

إعمادة الدراسات العليا  
جامعة القدس

مُعيقات وُصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية  
حالة محافظة بيت لحم

ساجدة وليد إبراهيم الأعرج

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1444هـ/2023م

مُعيقات وُصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية  
حالة محافظة بيت لحم

إعداد:

ساجدة وليد إبراهيم الأعرج

بكالوريوس إدارة صحية، جامعة القدس المفتوحة/ فلسطين

إشراف: الأستاذة الدكتورة خلود الخياط الدجاني

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في جامعة القدس  
تخصص السياسات والإدارة الصحية

1444هـ/2023م



جامعة القدس  
عمادة الدراسات العليا  
كلية الصحة العامة

### إجازة الرسالة

مُعيقات وُصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية: حالة محافظة بيت لحم

اسم الطالبة: ساجدة وليد ابراهيم الأعرج  
الرقم الجامعي: 22010958

إشراف: الأستاذة الدكتورة: خلود الخياط الدجاني

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2023/5/24 من أعضاء لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم  
وتواقيعهم:

التوقيع: .....

1- رئيس لجنة المناقشة: الأستاذة الدكتورة خلود الدجاني

التوقيع: .....

2- ممتحناً داخلياً: الأستاذ الدكتور تيسير عبد الله

31 /5/2023

التوقيع: .....

3- ممتحناً خارجياً: الدكتور محمد خليف

القدس - فلسطين

1444هـ/2023م

## إهداء

إلى شمعة الحياة وضيء الأمل، إلى من أعطاني الحب والرعاية والدعم ... إلى والدي الحبيب.

إلى من غمرتني بعطفها، واحتضنتني بعنايتها، ودعمتني بقلبها ... أُمِّي الغالية.. حفظها الله وأطال في عمرها.

إلى شريك حياتي، إلى من وهبني الرعاية والدعم.. زوجي العزيز الغالي.

إلى شموع حياتي وكياني.... أطفالِي الأحباء.

إلى دعائم حياتي وركيزتي حين البأس، إلى من بذكرهم تطيب الحياة.... أخي وأخواتي الغوالي.

إلى الأكرم منا جمعياً... شهدائنا الأبرار وأسرانا البواسل.

أهدي ثمرة جهدي، هذا البحث...

الباحثة/ ساجدة وليد إبراهيم الأعرج

## إقرار:

أقرُّ أنا مُعدَّة الرسالة بأنها قُدمت لجامعة القدس؛ لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تم الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الدراسة، أو أي جزء منها، لم يُقدَّم لنيل درجة عليا، لأي جامعة أو معهد آخر.

التوقيع: ساجدة الاعرج

ساجدة وليد إبراهيم الأعرج

التاريخ: 2023/5/24

## شكر وعرّفان

انطلاقاً من قول رسول الله محمد ﷺ: "من لا يَشْكُرُ الناسَ لا يَشْكُرُ الله"، فإن من واجب العرفان وتقدير جهود كافة الأطراف في إنجاز هذه العمل البحثي؛ فإنني أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لكل من قدم لي مساعدةً أو توجيهاً أو نصحاً في إنجاز هذا العمل البحثي، ولا سيما مُشرفتي الفاضلة الأستاذة الدكتور/ **خلود الخياط الدجاني**، كما وأتوجه بالشكر والتقدير إلى الأستاذة الكرام الدكتور/ **محمد خليف مناقشاً** خارجياً، والأستاذ الدكتور/ **تيسير عبدالله مناقشاً داخلياً**، اللذين تفضلاً وتكرماً وقبل مناقشة هذه الرسالة، وإبداء آرائهما؛ مما أسهم في تجويد هذا العمل وتحسينه، ليظهر في أحسن صورة.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى السيد أسيد صلاح مدير فرع الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم الذي قدم لي التوجيهات والنصح والإرشاد؛ الذي أثرى توجهاتي، وعزز مسار البحث في اتجاهاته التي تمس الاحتياج الحقيقي لفئة ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، كما وأتقدم بالشكر للسيد محمد كرام أحد العاملين في الاتحاد والذي بذل جهوداً مميزة في تسهيل مهمتي البحثية في جمع البيانات من الأشخاص ذوي الإعاقة، ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم أيضاً ببالغ شكري للسيد حمد سمامرة في الملنقى الفلسطيني للأشخاص ذوي الإعاقة ومناصريهم على توجيهاته الكريمة، ومساعدته في توفير المعلومات المرتبطة بالدراسة الراهنة.

وأخيراً أشكر كل من ساعدني في دراستي ولو بدعوة والذين قد لا يتسع المجال لذكرهم فشكراً لكم.

**لكم مني جميعاً خالص الشكر والتقدير**

**الباحثة/ ساجدة وليد إبراهيم الأعرج**

## مصطلحات الدراسة:

1. **الشخص ذو الإعاقة:** هو " الشخص المُصاب بعجز كلي أو جزئي، خُلقي أو غير خلقي، وبشكلٍ مستقر في أي من حواسه أو قدراته الجسدية أو النفسية أو العقلية إلى المدى الذي يحد من إمكانية تلبية متطلبات حياته العادية في ظروف أمثاله من غير الأشخاص ذوي الإعاقة " (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020، ص5).
2. **الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية:** يُعتبر الوصول إلى الرعاية الصحية مفهوماً معقداً ومتعدد الأبعاد (Levesque et al., 2013)، يتم تفعيله في هذه الدراسة من خلال خمسة أبعاد (التوافر، إمكانية الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، والملائمة)، وعليه فإن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية يُشير إلى القدرة على الحصول على الخدمات الصحية اللازمة والمناسبة في الوقت والمكان المناسبين، بما في ذلك الوصول إلى الرعاية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية دون وجود عوائق أو حواجز تمنع الوصول إلى هذه الخدمات (ClementeI et al., 2022).
3. **التوافر:** أحد أبعاد قياس الوصول إلى الرعاية الصحية، ويعني أن توريد الخدمات يُلبي الطلب، مع التركيز الصريح على البروتوكولات والمعدات ومؤهلات الموظفين (Obrist et al., 2007).
4. **إمكانية الوصول:** أحد أبعاد قياس الوصول إلى الرعاية الصحية، ويمثل الدرجة التي تتوافق فيها مواقع التوريد مع مواقع العملاء، وتشمل المسافة الجغرافية ووسائل النقل ووقت السفر (Obrist et al., 2007).
5. **القدرة على تحمل التكاليف:** أحد أبعاد قياس الوصول إلى الرعاية الصحية، ويتحقق عندما تتناسب أسعار الخدمات مع دخل العملاء وقدرتهم على الدفع، ويشمل التكاليف المباشرة (تكلفة الخدمة)، والتكاليف غير المباشرة (تكلفة النقل، الوقت الضائع...) (Obrist et al., 2007).
6. **الملاءمة:** أحد أبعاد قياس الوصول إلى الرعاية الصحية، ويشير إلى العلاقة بين تنظيم الخدمات وقدرة العميل على استخدام هذه الخدمات، ويشمل ساعات العمل، وأوقات الانتظار وسهولة التواصل مع مقدمي الخدمة (Obrist et al., 2007).

7. **القبول:** أحد أبعاد قياس الوصول إلى الرعاية الصحية، ويشير إلى تطابق بين خصائص مقدم الخدمة وتوقعات العميل (Obrist et al., 2007). الأساس المنطقي لهذا البعد هو أنه حتى لو كانت الموارد متاحة ويُمكن الوصول إليها، يجب أن تكون أيضاً مقبولة للعميل (WHO., 2012).
8. **خدمات الرعاية الصحية:** جميع الأنشطة الموجهة للحفاظ على صحة الإنسان وسلامته من خلال معالجته من الأمراض والوقاية منها، ويسهر على تقديم هذه الأنشطة أفراد متخصصين داخل مؤسسات حكومية وأهلية خاصة بذلك (صعدي، 2021).
9. **معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية:** هي العوامل التي تقيد استخدام الخدمات الصحية من خلال زيادة صعوبة حصول بعض الأفراد على الرعاية أو استخدامها أو الاستفادة منها، وقد يواجه الفرد أكثر من صعوبة كالصعوبات المالية والمجتمعية والسياسية وغيرها (Nachiappan et al., 2022).

## المخلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة معيقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم في فلسطين، وقد شُخصت تلك المعيقات مقابل خمسة أبعاد للوصول تم التعرف عليها في الأدبيات وتتمثل في التوافر، وإمكانية الوصول، والقدرة على تحمل التكاليف، والملاءمة، والقبول؛ من أجل الحصول على نتائج أكثر دقة، وتحديد الأولويات التي ينبغي التركيز عليها.

استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق الهدف البحثي بالاعتماد على أداة الاستبانة لجمع البيانات من مصادرها الأولية، حيث تمثل مجتمع الدراسة بالأفراد ذوي الإعاقة (الحركية والسمعية والبصرية) المسجلين لدى الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، والبالغ عددهم 905 فرداً، وقد تم تمثيل مجتمع الدراسة باستخدام العينة العنقودية ذات المرحلة الواحدة، تم الوصول إلى مفرداتها من خلال تطبيق إجراء أخذ العينات العشوائية. وقد بلغ حجم العينة 225 فرداً، أرسلت إليهم الاستبانة إلكترونياً وأجاب عليها ذوو الإعاقة أو أحد أفراد أسرهم، كما تم تعبئة الاستبانة داخل مقر الاتحاد مع الأشخاص الذين تمكنوا من الحضور خلال فترة جمع البيانات، وقد تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS-v.26) لتحليل البيانات.

توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج تمثل أهمها في وجود درجة متوسطة من معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي تواجه ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، حيث بلغ الوسط الحسابي لإجمالي معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (2.82) من وجهة نظر ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، وفي الإطار الترتيبي فقد احتل بُعد التوافر المرتبة الأولى من حيث المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في المحافظة، حيث بلغ الوسط الحسابي لموافقة الأفراد ذوي الإعاقة على بُعد التوافر (2.57) يليه بُعد الملاءمة بمتوسط حسابي (2.76) ومن ثم بُعد القدرة على تحمل التكاليف بمتوسط حسابي (2.84) ومن ثم بُعد إمكانية الوصول بمتوسط حسابي (2.91)، وأخيراً بُعد القبول بمتوسط حسابي (3.03)، كما وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المبحوثين حول معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغيري الجنس ومكان السكن، بينما لم يكن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية تُعزى إلى (العمر، المؤهل العلمي، الدخل، نوع بطاقة التأمين، نوع الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، سبب الإعاقة، طبيعة العمل).

أفضت الدراسة إلى عدة توصيات من شأنها أن تعمل على تحسين وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، حيث أوصت وزارة الصحة الفلسطينية بضرورة الاهتمام بوصول الأشخاص ذوي

الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية ارتباطاً بالمعيقات المتعلقة ببعء الملائمة والقدرة على تحمل التكاليف وإمكانية الوصول والقبول، والتركيز على بُعد توافر خدمات الرعاية الصحية الخاصة لذوي الإعاقة، وعلى وجه التحديد توفير الأجهزة المُساعدة مثل (العصا - عكازات - كرسي متحرك - أجهزة مساعدة للسمع...)، هذا بالإضافة إلى توفير خدمات التأهيل لذوي الإعاقة بشكل مستدام.

**الكلمات المفتاحية:** الأشخاص ذوي الإعاقة، الوصول إلى الرعاية الصحية، معيقات الوصول، بيت لحم، فلسطين.

# **Barriers to Accessing Healthcare Services for People with Disabilities: The Case of Bethlehem Governorate.**

**Prepared by: Sajida Walid Ibrahim Al-Araj**

**Supervisor: Prof. Kholoud Khayyat Dajani**

## **Abstract:**

This study aimed to identify the nature of the barriers preventing the access of people with disabilities (PWDs) to healthcare services in Bethlehem in Palestine. These barriers were diagnosed against five dimensions of access, that have been identified in the literature: availability, accessibility, affordability, accommodation, and acceptability; in order to reach more accurate results and identify the priorities worthy of attention.

The researcher followed the descriptive analytical approach as the research design, and the questionnaire as the data collection tool. The population encompasses the people with disabilities (hearing, visual and physical) registered at the Palestinian General Union of People with Disability in Bethlehem. The entire number of PWDs registered is 905 individuals, who were represented using cluster sampling. Randomly, the sample size was 225 individuals. An electronic questionnaire was sent to them, and it was filled out by the PWDs themselves or a family member. Some questionnaires were filled out at the headquarters of the Union. The researcher used SPSS-v.26 for the data analysis.

The research results showed that the total arithmetic mean of barriers reached an average degree (2,81) according to the PWDs' responses. The arithmetic mean of all dimensions were found to be in the following order: (2,57) availability, (2,76) accommodation, (2,84) affordability, (2,91) accessibility, and (3,03) acceptability. The research results also showed statistically significant differences in the responses of the sample on accessibility barriers to healthcare services due to the variables of gender and place of residence. No statistically significant differences were found that were due to the variables of age, qualification, income, insurance type, disability type, knowledge of legal rights, cause of disability and nature of work.

The study concluded with several recommendations that would improve the access of persons with disabilities to healthcare services, as the Palestinian Ministry of Health recommended the need to pay attention to the access of people with disabilities to healthcare services with relation to the barriers of accommodation, affordability, accessibility and acceptability, and focus on the availability dimension, specifically the provision of assistive devices such as (canes - crutches - wheelchairs - hearing aids ...), in addition to providing rehabilitation services for people with disabilities in a sustainable manner.

**KEYWORDS:** people with disabilities, access to healthcare, accessibility barriers, Bethlehem, Palestine.

## الفصل الأول

### الإطار العام للدراسة

#### 1.1 مقدمة الدراسة

يُعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة مكوناً أساسياً من مكونات المجتمعات على اختلاف أطيافها، إذ تختلف معدلات الإعاقة من مجتمع إلى آخر ارتباطاً بمجموعة من العوامل سواء تلك الخاصة بالمجتمع ذاته أو تلك المرتبطة بالجوانب الموروثة، وتُعمد الحكومات إلى تعزيز البناء الإنساني لهذه الفئة باعتبارها عنصراً هاماً يمكنه الإسهام في البناء الحضاري المجتمعي.

وتُعتبر الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة عنصراً هاماً في عملية تمكينهم على الاندماج وتخطي حالة الإعاقة إلى حالة الإسهام الحقيقي في المجتمع، لذا اتجهت الدول والمنظمات إلى إقرار القوانين والمعاهدات التي تُصون حقوقهم، وتُمكنهم من الوصول إلى كافة أشكال الرعاية والتأهيل، إذ يُعتبر الحق في الصحة من أهم الحقوق التي يجب أن يتم إعمالها للأشخاص ذوي الإعاقة (السماك، 2021)، وهو ما أكدت عليه الأمم المتحدة في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري، حيث أشارت إلى حق ذوي الإعاقة في الوصول إلى البيئة المادية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية وخدمات الصحة والتعليم والإعلام والاتصال؛ لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من التمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية (الأمم المتحدة، 2006)، هذه الاتفاقية قدمت دليلاً دولياً لصياغة ومراجعة التشريعات القائمة على الحقوق في العديد من البلدان، إذ تُركز المواد المُضمنة بها على قضايا الصحة والتأهيل وإعادة التأهيل؛ بما يسهم في تعزيز وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية

الصحية، فضلاً عن تقليل تكاليف الرعاية الصحية المستقبلية (Shakespeare et al., 2018). وفي السياق الفلسطيني، انضمت السلطة الوطنية الفلسطينية إلى هذه الاتفاقية كالتزام منها بتقديم كافة أشكال الرعاية الصحية لذوي الإعاقة، وإصلاح القوانين وتعزيز السياسات التي تُسهل وصولهم إلى تلك الخدمات، والتي تجسدت مؤخراً بمصادقة الحكومة الفلسطينية على نظام التأمين الصحي المجاني للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021، إلا أنه وبالرغم من الانضمام للاتفاقية، والمحاولات الخاصة بتعزيز وإصلاح القوانين ذات العلاقة بهذه الفئة لا يزال ذوي الإعاقة في فلسطين يُواجهون مجموعة هائلة ومركبة من التحديات على كافة الصُّعد، وخصوصاً ما يتعلق منها بالوصول إلى الخدمات الصحية الملائمة، وهو ما يُؤكدُه غانم (2015)، الذي أشار إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين يُواجهون مجموعة واسعة من الصعوبات والتحديات التي لازالت قائمة، وتؤثر سلباً على فرص اندماجهم في الحياة الاجتماعية، إذ تتمثل أهم تلك التحديات في فرص الحصول على الخدمات الصحية، وتوفير فرص العمل والتأهيل والإرشاد، والعمل الاجتماعي، هذا الاتجاه أكدته السماك (2021) التي أشارت إلى أن احتياجات ذوي الإعاقة في المجال الصحي تتجسد في تعزيز سبل وصولهم إلى الأجهزة والمعدات والأدوية العلاجية، والمعينات السمعية والبصرية والمستلزمات الطبية الخاصة وغيرها، وفي إطار التعرف على تلك المعوقات فقد جاء التوجه البحثي الراهن بهدف تشخيص تلك المعوقات التي تحول دون الوصول المتكامل لخدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم بالضفة الغربية في فلسطين.

## 2.1 مشكلة الدراسة

تُعتبر الإعاقة أحد أهم المظاهر التي تُعاني منها شريحة واسعة من أفراد المجتمع الفلسطيني، إذ تُؤكد الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن أعداد الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين قد بلغ 92,710 شخصاً (التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت، 2017)، هذه الأعداد المرتفعة بحاجة ماسة لتوفير كافة أشكال الرعاية والتي يقف في مُقدمتها الرعاية الصحية (رضوان، 2011).

ويواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين مجموعة من التحديات التي لا تزال ماثلة أمامهم والتي تؤثر بدورها سلباً على فرص اندماجهم في الحياة الاجتماعية، إذ إن أهم تلك التحديات تتمثل في ضعف مستويات الحصول على الرعاية الصحية، وتوفير فرص العمل والتأهيل والإرشاد، والعمل الاجتماعي (غانم، 2015)، وفي إطار الاحتياجات الصحية لذوي الإعاقة أكدت السماك (2021) أن تلك الاحتياجات تتجسد في تعزيز وصول هذه الفئة إلى الأجهزة والأدوات المساعدة والأدوية، والمعينات

السمعية والبصرية والمستلزمات الطبية الخاصة وغيرها، علاوة على ذلك، هناك غياب لخطط وطنية شاملة تتطوي على آليات فعالة وأدوار محددة لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم (عابدين، 2021). هذه المؤشرات التي تُؤكد وجود مجموعة واسعة من المُعيقات التي تحوّل دون الوصول المناسب لذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية؛ شكلت دافعاً للباحثة للخوض في هذا الاتجاه البحثي؛ بهدف تحديد وتشخيص تلك المُعيقات في محافظة بيت لحم، وعليه يُمكن صياغة المشكلة البحثية في التساؤل الرئيس التالي:

ما هي طبيعة المعوقات التي تحوّل دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟

### 3.1 مبررات الدراسة وأهميتها

يشكل تنامي حجم التحديات التي تُواجه ذوي الإعاقة في المجتمع الفلسطيني (السمالك، 2021)، أحد الدوافع التي وجهت الباحثة الى الخوض في تشخيص طبيعة تلك التحديات بغية اقتراح الحلول الممكنة المرتبطة بحقوقهم، إذ تعتبر هذه الفئة من أكثر الفئات عُرضة للخطر، وأي نقص من حقوقهم الصحية يُعرض حياتهم وسلامتهم البدنية والنفسية للانتقاص (الخياط، 2020، ص100).

كما وان التّركيز المُضطرد والمتنامي من قبل المنظمات الدّولية والحقوقية وكذلك اهتمام المانحين ومُقدمي التمويل على قضايا ذوي الإعاقة باعتبارها أحد الفئات الهشة مجتمعياً (الدخيل ومحمد، 2017)، هذا التّركيز قد قاد الباحثة للخوض في هذه القضية محل اهتمام هذه الأطراف تماشياً مع هذه الاتجاهات القائمة واهتمامات المنظمات باعتبار قضايا ذوي الإعاقة جزء من أولوياتهم.

وتعتبر قضية ضعف الإنتاج البحثي الذي حاول تشخيص المُعيقات الخاصة بسبل وصول فئة ذوي الإعاقة لخدمات الرعاية الصحية بالمجتمع الفلسطيني، احد البواعث الموجهة للباحثة لتنفيذ دراستها الراهنة، كون هذه الدراسة تعتبر من الدراسات القلائل التي حاولت تشخيص تلك المعوقات في المجتمع الفلسطيني على حد علم الباحثة، وعليه فان هذه الدراسة ستُسهم في تغطية جانب من جوانب المعرفة الضئيلة التي توفرها الدراسات المحلية، وإمكانية الاستفادة من نتائج هذا البحث من خلال التّعرف على أهم القضايا التي يتوجب على المنظمات الصحية التّركيز عليها في إطار تعزيز قدرتها على تقديم خدمات صحية أفضل لفئة ذوي الإعاقة، وتوجيهها نحو الأبعاد الأهم التي يمكن أن تُشكل مظلة أمان لتحقيق جودة الرعاية الصحية لهذه الفئة على المدى الطويل.

وأخيراً يشكل الدافع والرغبة الذاتية والتخصصية لدى الباحثة في استكشاف القضايا الصحية المتعلقة بَدَوي الإعاقة، وتحديد العوائق التي تُواجه هذه الفئة في الوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة، أحد الاعتبارات الأخرى لتنفيذ هذه الدراسة في محافظة بيت لحم.

## 4.1 أهداف الدراسة

يتمثل الهدف الرئيس للدراسة في التعرف على طبيعة مُعيقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم.

ويَنفَرع من الهدف الرئيس مجموعة من الأهداف الفرعية التالية:

1. التعرف إلى مدى توافر خدمات الرعاية الصحية بأشكالها المتنوعة للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم.
2. تشخيص مدى وجود مُعيقات خاصة بإمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم.
3. تحديد مدى قبول الأشخاص ذوي الإعاقة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم في محافظة بيت لحم.
4. تحديد المُعيقات الخاصة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم.
5. إبراز طبيعة المُعيقات الخاصة بمستوى ملاءمة خدمات الرعاية الصحية المُقدمة لذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم.
6. تحديد طبيعة الفروقات في استجابات المبحوثين التي قد تُعزى إلى العوامل الفردية (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع بطاقة التأمين، أشكال الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، سبب الإعاقة، وطبيعة العمل).

## 5.1 أسئلة الدراسة

للإجابة على تساؤل الدراسة الرئيس المتمثل في " ما هي طبيعة المعوقات التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟"، فإنه ينبغي الإجابة على التساؤلات الفرعية التي تمثل أبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ويُمكن تضمينها في التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما هي طبيعة المُعيقات الخاصة بتوافر خدمات الرعاية الصحية بأشكالها المُتنوعة للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم؟
2. ما هي طبيعة المُعيقات الخاصة بإمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟
3. ما مدى قبول الأشخاص ذوي الإعاقة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم في محافظة بيت لحم؟
4. ما هي طبيعة المُعيقات الخاصة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟
5. ما هي طبيعة المُعيقات الخاصة بمستوى ملاءمة خدمات الرعاية الصحية المُقدمة لذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم؟
6. هل يوجد فروقات في استجابات المبحوثين من ذوي الإعاقة التي قد تُعزى إلى العوامل الفردية (المستقلة) التي تشمل (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع بطاقة التأمين، أشكال الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، سبب الإعاقة، طبيعة العمل) في محافظة بيت لحم؟

## 6.1 فرضيات الدراسة

### الفرضية الرئيسية الأولى

تُوجد مجموعة واسعة من المُعيقات الخاصة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية التي ترتبط ب (التوافر، الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) في محافظة بيت لحم.

### الفرضية الرئيسية الثانية

تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط استجابات المبحوثين حول معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى للعوامل الفردية (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع بطاقة التأمين، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، طبيعة العمل) في محافظة بيت لحم.

## 7.1 حدود الدراسة

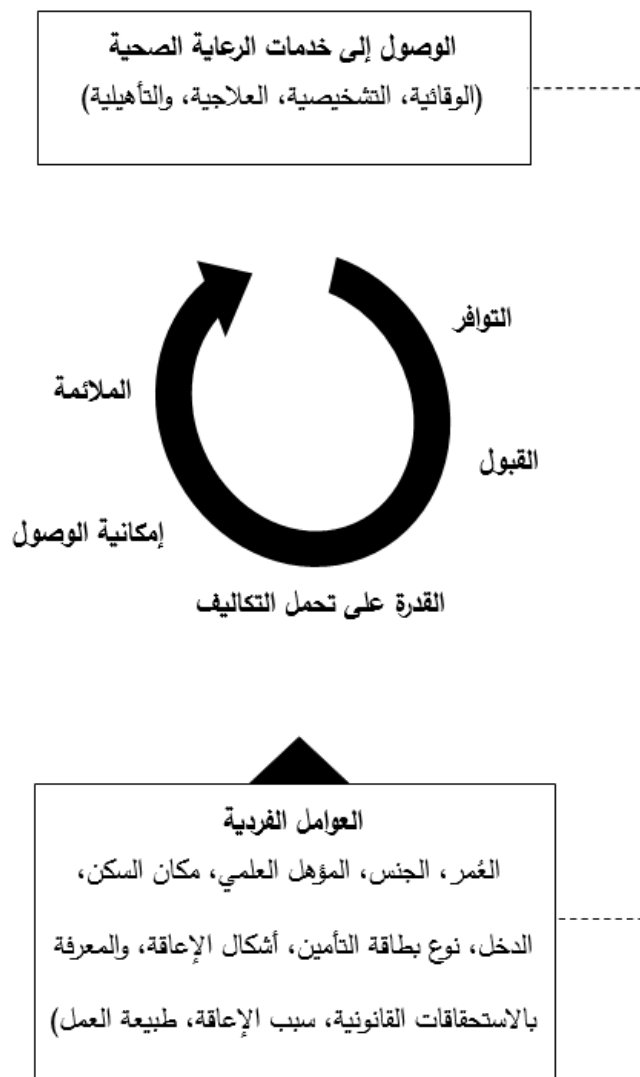
1. الحد الموضوعي: اقتصرَت الدراسة الحالية على التعرف إلى مُعيقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم.

2. الحد البشري: اقتصرت الدراسة على عينة من الأشخاص ذوي الإعاقة (الحركية، السمعية، البصرية) في محافظة بيت لحم.
3. الحد الزمني: طُبقت الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2022-2023).
4. الحد المكاني: اقتصر تنفيذ الدراسة على محافظة بيت لحم.

## 8.1 الاعتبارات الأخلاقية

قامت الباحثة بمراعاة كافة جوانب أخلاقيات البحث العملي أثناء تنفيذها للدراسة البحثية، إذ قامت بالحصول على الموافقة اللازمة لإجراء الدراسة قبل البدء بجمع البيانات من اللجنة الأخلاقية في كلية الصحة العامة في جامعة القدس (ملحق 3)، ثم السعي للحصول على موافقة أخرى من إدارة الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم لإجراء البحث في مؤسستهم، يضاف إلى ذلك حصول الباحثة على موافقة الشخص ذوي الإعاقة للمشاركة في الدراسة عبر التواصل المباشر مع الشخص ذوي الإعاقة وفي حال ابدى موافقته على المشاركة يتم إدراجه ضمن الفئة المشاركة وفي حال عدم الرغبة بالمشاركة يتم استبعاده من المشاركة في الدراسة الحالية، كما اعتمدت الباحثة على أعمال جوانب حفظ حقوق الملكية الفكرية بإسناد المعلومات إلى مؤلفيها عند الاستشهاد بها في متن البحث العلمي، كما واحترمت الباحثة خصوصية الأفراد عبر إتاحة المجال للأفراد المبحوثين للتعبير عن آرائهم بحرية، وعدم توجيههم نحو الإجابة أو التحيز عند عرض النتائج، حيث قامت الباحثة بعرض كافة النتائج كما أظهرها المسح، وتفسيرها بما يتناسب مع وقائع الفئة المستهدفة، وفي ذات الإطار فإن سرية المعلومات الخاصة بالفئة المستهدفة قد وضعتها الباحثة في الاعتبار الأول الذي حافظت عليه التزاماً منها بأخلاقيات البحث في عدم إفشاء الخصوصية، واستخدام المعلومات والبيانات لأغراض البحث العلمي فقط، وأخيراً فإن تعامل الباحثة مع عينة الدراسة قد ارتكز على معايير الصدق واحترام الرغبات، وحرية المشاركة و الانسحاب من الدراسة في أي وقت.

