون المستخدمين للأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية في ذلك، فعلى الرغم أن ذلك شيء ثانوي لا علاقة له بالشق الفني أو التقني فلا يعطونهم هذا الحق، ويصير الاختيارات دون موافقتهم، ويصبح لدي الشخص المستخدم اعتقاد سلبي نحو الشعور بالإهانة والألم والغضب

وربما يصل الأمر للبكاء جراً ذلك، وتأتي هذه النظرة السلبية بسبب عدم تنفيذ أهدافهم ومتطلباتهم وشعورهم بعدم احترام رغباتهم وعدم التقدير من مقدم الخدمة الصحية.

مما يجعل المستخدم يعبر عن ذلك بكافة الطرق مثل رفض إرتداء الجهاز وقد يصل الأمر لساعات وساعات، ولكن في النهاية ينجح مقدم الخدمة الصحية في السيطرة عليه دون إقناعه عن مضض، وفي هذه اللحظة لا ينظر المستخدم لجودة الجهاز من عدمه بل يكون لديه شعور بخيبة آمال تجاه توقعاته عن الشكل الخارجي للجهاز أو الطرف بسبب رفض مشاركته في اتخاذ قرار خاص به في شيء ثانوي، حيث أن باقي الأجزاء هي فنيات ليس في له شأن في اختيارها.

وهناك بعض مقدمي الخدمة الصحية عند أخذ المقاسات للطرف المبتور لا يسجلون كافة الملاحظات الدقيقة والتي تكون ثانوية بالنسبة له ورئيسية بالنسبة للمستخدم ومنها ملاحظة لون البشرة (أسمر / أبيض)، وبالتالي تحدث مشكلات في الشكل الخارجي للطرف الصناعي وقد يتكرر حدوث ذلك بلون مخالف لبشرته في لون البشرة (سمر أو بيضاء)، مما يحدث مشكلة في وقت البروفات والتسليم النهائي للطرف، لأن ذلك من شأنه أن يبرز العجز أمام الآخرين مما يذكر المستخدم باستمرار بالعجز، بينما تقوم بعض المراكز الاحترافية بالتدقيق في إخراج اللون المناسب للون الجلد الأصلي.

وقد لاحظ الباحث عدم وجود أي ضمانات قانونية أو تشريعية لحماية المستهلكين والمستخدمين للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، وعدم وجود شهادات ضمان لهذه المنتجات أو أسعار محددة ومعروفة، وكذلك عدم وجود تشريعات من قبل الحكومات لتقليل التكاليف، ولا توجد ضوابط الإعفاء الضريبي أو المخفضة في الاستيراد على المكونات والمواد والأدوات والآلات والمعدات.

كما أكد الباحث على أهمية تدخل الحكومات بضمان توافر كافة الخدمات الصحية في مجال الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، ومنها رفع درجة الوعي والتدريب لمقدم الخدمة الصحية للمستخدم، وخاصة الرقابة للأسعار حول التكاليف المتكررة، ووضع تكلفة استثمارية واضحة ومحددات لذلك ومنها؛ (الأدوات، الإجراءات المناسبة، الأهداف، المقاييس، مؤشرات الإداء القابلة للقياس لتقييم النتائج).



### خامساً: خدمات المتابعة:

وقد لاحظ الباحث خلال جلسات الجماعات النقاشية ندرة خدمات المتابعة والتقييم الدوري بين مستخدمي الأجهزة التعويضية أو الأطراف الصناعية والتي تهدف للتقليل من حدوث المخاطر، ومن خلال الزيارات الميدانية تبين أن هذه الخدمة تتطلب الاحتياج الدائم للمرافقين في جميع الأحيان مما يشكل صعوبة في تنفيذها للمستخدم.

وهناك فئة أخرى ترفض المتابعة نهائياً وتعتبر هذه المراكز الاحترافية مصدرًا للقلق وإهدار للأموال دون داعي، مؤكدين على أن الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي تبدأ مشاكله في الظهور بعد سنة أو أكثر طبقاً لطريقة الاهتمام والاعتناء به<sup>(1)</sup>.