## 9.1 نموذج الدراسة وإطارها المفاهيمي



شكل 1.1: نموذج الدراسة يبين محددات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. المصدر: من إعداد الباحثة استناداً إلى إطار عمل (Penchansky & Thomas, 1981) وإطار عمل (Obrist et al., 2007).

تم تجريد نموذج الدراسة بناءً على إطار عمل (Penchansky & Thomas, 1981) وإطار عمل (Obrist et al., 2007)، إذ اعتمد المؤلفون في هذان الإطاران على خمسة أبعاد لقياس الوصول هي: التوافر، إمكانية الوصول، القدرة على تحمل التكاليف، الملائمة، والقبول.

وقد حددت الباحثة أن النتائج المتعلقة بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية يُمكن تلخيصها بشكل أفضل باستخدام هذا النموذج، إذ إن كل بُعد في هذا الإطار يلتقط جوانب مختلفة من المعوقات والصعوبات التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى الرعاية الصحية، والجدير

بالذكر أن هذه الأبعاد ليست منفصلة في الواقع، وتؤثر على بعضها البعض. ملاحظة أخرى، لا يمكن اختزال هذه الأبعاد إلى علاقة ثنائية "الوصول" أو "الافتقار إلى الوصول"، ولكن يُمكن قياس الوصول بعبارات نسبية، حيث يتمتع الشخص "بإمكانية وصول أكبر" أو "وصول أقل" (Reoch & Thomson, 2018). وبالنظر إلى أن الملاءمة والقبول بُعدان غير موضوعيان، يُصبح من الصعب تحديد معيار معين لقياسهما، وعليه يُمكن النظر إليهما في هذه الدراسة من خلال شعور الأشخاص ذوي الإعاقة، وتصورهم وتفضيلهم للقضايا ذات الصلة.

- **الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية:** يتم تفعيله في هذه الدراسة من خلال خمسة أبعاد (التوافر، إمكانية الوصول، القدرة على تحمل التكاليف، القبول، الملائمة) مع الأخذ في الاعتبار تأثير العوامل الفردية على إجابات المبحوثين.
- **العوامل الفردية (المستقلة):** افترضت الباحثة أن التصور الذاتي للمجيب عن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية يمكن أن يتأثر بالخصائص الفردية له، وعدم مراعاة هذه العوامل أثناء عملية التحليل يمكن أن يؤدي إلى التحيز، وتشمل الجنس، العمر، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، نوع بطاقة التأمين الصحي، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، وطبيعة العمل.

## الفصل الثاني

### مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة

#### 1.2 المبحث الأول: مفهوم وأشكال الإعاقة

##### 1.1.2 تمهيد:

يُعتبر الأشخاص ذوي الإعاقة أحد الشرائح المجتمعية الأكثر هشاشة، إذ تُعاني هذه الفئة من الضعف العام في قدراتها الخاصة على ممارسة الأعمال مقارنةً بالأشخاص الطبيعيين، وقد يُشكل هذا الضعف مصدراً من مصادر القلق الذي تنعكس آثاره على سلوكيات هؤلاء الأشخاص ارتباطاً بالجانب النفسي المرتبط بطبيعة الإعاقة، لذا فإن إيلاء العناية الخاصة بهذه الفئة يُعتبر مدخلاً هاماً وفعالاً لدمجهم في أوساط الحياة الاجتماعية، فالإعاقة تُمثل قضية مجتمعية هامة في الاطار الدولي، إذ أنه وفقاً لبيانات منظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن ما يقرب من 15% من سكان العالم يُعانون من الإعاقة (Lee et al., 2019).

لذا اتجهت التشريعات الدولية والمحلية لتشكيل مظلة حاضنة لهذه الفئة عبر إقرار منظومة واسعة من سُبل الحماية؛ بُغية تمكينهم من الوصول إلى كافة خدمات الرعاية والتي من أهمها خدمات الرعاية الصحية (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2006)، يُضاف إلى ذلك برامج التأهيل والدمج الاجتماعي الهادفة إلى تمكين هؤلاء الأفراد من التعايش والاندماج في الأوساط المجتمعية، وفي هذا

الإطار تتنوع أشكال الإعاقة التي تُعاني منها هذه الفئة، إذ تشكل طبيعة الإعاقة جانباً هاماً من جوانب إقرار برامج الخدمات الخاصة بها، وارتباطاً بهذا الجانب تتنوع برامج التأهيل وفقاً لتصنيف تلك الإعاقات من أجل تشكيل الأنشطة والاتجاهات التي تتناسب وخصوصية الإعاقة (الشمري، 2004)، هذا ويعاني ذوي الإعاقة من حالة واسعة من التمييز المرتبط بكونهم معاقين، وهو ما يُشكل إجحافاً بحقوقهم التي أقرتها المواثيق الدولية، ومدعاةً لتكريس الجهود لحماية هذه الفئة وجمع كافة أشكال التمييز المُمارس ضدها (القصاص، 2004)، لذا فإن هذا المبحث من الدراسة سيوفر إطاراً نظرياً تفصيلياً يتناول مفهوم الإعاقة وتصنيفاتها، والسمات العامة والنفسية لهذه الفئة، بالإضافة إلى المناهج المتنوعة الخاصة بالتعاوي مع هذه الفئة.

## 2.1.2 مفهوم الإعاقة:

لقد مر مفهوم الإعاقة تاريخياً بمجموعة من التطورات، إذ أن الإعاقة موجودة لدى البشر منذ القدم، وقد اختلفت وجهات نظر المجتمعات حول مفهوم الإعاقة، حيثُ كان ينظر البعض إليها على أنها نعمة من الله، والبعض الآخر ينظر إليها على أنها نتاج للخطيئة، ومن ثم تطور هذا المفهوم لينظر إليها كحالة طبية (Apgar, 2021)، وقد اختلفت المفاهيم والتعريفات الخاصة بالإعاقة خلال الفترة الماضية كنتيجة لتباين المصطلحات التي استخدمتها المنظمات والحكومات والمختصين حول ماهية الإعاقة، وقد يكون التصنيف العالمي للاعتلال والعجز والإعاقة الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية سنة 1980، هو البداية الحقيقية لتنظيم إجراءات التشخيص والتصنيف للإعاقات بأسلوب علمي ومنهجي.

تجسد الاهتمام العالمي بقضايا الإعاقة بإعلان 1982، وانطلاقاً من الالتزام الدولي والحكومي والشعبي بالمبادئ المُوجهة للتطورات الحديثة في سائر مجالات الحياة، فقد ارتبطت قضايا الإعاقة ارتباطاً وثيقاً بهذه المبادئ، وقادت توجيه السياسات والإستراتيجيات الدولية والحكومية في مجال تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة (رضوان، 2011)، وفي هذا السياق فقد أخذ مفهوم الإعاقة وتحديد أنواعها ودرجاتها جوانباً مختلفة ومتنوعة ارتباطاً بالاتجاهات البحثية العلمية وبخصوصية المنظمات والحكومات التي أقرت تلك المفاهيم، حيث قام المفكرون الاجتماعيون بتقديم تعريفات متنوعة للإعاقة، في حين حاولت مؤسسات رسمية ودولية تقديم تعريفات إجرائية للإعاقة بشكل ينسجم مع مستوى تطور وطبيعة المجتمعات التي يعيشون فيها، كما وضعت منظمة الصحة العالمية أيضاً تعريفها الخاص للإعاقة.

في ذات السياق، قامت منظمة الصحة العالمية بتعريف الإعاقة على أنها "حالة من عدم القدرة على

تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، المُرتبط بعمره وجنسه وخصائصه الاجتماعية والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية " (World Health Organization, 2001)، في حين عُرِفَت الإعاقة من قبل لجنة تأهيل ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة التابعة للاتحاد الأوروبي بأنها " معاناة الأشخاص من جميع الأعمار من صعوبات جسدية أو عقلية أو عاطفية دائمة وكبيرة في مجال العلاقات الاجتماعية المهم في حياتهم اليومية. " (Council of Europe, 2002, p13).

أما الهيئة المُستقلة لحقوق المواطن (2006، ص8) فقد عرفت الإعاقة بأنها " قصور أو عيب وظيفي يُصيب عضو أو وظيفة من وظائف الإنسان العضوية أو النفسية، بشكل يؤدي إلى خلل في عملية تكيف هذه الوظيفة مع الوسط الاجتماعي"، وعليه فإن الإعاقة تُمثلُ العجز (الصعوبة) المُستقرة سواءً أكانَ جزئياً أو كلياً، وتشمل هذه الإعاقات صعوبات متعددة منها حسية وحركية، وذهنية وعقلية ونفسية.