كما لوحظ من خلال الدراسة الميدانية عدم التأثير الواضح للمستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي في الحصول على خدمة المتابعة باعتبارها خدمة صحية، نظراً لأنها تضيف لدي البعض تكاليف وأعباء مالية أحياناً، وذلك بالإضافة لعدم إتاحة كارت أو جدول ثابت للمتابعة وكذلك صعوبة تحديد الوقت اللازم والمناسب للحصول على هذه الخدمة الصحية.

وتبين للباحث من خلال المقابلات والمناقشات مع المستخدمين ومقدمي الخدمة الصحية أن المتابعة الدورية من البداية هي أفضل اختيار لكلاهما، ولذلك ينبغي أن تكون في مكان احترافي يتوفر به كشف دوري على الصحة العامة سواء بالتنسيق مع ذات المركز أو مركز خارجي بنظام الربط والتنسيق فيما بينهما، ويكون ذلك بهدف الاطمئنان على أنه لا توجد مشاكل عضوية أو صحية تؤثر على استخدام الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي، وذلك لإعادة توصيفه بطريقة تستلزم تغيير نوع الجهاز المساعد من جديد إذا استدعي الأمر ذلك لكي يتناسب مع الوضع الصحي الجديد، ولوحظ أن أغلب من يلجأ لخدمة المتابعة بشكل دوري هم الذين تتطلب وظائفهم الحضور اليومي وعدم التغيب، لذا وجب عليهم الانتباه الجيد لأي مشكلة

1- Wessels RD, De Witte LP. Reliability and validity of the Dutch version of QUEST 2.0 with users of various types of assistive devices. Disabil Rehabil. 2003;25(6):267–72. doi: 10.1080/0963828021000031197.

طارئة للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي، مما يجعل لديهم تخوف من المجهول، والذي ينمي لديهم الشعور بالأمان وعدم القلق مما يحقق لهم تقليل فرص التعرض للمخاطر والحوادث.

### ☒ المحور الثالث: التعرف على مدي أهمية إعادة التأهيل لمستخدم الجهاز التعويضي والطرف الصناعية.

تبين للباحث من خلال مجموعات المناقشة البؤرية أن خدمة إعادة التأهيل تقع ضمن الخدمات الصحية التي تتميز بالندرة في الاستخدام لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية، نظراً لأنها تتوافر فقط في المراكز الاحترافية ذات التكلفة المرتفعة أو العيادات الخاصة بمراكز العلاج الطبيعي، واتضح ذلك أكثر في حالات البتر للأطراف الصناعية فقبل البدء في مرحلة البتر يتوجب عليه التوعية والتأهيل النفسي والاجتماعي وتوضيح الخطة العلاجية للمريض عن طريق الفريق المعالج سواء كان طبيب التخصص باطنة أو عظام- الطبيب الجراح- الفريق التمريضي المعالج - اخصائي العلاج الطبيعي - أخصائي العلاج الوظيفي - الاخصائي النفسي والاجتماعي .. ألخ، بالإضافة إلى أهمية توافر أخصائي أجهزة تعويضية وأطراف صناعية<sup>(1)</sup> والذي يكون تواجده أساسياً قبل وبعد إجراء عمليات البتر الجراحية للطرف نظراً لأهمية مشاركته مع الطبيب الجراح في تحديد المستوى الأمثل للبتر.

ويعقب عملية البتر تدخل أخصائي الأطراف الصناعية في عملية أخذ المقاسات والبروفات ويتم ذلك خلال مجموعة من اللقاءات يقوم فيها مقدم الخدمة الصحية بتقديم بعض الإرشادات المتعلقة بالطرف الصناعي من حيث الاستخدام الآمن للطرف الصناعي والإمكانيات وطرق الحفاظ عليه لتحسين جودة الحياة للمستخدم وتيسرها، وتأتي بعد ذلك مرحلة استلام الطرف الصناعي<sup>(2)</sup>.

1- Gauthier- Gagon C, Grise MC. Tools for outcome measurement in lower limb amputee rehabilitation. Montreal: Universite de Montreal; 2001.

2- World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments,



ويري الباحث أنه لابد من تدخل الحكومات في عملية التأهيل قبل وأثناء وبعد عملية استلام الجهاز أو الطرف الصناعي وذلك للتقليل من الاعتلالات والمضاعفات الناجمة عن الإصابة أو العجز الذي تلحق بمستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي، وذلك لتحقيق أفضل ما يمكن تحقيقه لكي يعيش المستخدم حياة آمنة مستقرة، وذلك للحد من الآثار المعقدة التي يترتب عليها هذا العجز، كما تبين خلال البحث أن العائد من عملية التأهيل يساعد على تجنب النفقات الباهظة المترتبة على عملية التأهيل التي يتحملها كلا من مستخدم الجهاز المساعد والحكومات.

وبالإطلاع على المصادر والدراسات السابقة في المراكز الاحترافية تبين أن متوسط جلسات التأهيل للطرف الصناعي ثلاث جلسات تقريباً، وتتطلب كل وحدة خدمية صحية على الأقل توافر اثنين من الأطباء يدعمهم اختصاصي للأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية ويحتاج البلد الواحد من 5-15 من الاخصائيين لكل مليون نسمة، فإن توافر الأطباء في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل هو واحد فقط لكل مليون نسمة مما يعيق جودة حياة المرضى<sup>(1)</sup>، بينما يوجد في مصر ما يقل عن مائتين اختصاصي للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية مسئولين عن توفير الخدمة لأكثر من مليوني شخص ذوي إعاقة حركية.

أن المحاولات المتقطعة للتأهيل والتي تكون بعد فترة زمنية من استخدام الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي لا تحقق الوظيفة المرجوه منها وهي التحسن في الإداء الوظيفي للشخص مستخدم الجهاز المساعد، ولاحظ الباحث إن إعادة التأهيل لا تنطبق على كل الحالات بنفس الطريقة فكل حالة لها استراتيجيات خاصة للتأهيل نظراً لاختلاف أسلوبها في الحياة.

---

2007. [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)  
Accessed 3 Dec 2022.

- 1- Heinemann AW, Bode RK, O'Reilly C. Development and measurement properties of the Orthotics and Prosthetics Users' Survey (OPUS): a comprehensive set of clinical outcome instruments. *Prosthet Orthot Int.* 2003;27:191-206. doi: 10.1080/03093640308726682.

وهناك القليل من مستخدمي الأجهزة المساعدة الذين يستعينون بمراكز خاصة للعلاج الطبيعي ب(المستشفيات أو المراكز الخاصة أو العيادات الخاصة أو المراكز الاحترافية للأجهزة التعويضية أو في مكان إقامة المريض) بعملية التأهيل قبل وبعد استلام الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي لكي يحافظ على تقوية العضلات وتحسين قدرة الشخص على استخدام الجهاز المساعد.

#### • نتائج الدراسة:

1. تعزيز الدراسات المتعمقة في مجال تقييم ثقافة الرضا لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية وتنفيذها عبر المواقع الحكومية على هيئة استبيانات كبيرة تعكس عدد حقيقي لمتلقي الخدمات توضح نوع ودرجة الإعاقة والمستوي التعليمي والاقتصادي والمهني لتعديل المسار المستقبلي للبحث والتطوير .
2. إعادة التأهيل لمستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي ليست خدمة اختيارية أو ترفيهية تتاح فقط لمن يمكنه تحمل تكاليفها، بل هي خدمة صحية ينبغي على الدولة العمل على توفيرها وإتاحتها للجميع للوقاية من تفاقم الحالة وتقليل العجز .
3. اتخاذ الدولة بعض الإجراءات التيسيرية للحصول على الجهاز المساعد بطريقة لامركزية للحد من البيروقراطية.
4. أثبتت الدراسة عدم وضوح الأدوار والمسئوليات لدى مقدم الخدمة تجاه مستخدمي الأجهزة المساعدة مما قد يترتب عليه أن الجهاز المساعد إذا كان معيب أو غير مطابق للمواصفات ونشأ عنه في زيادة نسبة عجز ومضاعفات فإنه من يتحمل ذلك هو متلقي الخدمة من مستخدمي الجهاز المساعد، فلا يوجد تعويضات أو جزاءات عن هذا الضرر المباشر وغير المباشر فلا توجد قواعد محددة تحدد العقوبة والجزاء في قوانين الدولة، وكذلك قوانين لحماية المستهلك (المستخدم).