هذا وقد أورد محمد والفريخ (2018) تعريفاً للإعاقة، حيث أشارا إلى أن الإعاقة هي وجود ضعف أو خسارة في البنية الجسدية أو التشريحية للفرد بما يُحد من قدراته على أداء أنشطته بشكل طبيعي. وهنا تُؤكد علوان (2021) أن الإعاقة ليست مرضاً، ولكنها حالة من الانحراف أو التأخير الملحوظ في النمو الجسدي أو الفكري ينتج عنه صعوبات خاصة، فهي وضع حرج يفرض قيوداً على الأداء العام للفرد.

وارتباطاً بمفهوم الإعاقة فقد أوردت الأدبيات تعريفات متنوعة للشخص المُعاق، حيث عُرِف في إطار القانون الفلسطيني لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 1999 على أنه " الشخص المُصاب بعجز كلي أو جزئي خُلقي أو غير خُلقي، وبشكل مُستقر في أي من حواسه أو قدراته الجسدية أو النفسية أو العقلية إلى المدى الذي يحد من إمكانية تلبية متطلبات حياته العادية في ظروف أمثاله من غير الأشخاص ذوي الإعاقة " (المركز الفلسطيني لحقوق الانسان، 2020، ص5)، وفي ذات الإطار فقد أشار كل من العاجز وعساف (2013) إلى أن المُعاق هو الشخص المُصاب بنقص في جسمه، أو الذي يُبدي قصوراً بدنياً أو عقلياً بحيث تكون إمكاناته ناقصة أو ضعيفة.

كما وعرف الشخص المُعاق بأنه " أي شخص ذكر أو أنثى، غير قادر على أن يُؤمن بنفسه بصورة كلية أو جزئية ضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية العادية، بسبب نقص خُلقي أو غير خُلقي في قدراته الجسمية أو العقلية " (العدرة، 2016، ص2014)، كما وأورد Edmonds (2005) تعريفاً لذوي الإعاقة حين أشار إلى أنه شخص أو أشخاص (مجموعة من الأفراد) يُعانون من إعاقة أو حالة صحية، يُواجهون إعاقة أو يُنظر إليهم على أنهم مُعاقون، وعليه فإن الإعاقة هي نتيجة التفاعل بين شخص يُعاني من إعاقة أو حالة صحية والحوازر السلبية للبيئة بما في ذلك المواقف والمعتقدات.

في حين ذهب بايج (2019) إلى تعريف المُعاق ارتباطاً بشكل الإعاقة، حيث أشار إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم " هؤلاء الذين لديهم إعاقة بدنية أو نفسية أو عقلية أو حسية طويلة الأجل والتي قد تؤدي عند تفاعلها مع مختلف العوائق إلى عرقلة مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين " (بايج، 2019، ص5). وقد اتفق معه ويس (2020) حين عرف الأشخاص ذوي الإعاقة من منظور نوعية الإعاقة حيث أشار إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أولئك اللذين لديهم عجز حركي، أو نفسي، أو ذهني أو حسي طويل الأجل، والذي حين يتفاعل مع الحواجز المختلفة ويُعيق مشاركتهم الكاملة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين، هذا وقد أكد Sakellariou & Rotarou (2017) بأن الشخص يكون معاقاً إذا كان لديه إعاقة جسدية أو عقلية لها تأثير سلبي كبير وطويل الأجل على حياته اليومية.

أما وراسنة وأبو سرور وعبد المجيد (2015) فقد أشاروا في تعريفهم للأشخاص ذوي الإعاقة بأنهم أفراد بحاجة إلى أدوات وأساليب لتطوير قدراتهم ومهاراتهم كونهم أشخاص مصابون بعجز كلي أو جزئي خلقي أو غير خلقي كصفات دائمة في أي من الحواس أو القدرات الجسدية أو النفسية أو العقلية إلى المدى الذي يحد من إمكانياتهم على تلبية متطلبات الحياة العادية في ظروف أمثالهم من غير المعاقين.

وقد أكد هذا الاتجاه عبود (2022) حين أشار إلى أن الاحتياجات الخاصة تُشير إلى فقدان الكلي أو الجزئي للوظيفة السلوكية الفعلية أو الحسية أو العلة المُزمنة التي تُؤثر على قدرات الشخص المصاب جسماً أو نفسياً فيصبح غير قادر على أن يتنافس مع أقرانه الأسوياء.

### 3.1.2 الخصائص العامة لذوي الإعاقة:

تتنوع خصائص الأشخاص ذوي الإعاقة ارتباطاً بطبيعة هذه الإعاقة وشكلها ومدى تأثيرها على الأداء الفردي، وفي هذا السياق فقد أشارت الأدبيات إلى مجموعة من الخصائص التي يتصف بها الأشخاص ذوي الإعاقة والتي يمكن إيضاحها كما يلي: (النصراوي، 2017) و(جمعية الصحة العالمية، 2021).

1. تُشكل السمة الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة ارتباطاً بطبيعة هذه الإعاقة بمحدودية القدرة على القيام بوظيفة أو أكثر من وظائف الحياة بطريقة طبيعية.
2. الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم احتياجات خاصة تختلف في طبيعتها عن حاجة الأفراد الأسوياء ارتباطاً بطبيعة الإعاقة التي يُعانون منها.
3. تنعكس آثار الإعاقة على جوانب الحياة العملية للأفراد وقد تُؤثر على بعض الجوانب أو جميعها، وبإمكان الفرد المعاق ممارسة أعمال مُحددة تتناسب مع طبيعة الإعاقة التي يُعاني منها.

4. بالرغم من تنوع أشكال الإعاقة التي يُعاني منها الأشخاص المُعاقون تبقى لديهم القدرة والقابلية على التعلم والاندماج في الحياة العادية في المجتمع.
5. الاختلاف الرئيس بين ذوي الإعاقة يرتبط بنوعها ودرجة العجز الناتج عنها، إلا أن جميعهم يشتركون بخاصية الحاجة إلى الأمن والطمأنينة والعطف والعلاقات الاجتماعية.
6. الارتفاع الملحوظ في مستوى تعرض الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الفقر قياساً بالآخرين، بالإضافة إلى ارتفاع احتمالات تعرضهم للأمراض غير السارية.
7. الارتفاع الملحوظ في صعوبة حصولهم على الخدمات الصحية المناسبة بسبب العوائق البيئية والمالية والقانونية المتعلقة بالمواقف المجتمعية.

أما بالنظر إلى السمات النفسية الخاصة بذوي الإعاقة والناتجة عن نظرة المجتمع إلى المعاق بأنه شخص عاجز غير منتج تتمثل فيما يلي: (علوان، 2021).

1. الشعور المُتنامي باليأس، ومشاعر الإحباط، والتفكير بالانتحار.
2. تولد مشاعر الضعف والانعزال وعدم الطمأنينة، وانعدام التقدير للذات والاستسلام للواقع بكافة أشكال الجور المرتبطة به، ولقد أكد على هذه السمات النفسية النصاروي (2017) حين أشار إلى وجود مجموعة واسعة من السمات النفسية لذوي الإعاقة والمتمثلة فيما يلي:
3. شعور المُعاق بعدم التوافق مع المجتمع كنتاج لرفض الذات وكراهية النفس المرتبطة بالإعاقة.
4. السلوك السلبي المُتولد عن الاتجاهات النفسية الخاصة بشعور ذوي الإعاقة بالعجز والإحباط والاستسلام للإعاقة.
5. الشعور المُستمر بالقلق والافتقاد إلى الأمن النفسي والخوف من المجهول.
6. عدم الاتزان الانفعالي، وتولد مخاوف وهمية مبالغ فيها قد تؤدي إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان.
7. طغيان مظاهر السلوك الدفاعي المرتبط بجوانب الإسقاط أو التبرير؛ بُغية حماية الذات في المواقف المجتمعية التي يواجهها ذوي الإعاقة.

أما فيما يتعلق بمُسببات الإعاقة فقد أشار كل من الرشيد (2019) وسعيد وزيدان (2021) إلى وجود مجموعة واسعة من تلك المُسببات التي يتمثل أبرزها في (سوء التغذية لدى الأم والطفل، الأمراض التي تُصيب الطفل أو الأم، الأسباب الخُلقية مثل الولادة، العوامل الوراثية، الحوادث، الحُروب والكوارث الطبيعية، التلوث البيئي)، فجميع هذه العوامل قد تُسهم في ظهور الإعاقة لدى الأشخاص. في حين يُضيف Apgar (2021) مُسببات أخرى يتمثل أهمها في المشكلات الإدراكية، أو العاطفية، أو إساءة استخدام الكحول، أو المخدرات.