5. تبين من خلال الدراسة عدم وجود جهة مسؤولة عن تحديد مقدار الضرر الواقع على مستخدم الجهاز المساعد ومدى مسئولية مقدم الخدمة عن هذا الضرر، وأيضًا لا توجد جهة تستطيع تحديد ما إذا كان المواصفات الفنية للخامات ملائمة للحالة أم لا وفي نفس الوقت مطابقة المواصفات الموجودة في الفاتورة مع الواقع أم لا.

6. تبين من الدراسة وضوح عدم التنسيق بين جهات تقديم الخدمات نتيجة الصحة ضعف الدعم المالي المقدم من الدولة تجاه مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية مما أثر على ضعف نظام الرقابة والمراقبة مما أثر سلبياً على تقديم الخدمات المقدمة لهم.

7. أوضحت الدراسة وجود العديد من المشكلات الإضافية (الاقتصادية، الاجتماعية، التعليم، الوعي، العمل.. الخ) بالإضافة لمشكلة العجز والإعاقة مما أثر سلبياً على متلقي الخدمة.

8. العمل على إتاحة وتحسين وتيسير وتطوير برامج تقديم الخدمات وإعادة هيكلة في منظومة الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية لكي لتكون متاحة للجميع.

#### - خطة مقترحة للسياسات المستقبلية:

1. زيادة الاهتمام من صانعي السياسات وأصحاب القرار ووزارات الصحة والجهات المسؤولة عن تقديم الرعاية الاجتماعية والإتاحة المكانية والبيئية إتاحة كافة الخدمات لتيسير الحصول على الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية للشخص ذوي الإعاقة الحركية لإزالة العوائق والدعم الوظيفي والمجتمعي والاقتصادي والنفسي نظرًا لأن وظيفة الجهاز التعويضي والطرف الصناعي هي أولاً تحقيق بالاستقلالية الوظيفية والتمكين في نشاط الحياة اليومي بكافة صورته وثانيًا تعزيز القبول الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة الحركية مما يساهم في تحسين نوعية حياتهم ورضاهم وتعليمهم وفرص عملهم التي تعوق الاندماج والمشاركة في المجتمع.

2. العمل على إنشاء نقابة مهنية لمتخصصي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في مصر.

3. العمل على إنشاء قاعدة بيانات متكاملة مزودة بمعلومات عن نوع الجهاز المساعد (جهاز تعويضي أو طرف الصناعي) المناسب لكل حالة ومعرفة أماكن إتاحتها والجهات التي يمكن أن توفرها.

4. توفير خط ساخن لمستخدمي الأجهزة المساعدة مكاتب لخدمة المواطنين بالمحافظات.

5. توفير الخدمة المنزلية عن طريق سيارات متنقلة (قوافل طبية) لأخذ المقاسات والبروفات والتسليم والمتابعة الدورية وفقاً لخطة معتمدة وآليات تضعها مؤسسات الدولة المنوط بها ذلك، ويتكون فريق العمل في القافلة من فريق متكامل متخصص (أخصائي أجهزة تعويضة والأطراف الصناعية - طبيب نفسي - جراح - طبيب عظام - أخصائي علاج طبيعي .. ألخ).

6. التوسع في إنشاء المراكز وورش الخدمات بمختلف أشكالها نظراً لمحدوديتها حالياً والمعاناه من صعوبة الوصول لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بسبب تمركزها في أماكن دون غيرها، ويكون ذلك بالعمل على إنشاء مراكز بالشراكة بين القطاع العام والخاص لتطوير تقنيات جديدة وفعال من حيث التكلفة لتحقيق نتائج علاجية ناجحة.

#### - أبحاث ودراسات مقترحة:

- دور مؤسسات الدولة في التعليم العالي دراسة حالة في كليات العلوم الصحية والتكنولوجية قسم الأجهزة التعويضية
- تطور الصورة الذهنية لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في الدراما المصرية
- النظرة إلى الذات لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية
- الأبعاد الثقافية لدى مقدم الخدمة الصحية للأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية
- الأبعاد الثقافية لإعادة التأهيل لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية





• الملاحق

دليل العمل الميداني

- المحور الأول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمستخدمي الأجهزة المساعدة،

1. الحالة التعليمية لمستخدم الجهاز
2. الوحدة القرابية للمرافقين له
3. البعد المكاني لإماكن إقامة المستخدمين عن أماكن الخدمات
4. مدى توافر إمكانية سهول الوصول للمكان، وتوافر وسائل الانتقال التي انتقل بها والتعرف على ملائمة تكلفتها والوقت الذي استغرق الوصول فيه للمركز
5. هل تستخدم جهاز تعويضي أو طرف صناعي؟ وهل يستخدمه أم لا؟
6. هل تستخدم وسائل مساعدة؟ هل يستخدمها مع الجهاز المساعد؟ ولماذا تستخدمها/ولماذا لا تستخدمها؟
7. إمكانية استخدام عكاز؟ وهل يستخدمه بديلا عن الجهاز أم أنه جنب إلى جنب مع الجهاز؟ ولماذا تستخدمه/ولماذا لا تستخدمه؟
8. إمكانية استخدام كرسي متحرك؟ هل تستخدمه بديلا عن الجهاز أم أنه جنب إلى جنب مع الجهاز؟ ولماذا تستخدمه/ولماذا لا تستخدمه؟
9. هل الجهاز الذي تستخدمه حالته جيدة أم سيئة؟
10. هل تستطيع النهوض من الكرسي العادي بسهولة أم لا؟
11. هل تستطيع الحركة في أنشطة الحياة اليومية في المنزل بالجهاز/ أم بدون جهاز مساعد؟
12. هل تستطيع صعود السلم بالجهاز/ أم بدون جهاز مساعد؟
13. هل تستطيع المشي على الطرق الغير مستوية؟
14. هل تستطيع ركوب السيارة بسهولة/ بصعوبة؟

- المحور الثاني: رصد واقع الخدمات المقدمة للشخص مستخدم الجهاز ومدى  
إتاحتها للاستخدام والتقييم:

15. مدى ملائمة الجهاز المساعد الذي تستخدمه لحالتك الصحية وظروف عملك  
ومقدار أهمية ذلك لديك
16. مدى توافر معلومات عن الجهاز المناسب لحالته الصحية
17. مدى تحقق الثقة في الحركة لمستخدم الجهاز
18. مدى إمكانية التعرف على أماكن ومراكز الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية  
من قبل، ومدى توافر فريق عمل وتخصصات مختلفة داخله من عدمه
19. مدى توافر الإتاحة داخل المكان التي تتيح إمكانية الوصول له بسهولة
20. مدى توافر إرشادات حول أماكن ركن السيارات للمتريدين على المركز ووجود  
أماكن لركن السيارات من عدمه
21. إمكانية توافر رامب (منزلاق) أمام المركز، وكذلك إمكانية سهولة الحركة والدخول  
بالنسبة للمستخدم
22. مدى ملائمة الأثاث في المقر لذوي الإعاقات الحركية من مستخدمي الوسائل  
المساعدة والكراسي المتحركة
23. مدى ملائمة الأثاث من حسب الارتفاعات عن الأرض لكبار السن وذوي  
الإعاقات، ومدى الأحساس بالأمان من حيث أن هذا الأثاث جيد ومتمين
24. مدى توافر حيز في غرفة المقاسات والبروفات يسمح بالحركة، وتوافر الأرضيات  
السهلة التي بها موانع للانزلاق
25. مدى توافر وجود دورات مياه في المراكز أو المؤسسات المنوط بها توفير الخدمة؟  
وهل هي متاحة الاستخدام لمن يعانون من صعوبة في الحركة من ذوي الإعاقات  
الحركية وكبار السن؟
26. مدى توافر سهول الاستخدام للجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي في الفك  
والتركيب
27. مدى توافر سهولة التعديل والاصلاحات في الجهاز التعويضي أو الطرف  
الصناعي، وإمكانية الشعور بالقبول له