من خلال العرض السابق ترى الباحثة أن من أهم سمات ذوي الإعاقة توافر الدافعية لديهم على الاندماج في المجتمع ارتباطاً بجوانب الدوافع السيكولوجية لديهم، والمرتبطة برغبتهم في التغلب على جوانب العجز التي سببتها الإعاقة ولو بالحد الأدنى، ومحاولة الاندماج مجتمعياً، كما وترى الباحثة أن أنواع الإعاقة لبعض الفئات لا تُمثل عائقاً كلياً أمام اندماجهم أو ممارستهم للأعمال، إذ يُمكن للبعض منهم ممارسة بعض الأعمال التي تتناسب وطبيعة إعاقتهم كما يُمارسها الأشخاص الأسوياء، ومن جانب آخر فإن الانعكاسات النفسية لآثار الإعاقة في ظل الإهمال المجتمعي والمؤسسي لهذه الفئة له آثارٌ نفسية وخيمة قد تنعكس عليهم، إذ قد تُولد جوانب الضعف النفسي والعزلة الاجتماعية، ومحاولات التخلص من الذات العاجزة وفقاً للأفكار والاتجاهات التي قد تتولد لدى الشخص المُعاق في حالة تركه فريسة لتلك الأفكار (النجار، 2012)، ومن هنا يتوجب احتضان هذه الفئة، ومحاولة إدماجها بكافة الوسائل المُتاحة، وتمكينها ولو جزئياً للتخلص من آثار تلك الإعاقة لتعزيز الاتجاهات النفسية الإيجابية لديهم في الإسهام الاجتماعي البناء.

## 4.1.2 مناهج العمل في التعااطي مع ذوي الإعاقة:

تنوعت المناهج التي ساقتها الأدبيات لآليات التعااطي مع ذوي الإعاقة، وفيما يلي إيضاح لأهم تلك المناهج:

### 1.4.1.2 المنهج (النموذج) الطبي:

ظهر النموذج الطبي بعد الحرب العالمية الثانية نتيجة للتقدم الواسع في العلوم الصحية والتكنولوجيا وصناعة الأدوية، وقد أدى ذلك إلى تحسينات غير مسبوقة في قدرة المجتمع على منع أسباب الضعف، وتحسين الاستقلال الوظيفي للأشخاص ذوي الإعاقة (وراسنة وأبو سرور وعبد المجيد، 2015).

يرتبط اتجاه تركيز هذا النموذج على الجانب الطبي للإعاقة، وكيفية تعويض الأشخاص ذوي الإصابات أو التلف العضوي وما يرتبط به من قصور وظيفي، وبالتالي صياغة السياسات التي تمكن من رعايتهم وتزويدهم بالخدمات العلاجية والتأهيلية في مؤسسات قائمة على العزل والاستبعاد من فعاليات وخبرات الحياة الاجتماعية العادية (رضوان، 2011).

لذا تؤكد الأمم المتحدة أن الحكومات وفقاً لهذا النموذج تتجنب مسؤولية معالجة الحواجز الموجودة في البيئة الاجتماعية والمادية، وتلقي بعبء المشكلة الخاصة بذوي الإعاقة على المهنة الصحية باعتبارها اعتلال صحي فقط (United Nations, 2020).

### 2.4.1.2 المنهج (النموذج) الخيري أو الرعوي:

يستند هذا المنهج على أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يمكنهم رعاية أنفسهم والعيش بشكل مستقل عن المحيط الاجتماعي، فهم أشخاص يعترضهم الضعف والهشاشة، وبالتالي هم بحاجة إلى الرأفة والشفقة، ويدعو هذا المنهج إلى عزلهم في المؤسسات والمستشفيات والمراكز الطبية والمنزل وبيوت الإيواء، بعيداً عن أي برامج للدمج باعتبارهم أشخاص محدودي القدرة والإمكانية، وأن دمجهم في إطار المؤسسات العامة سيعيق المؤسسة من تقديم خدماتها للآخرين (وراسنة وأبو سرور وعبد المجيد، 2015).

### 3.4.1.2 المنهج (النموذج) الاجتماعي:

ظهر النموذج الاجتماعي في السبعينيات والثمانينيات كنتيجة لحركة سياسية يقودها الأشخاص ذوي الإعاقة لزعة استقرار النموذج الطبي للإعاقة وتفكيكه، وكان بمثابة ردة فعل على إضفاء الطابع الطبي على الإعاقة وتأثيراتها السلبية العميقة على الهوية الذاتية لكثير من الأشخاص ذوي الإعاقة،

والمواقف السلبية الناتجة عن النماذج الخيرية والطبية. وهدف إلى خلق مواقف إيجابية حول الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع (رضوان، 2011).

أشار هذا النموذج إلى معاملة ذوي الإعاقة كأشخاص متساوين مع باقي أفراد المجتمع، وإلى إزالة كافة الحواجز التي يواجهونها كالحواجز القانونية والقوانين التمييزية، والحواجز المادية وحواجز الاتصالات واللغة، والتي تُحد من وصولهم إلى الخدمات الحيوية من تعليم وصحة وحماية اجتماعية، وبالتالي فهو ينطلق من أهمية المسؤولية الاجتماعية في المساهمة في إزالة الحواجز أمام مشاركة ذوي الإعاقة ووصولهم إلى الخدمات المختلفة (Edmonds, 2005).

ويؤكد Uromi & Mazagwa (2014) أن النموذج الاجتماعي ينظر إلى الأشخاص على أنهم معاقون من قبل المجتمع بدلاً من أجسادهم، وأن المجتمع له مسؤولية كبيرة في تعميق مفهوم الإعاقة لديهم.

#### 4.4.1.2 المنهج القائم على حقوق الإنسان:

يستند هذا النهج على الجانب الحقوقي الذي يؤكد على المساواة بين البشر وعدم التمييز بينهم، ويؤكد على ضرورة عدم وضع الحواجز أمام دمج ذوي الإعاقة مجتمعياً، ويعتبر العوائق والحواجز الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية القائمة انتهاكاً لحقوقهم الأساسية.

وبالاعتماد على المنظور الحقوقي الخاص بذوي الإعاقة، وارتباطاً بمفهوم الوصول إلى الخدمات فإن الإطار التحليلي لهذا المنهج يؤكد على مجموعة هامة من الاتجاهات والتي تشمل تركيز الفكرة على الإسهام وليس التبعية لذوي الإعاقة، وبالتالي تكريس فكرة النظر إليهم كفاعلين (Subjects) وليسوا تابعين (Objects)، والانطلاق من منظور أن الأشخاص ذوي الإعاقة جزء من التنوع الطبيعي في المجتمع، وبالتالي التعاطي معهم من منطلق أنهم أصحاب حقوق كونهم من ذوي الإعاقة (Degener & Quinn, 2002).

وفي ذات السياق، أكدت جمعية الصحة العالمية (2021) أن هذا النهج المبني على الجانب الحقوقي يقتضي إشراك ذوي الإعاقة ذاتهم، والاستفادة من خبراتهم ووجهات نظرهم والمنظمات التي تمثل مصالحهم في البرامج والسياسات وعمليات صنع القرار.

من خلال العرض السابق يتضح للباحثة أن مناهج التعاطي مع الأشخاص ذوي الإعاقة قد تطورت مع التطور المجتمعي المرتبط بحقوق الإنسان، والحالة الدولية التي شهدت تحولات هائلة في هذا السياق،

إذ انتقلت الفكرة من إغاثة ذوي الإعاقة؛ ومحاولات تقديم الرعاية الصحية لهم مع الاستبعاد المجتمعي إلى الاتجاه المعاصر الذي يُركز على الحق والمساواة والدمج والتأهيل المهني المبني أساساً على الحقوق، ويعتبر النهج القائم على الحقوق أحدث المناهج المعاصرة ويُركز على إشراك ذوي العلاقة في اتخاذ القرارات المُرتبطة بحالتهم كونهم الطرف الأكثر معرفة بالاحتياج، وبالتالي فإن الانتقال من فكرة الاستبعاد إلى فكرة المُشاركة قد ارتبط بتطور المناهج الخاصة بالتعاطي مع ذوي الإعاقة؛ التي بدأت بالنموذج الطبي إلى أن انتقلت للنهج الأكثر حداثة والمتمثل بالنهج الحقوقي الذي يُعتبر الأنسب منها والأكثر دعماً لذوي الإعاقة.

### 5.1.2 أنواع الإعاقة:

اختلفت التصنيفات المرتبطة بالإعاقة ارتباطاً بمجموعة من الجوانب المُتمثلة في القوانين والتشريعات الدولية والمحلية للدول، بالإضافة إلى اختلاف آراء الكُتاب والمُختصين، وقد صُنفت في إطارها العام إلى أربعة أشكال تتمثل في التالي: (عودة ومحيسن، 2022).

1. **الإعاقة الحسية:** وهي ما يُصيب الفرد من عَوق في إحدى حواسه كالbصر أو السمع أو النطق أو التذوق.
2. **الإعاقة الجسمية:** وهي بدورها تقسم إلى إعاقة جسمية حركية كالمقعدين، أو الشلل، أو الشلل الدماغي، أو إعاقة جسمية مرضية وتشمل إِمراض الإيدز أو السل أو الفشل الكبدي.
3. **الإعاقة النفسية:** وهي التي تُصيب الفرد وتجعله منطوياً على نفسه، مثل الخوف والقلق والهوس.
4. **الإعاقة العقلية:** وهي التي تصيب عقل الإنسان وتُسبب له تخلفاً عقلياً.

أما أبو يحيى (2011) فقد تناول تصنيف الإعاقة ارتباطاً بمسبباتها، حيث أشار إلى وجود عدة أشكال ومسببات للإعاقة تتمثل في الجوانب التالية:

1. **الإعاقة التي تنتج عن قصور أو عجز في الجهاز الحركي للمعاق:** وترتبط بأسباب بيولوجية متنوعة كأَمراض الجهاز العصبي وأمراض العظام وغيرها.
2. **الإعاقة الذهنية (العقلية):** وهي التي تُصيب عقل المصاب فتجعل تفكيره خلاف الشخص السليم، وترتبط بمسببات متنوعة أهمها الأمراض الوراثية وسوء تغذية الأم وتسمم الحمل وغيرها.

لذا فالإعاقة العقلية تُمثل حالة من النقص في الأداء الوظيفي الذهني تُصيب الفرد في سن مبكر، وتمتد مع مراحل نموه المختلفة، ويترتب عليها تأخر في جوانب التعلم والنضج والتكيف الاجتماعي وجوانب الحياة الأخرى (بدر الدين ومحمد، 2020).

3. **الإعاقة الحسية:** وترتبط بحالة القُصور في حواس المعاق، وعلى وجه التحديد النُطق والبصر والسمع، وترتبط بمسببات واسعة أهمها الوراثة ومضاعفات بعض الأمراض.

أما سعدي (2021) فقد أورد تصنيفاً يتوافق في بعض مكوناته مع التصنيفات السابقة، إلا أنه أضاف أشكالاً أخرى للإعاقة، وقام بتفصيل لهذه الأشكال التي يمكن إيضاحها كما يلي:

#### جدول 1.2: أنواع الإعاقة.

نوع الإعاقة	الوصف
معاقين جسدياً	أصحاب عجز ظاهر مثل مبتور الأطراف، ومرضى شلل الأطفال أصحاب عجز ظاهر مثل المرضى بأمراض مزمنة، كالسرطان والسكر، والفشل الكلوي، والفشل الكبدي.
معاقين حسيّاً	كالمكفوفين، والصم، والبكم، وضعاف السمع.
معاقين عقلياً	فئة إيجابية مثل المتفوقين والمبدعين. فئة سلبية مثل ضعاف العقول والمرضى بأمراض عقلية.
معاقين نفسياً	وهم المرضى بالأمراض النفسية.
معاقين اجتماعياً	وهم الخارجين عن القانون مثل الأحداث المنحرفين، ونزلاء السجون والمُدمنين... إلخ.
متعددي الإعاقة	وهم من لديهم أكثر من إعاقة، ويُطلق على هذا المعاق "معاقاً مزدوجاً" مثل الصم والبكم والعمى ومرضى الشلل ولديهم ضعف عقلي، العمى والصم، الصم والبكم والعمى ولديهم ضعف عقلي... إلخ

هذا وقد أضاف علوان (2021) نوعاً آخر من أنواع الإعاقة تمثلت بالإعاقة العصبية، وهي شكلٌ مرتبط بخلل الجهاز العصبي، ويندرج في إطارها الصداع النصفي المزمن، والصرع والتوحد والقيود الفكرية والمعرفية؛ التي تُسبب العُزلة وضعف التفاعل والاندماج في المجتمع.

أما عباس (2020) فقد أورد تصنيفاً آخر للأشخاص ذوي الإعاقة يستند الى طبيعة الإعاقة التي يُعانون منها والتي تمثلت في الأنواع التالية:

1. **الاحتياجات الخاصة الاجتماعية والسلوكية والعاطفية:** تشمل أمراض التوحد والاضطراب السلوكي، والعاطفي والعناد الشديد وفرط الحركة، ونوبات الغضب، واضطراب الوسواس القهري.
2. **الاحتياجات الخاصة التعليمية والإدراكية:** وتتمثل بالصعوبات التعليمية المحدودة التي يواجهها الأشخاص مثل صعوبة القراءة والكتابة، أو عدم القدرة على فهم العمليات الحسابية البسيطة، والصعوبات المرتبطة بجوانب التأخر في التعلم الشديد، والاضطرابات الخاصة الفكرية والنفسية التي تسبب التشتت في الانتباه.
3. **الاحتياجات الخاصة التواصلية والتفاعلية:** وتتمثل في الصعوبة المتعلقة في النطق والاستماع، واضطراب طيف التوحد.
4. **الاحتياجات الخاصة الجسدية:** أهمها انعدام البصر، وضعف أو غياب السمع، وشلل الأطفال.

وفي السياق الفلسطيني، صنف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الأشكال العامة للإعاقة إلى خمسة أصناف تشمل: (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2021) و(رضوان، 2011).

#### 1.5.1.2 صعوبة/ إعاقة البصر:

يُشير هذا الشكل من أشكال الإعاقة إلى جانبين، الأول يتمثل بضعاف البصر الذين يُعرفون بأنهم "أولئك الأشخاص الذين يمتلكون حدة بصر تتراوح (70/20 إلى 200/20) في العين الأفضل بعد التصحيح المُمكن"، أما الجانب الآخر يتمثل بالمكفوفين، وهم الأشخاص الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة إلا بطريقة برييل (الحسين، 2017)، وقد توافق معه في هذا الاتجاه جرادات (2012) حين أشار إلى أن المعاق بصرياً هو ذلك الشخص الذي يستخدم طريقة برييل للقراءة والكتابة.

في حين عُرفت الصعوبة أو الإعاقة البصرية من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بأنها بعض الصعوبة التي يواجهها الأفراد أو العجز في الرؤيا؛ مما يحد من قدرتهم على أداء واجباتهم اليومية، بمعنى أن أي مشكلة في الرؤيا يتم اعتبارها صعوبة يجب تحديدها وحصنها.

#### 2.5.1.2 صعوبة/ إعاقة السمع:

يُشير المفهوم الاصطلاحي للإعاقة السمعية إلى حدوث انحراف في السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعي واللفظي، وتشمل كل من الأفراد الصم وضعاف السمع، فالصم هم الأشخاص الذين ليست لديهم القدرة على تطوير اللغة عن طريق السمع، ويعتمدون في اتصالاتهم على الكلام ولغة الإشارة وقراءة الشفاه أو القراءة أو الكتابة أو هذه الطرق مجتمعة (الاتصال الشامل)، أما ضعاف السمع فهم الأفراد الذين يستفيدون من البقايا السمعية لديهم لتطوير مهارات الاتصال عن طريق السمع (جلال

الدين، 2020)، كما عرف سلمان وعلي (2017) الإعاقة السمعية بأنها حرمان الشخص من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق غير مسموع مع وبدون المعينة السمعية.

في حين عُرفت الصعوبة أو الإعاقة السمعية من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بأنها "الصعوبات أو العجز في السمع، والتي تُساهم في الحد من قدرة الأفراد على أداء أي جزء وجانب في أدائهم اليومي، مثل صعوبة سماع شخص يتكلم في مكان مزدحم وفيه ضجيج، أو لا يستطيع أن يسمع شخص يتكلم معه مباشرة وبصوت عادي دون صراخ أو صوت مرتفع " (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2021، ص19).

### 3.5.1.2 صعوبة/ إعاقة الحركة واستخدام الأيدي:

يُشير مفهوم الإعاقة الحركية إلى تلك الإعاقة التي تُصيب الأشخاص الذين يُعانون من حالة عجز عظمية أو حالة مرضية مزمنة؛ تُحد من قدراتهم على استخدام أجسامهم بشكل طبيعي؛ مما يؤثر على إمكانية مشاركتهم في واحدة من النشاطات الحياتية (جمهور، 2017).

في حين عُرفت الصعوبة أو الإعاقة الحركية واستخدام الأيدي من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بأنها " الصعوبات التي يُواجهها الأفراد في التنقل والتجول على الأقدام، والتي قد تُحد أو لا تُحد من أدائهم للأنشطة اليومية، فمثلاً قد يجد صعوبة في مشي مسافة قصيرة، أو مشكلة في الصعود والهبوط على السلالم والدرج والمناطق الوعرة، ولا يستطيع مشي أي مسافة دون استراحة أو توقف، أو لا يستطيع المشي دون الاعتماد على عصا أو عكاز أو أجهزة المشي، أو لا يستطيع الوقوف على القدمين لأكثر من دقيقة، ويحتاج كرسي بعجلات للتنقل من مكان لآخر. وتشمل هذه الصعوبة/الإعاقة الأفراد الذين لديهم صعوبات في التحرك داخل المنزل أو خارجه، وكذلك المشي لفترات تزيد عن 15 دقيقة، وكذلك استخدام الأيدي والأصابع لمسك الأدوات أو الكتابة وغيرها، أو لا يستطيع رفع 2 لتر ماء على مستوى النظر مُستخدماً الأيدي " (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2021، ص19).

### 4.5.1.2 صعوبة/ إعاقة التذكر والتركيز:

"تشمل هذه الصعوبة اتخاذ القرارات، فهم الكلام، قراءة شيء مكتوب، التعرف على الأفراد، الاستدلال على المناطق واستخدام الخريطة، العمليات الحسابية والقراءة والتفكير، مثل الأفراد الذين يجدون صعوبة في الفهم والإدراك للقيام بالأنشطة اليومية، مثلاً أن يجد صعوبة في الاستدلال على المنزل والأماكن

في المحيط، لا يستطيع التركيز فيما يعمل، أو ينسى أين هو أو تذكر الشهر أو الذي قبله، عدم فهم ما قاله فرد ما، نسيان تناول الأدوية أو عدم تناول الطعام، عدم فهم ومعرفة ما يدور حوله. كما تشمل عدم قدرة الفرد على فهم الأشياء أو التعامل مع آخرين، ويشمل نسيان فعل الأشياء المهمة، والأفراد الذين يُعانون من ضعف الذاكرة مثل نسيان وجود مكان الأشياء في البيت، وكذلك صعوبة في التركيز على فعل الأشياء لمدة 10 دقائق" (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2021، ص20).

### 5.5.1.2 صعوبة/ إعاقة التواصل:

تشير هذه الصعوبة الى "عدم قدرة الأفراد على تبادل المعلومات والأفكار مع آخرين، والتعامل معهم من خلال استخدام النطق، أو الإشارة، أو الحركة، أو الكتابة للمعلومات التي يرغبون بتبادلها مع آخرين، وقد يكون ذلك ناتجاً عن عجز في السمع أو الكلام، أو عدم القدرة الذهنية بتفسير وإدراك ما يقوله الآخرين من إشارات وكلمات وحركات" (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2021، ص20).

من خلال العرض السابق يتضح للباحثة وجود مجموعة متنوعة ومتباينة من تصنيفات المؤسسات والكتاب للإعاقة، إلا أنه وبالرغم من هذا التنوع والاختلاف في شكل هذه التصنيفات إلا أن جميع هذه التصنيفات في مضمونها تُشكل أنواع الإعاقة المختلفة التي تتمثل بالتصنيف المحوري المعتمد من قبل المنظمات الدولية، في إطار أربع أشكال رئيسية تشمل الإعاقة الحركية أو الجسمية، والعقلية والنفسية والحسية، وعليه ترى الباحثة أن التفريع في تصنيفات الإعاقة بالزيادة عليها لأشكال أخرى يرتبط في جوهره بهذه التصنيفات الرئيسية، وإن اختلف المُسمى والوصف لتلك الأشكال من الإعاقة، وفي هذا السياق يتضح للباحثة أن تصنيف الإعاقة يستحوذ على أهمية خاصة كونه الأساس الذي تترتب عليه برامج التعاطي مع الإعاقات؛ كون آليات التدخل يجب أن ترتبط بطبيعة وخصوصية الإعاقة، والتي تتباين آليات التعامل معها وفقاً لهذه التصنيفات.

## 6.1.2 الخلاصة:

تُعتبر الإعاقة بمثابة حالة من عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، إذ يترتب على هذه الإعاقة أن يصبح للأشخاص احتياجات خاصة تختلف عن احتياجات الشخص الطبيعي، لذا فقد ظهر مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة ارتباطاً بمفهوم الإعاقة، حيث أن محدودية القدرة على القيام بوظيفة أو أكثر من وظائف الحياة بطريقة طبيعية تُعتبر السمة العامة الأبرز لذوي الإعاقة، يُضاف إليه الشعور المستمر بالقلق والافتقار إلى الأمن النفسي والخوف من المجهول، وقد تنوعت مناهج العمل في التعاطي مع ذوي الإعاقة، حيث بدأت بالنموذج الطبي الذي ينظر إلى ذوي الإعاقة من منظور طبي محض يُركز على صياغة السياسات التي تمكن من رعايتهم، وتزويدهم بالخدمات العلاجية والتأهيلية في مؤسسات قائمة على العزل والاستبعاد من فعاليات وخبرات الحياة الاجتماعية العادية، ومن ثم ظهر النموذج الاجتماعي الراض للتعاطي مع ذوي الإعاقة من منظور طبي قائم على استبعادهم، وإنما على ضرورة عدم التمييز، ودمج ذوي الإعاقة في الحياة المجتمعية بصفاتهم أشخاص فاعلين يُمكنهم الإسهام في البناء الاجتماعي، وأخيراً ظهر النهج القائم على الحقوق والذي ركز على إشراك ذوي الإعاقة في صياغة السياسات وصنع القرارات، وقد اختلفت أشكال الإعاقة التي يُعاني منها المعاقين ما بين الإعاقة الجسمية والحسية والنفسية والعقلية كأشكال رئيسية تُشكل محور الإعاقة عالمياً.

## 2.2 المبحث الثاني: حقوق ذوي الإعاقة في الرعاية الصحية

### 1.2.2 تمهيد:

تُعتبر الحقوق الصحية لذوي الإعاقة أحد الجوانب التي كفلتها المواثيق الدولية، وتتجسد حقوق ذوي الإعاقة في مجموعة واسعة لا تقتصر على الجانب الصحي فقط، إنما تمتد لتشمل حقهم في المشاركة التامة والمتساوية في كل مناحي الحياة في المجتمع (العدرة، 2016)، لذا فإن تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بالحياة الطبيعية يُعتبر من أهم الحقوق بغض النظر عن عُمر المُعاق أو طبيعة إعاقته، ولتحقيق هذه الغاية يتوجب إيلاء الاهتمام الكافي بذوي الإعاقة، وتوفير كافة السبل لوصولهم إلى الخدمات، والعمل على تأهيلهم ودمجهم مجتمعياً (عبود، 2022)، كما أن كفالة الحقوق الصحية لذوي الإعاقة لا يقتصر على إطارها القانوني فقط، وإنما يمتد إلى إطارها التطبيقي المرتبط بالممارسات الخاصة بكافة أطراف العلاقة لتسهيل وصول هذه الفئة إلى خدمات الرعاية الصحية المتنوعة، وتُعتبر هذه الحقوق من الجوانب الجوهرية التي تحدث أثراً وتحولات عميقة في الجوانب الحياتية لذوي الإعاقة، لذا تُوصف حقوق الرعاية الصحية بأنها جوهر تلك الحقوق كونها تشمل الجوانب المرتبطة بتقديم خدمات التأهيل والخدمات المساندة التي تُسهم في تيسير حياة المُعاق وتمكينه من الاندماج المجتمعي، وتمكينه من التعاطي مع ظروف إعاقته والتأقلم معها، وارتباطاً بهذه الأهمية فإن هذا المبحث من الدراسة سيُركز على الجانب الحقوقي لذوي الإعاقة في إطار خدمات الرعاية الصحية سواء من حيث المفهوم أو تصنيف تلك الحقوق بالقوانين الدولية والمحلية الفلسطينية، والجوانب المتعلقة بأهمية خدمات الرعاية للمعاقين.

### 1.1.2 مفهوم حقوق الرعاية الصحية:

يُشير مفهوم الحق إلى ميزة يمنحها القانون ويحميها تحقيقاً لمصلحة اجتماعية، وارتباطاً بهذا المعنى فإن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة هي إطار يحميه القانون والمعاهدات الدولية، وهي جزء أصيل من حقوق الإنسان باعتبارهم بشر متساوين في الحقوق مع غيرهم دون تمييز (علوان، 2021)، أما مفهوم الرعاية فيُشير إلى بذل الجهد والاهتمام المنظم، لذا فإن رعاية ذوي الإعاقة هي "نسق منظم مرن من الخدمات الصحية، النفسية، الاجتماعية المادية منها والمعنوية، التعليمية والتكوينية التي تُقدم للأفراد بهدف تمميتهم ووقايتهم من الوقوع في المشكلات، وبهدف إشباع حاجاتهم، وبالتالي تحقيق متطلبات المجتمع من أفراد مدمجين اجتماعياً، ويسهر على تقديم هذه الخدمات أفراد متخصصين داخل مؤسسات حكومية وأهلية خاصة بذلك" (صعدي، 2021، ص179)، وفي هذا السياق أشار عابدين (2021) إلى أن خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة هي مجموعة من الخدمات الوقائية، والتشخيصية، والعلاجية، والتأهيلية المُقدمة لهم.

وبناءً على ما سبق يشير مفهوم الحق في الرعاية الصحية لذوي الإعاقة إلى ما يمنحه القانون من

قواعد تُجسد وتوضح تلك الحقوق المرتبطة بالمجال الصحي وتحميها، ويعتبر تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بأعلى مستوى مقبول من الخدمات الصحية من أهم الحقوق وأكثرها إلحاحاً، إذ أن تلقي الخدمات الصحية أمر أساسي للكشف عن الإعاقة والوقاية منها، وتندرج تحته خدمات التأهيل. لذا نجد أن العديد من التشريعات الفلسطينية قد شرّعت هذا الحق ونظّمته، بما يتضمن التأكيد على الحق في العلاج المناسب والرعاية الصحية التي تشمل الحق في تمكين المعاق من الحصول على الوسائل العلاجية التي تُسهم في تخفيف نسبة وآثار الإعاقة، والحق في حصول المُعاق على وسائل علاجية استثنائية مدعومة (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2006).

## 2.1.2 أهمية خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة:

تتجسد أهمية تقديم خدمات الرعاية لذوي الإعاقة في مجموعة واسعة من الجوانب التي تُسهم في مُحصلتها إلى تعزيز المناعة الصحية لهم وتخفيف آثار الإعاقة على الجانب الصحي وفقاً لطبيعة الإعاقة التي يُعانون منها، لذا تؤكد United Nations (2020) على أن أهمية تلك الخدمات تنبع من كونها تُسهم في الحد من تطورات الإعاقة وتعزيز الصحة العامة لذوي الإعاقة، وهو الجانب الأهم في تحديد نوعية الحياة لهم، وتتجسد أهمية تقديم خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في الجوانب التالية: (العاجز وعساف، 2013) و (بايج، 2019).

1. المساهمة الفاعلة في الحد من تطور حالة العجز والضعف الصحي لذوي الإعاقة.
2. تُسهم خدمات الرعاية والإسناد الصحي في التغلب على العجز والحيولة دون تطوره إلى حالة إعاقة.
3. تمكين المعاق من التغلب على المشكلات الاجتماعية والنفسية الناجمة عن الإعاقة.
4. تحسّن نوعية حياة الأفراد ذوي الإعاقة ضمن مجتمعاتهم؛ عبر تمكينهم من تعزيز جوانب قدراتهم الجسمانية والعقلية، وبالتالي إمكانية اندماجهم الاجتماعي.
5