28. مدى تقبل شكل الجهاز التعويضي الحالى أو الطرف الصناعي من حيث ملائمة التصميم وسهولة الاستخدام ودقة أخذ المقاسات
29. مدى توافر وملائمة الجهاز بالوزن المناسب الذي يسهل الحركة والراحة
30. مدى استطاعة المتابعة لإصلاح الجهاز باستمرار، وهل كانت ضرورية ومفيدة
31. مدى تقبل التعديلات بعد استلام الجهاز من عدمه
32. مدى مخالفة التعديلات في الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي للتوقعات والطموح من عدمه
33. مدى ملائمة تكلفة اصلاح الجهاز للجميع، وهل كانت سهلة وميسرة لك؟
34. مدى مشاركة جهة العمل في تكلفة الإصلاح للجهاز
- المحور الثالث: التعرف على مدى أهمية إعادة التأهيل لمستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية.
35. مدى توافر خدمات التأهيل بالمركز
36. مدى تقديم المركز لخدمات إرشادية نفسية واجتماعية للشخص المستخدم قبل اختيار الجهاز المناسب
37. مدى توافر وإتاحة استخدام خدمة التأهيل للجميع في المركز
38. مدى توافر جلسات التأهيل بطريقة محددة لكل حالة
39. مدى توافر دورات لرفع كفاءة مستخدم الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي
40. تقييم التأهيل من قبل المستخدم
41. مدى تأدية التأهيل للأهداف المرجوه منه من عدمها
42. مدى إتاحة تكلفة التأهيل للجميع
43. مدى توافر خدمة التأهيل للجميع بمستوياتهم الاقتصادية والاجتماعية المختلفة أم انها تقتصر على فئة محددة
44. مدى التوفير في نفقات التأهيل للمستخدم وتأثيرها في واستراتيجيات للتعامل مع المشاكل ونظرة مستقبلية للحياة
45. مدى التحسن في مهارات التواصل للشخص مستخدم الجهاز المساعد من خلال التأهيل

جدول رقم (1)

الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمستخدمي الأجهزة المساعدة

النسبة	العدد	توزيع البيانات	البيانات الأولية
%44.8	73	ذكور	النوع
%55.2	90	إناث	
%61.3	100	ريف	الإقامة
%38.7	63	حضر	
%36.8	60	تعليم متوسط	مستوي التعليم
%38.7	63	فوق المتوسط	
%24.5	40	تعليم عالي	
%13.5	22	5 - 14	السن
%28.8	47	15 - 29	
%39.3	64	30 - 64	
%18.4	30	أكثر من 65	
%40.4	66	شلل الساق الواحد	الجهاز أو الطرف
%6.3	10	شلل بالساقين	
%12.2	20	بتر الأطراف العلوية	
%41.1	67	بتر الأطراف السفلية	
%73.6	120	يستخدم مع الجهاز أو الطرف	استخدام كرسي متحرك
%26.4	43	لا يستخدم مع الجهاز أو الطرف	
%75.5	123	يستخدم مع الجهاز أو الطرف	استخدام العكاز
%24.5	40	لا يستخدم مع الجهاز أو الطرف	
%37.4	61	حالة جيدة	حالة الجهاز الحالي
%62.6	102	حالة سيئة	



## جدول رقم (2)

## تقييم الرضا عن الجهاز التعويضي أو الطرف الصناعي

%27.7	45	لائق / راضي	تقييم مكان شراء الجهاز أو الطرف
%72.3	118	غير لائق / غير راضي	
%55.3	90	وزن مناسب / راضي	وزن الجهاز أو الطرف
%44.7	73	وزن غير مناسب / غير راضي	
%38.7	63	مقبولة	التعديلات في الجهاز أو الطرف
%61.3	100	غير مقبولة	
%43.6	71	مناسبة	المتانة
%56.4	92	غير مناسبة	
%57.7	94	سهل الاستخدام	الاستخدام
%42.3	69	صعب الاستخدام	
%30.7	50	متاحة	الراحة
%69.3	113	غير متاحة	
%26.4	43	يوجد	التفاعل بين مقدم الخدمة وملتقي الخدمة
%73.6	120	لا يوجد	
%6.14	10	توجد	خدمة التوصيل
%93.86	153	لا توجد	
%47.9	78	متاحة	الإصلاحات والخدمات والصيانة
%52.1	85	غير متاحة	
%27.7	45	توجد	الخدمة الاحترافية
%72.3	118	لا توجد	
%21.4	35	متاحة	المتابعة
%78.6	128	غير متاحة	
%58.9	96	يوجد	الأمان في الجهاز أو الطرف
%41	67	لا يوجد	

## ثقافة الرضا عن الخدمات الصحية لدى مستخدمي الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية في مصر برؤيا تقييمة أنثروبولوجية

ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق في الشكل البياني التالي:

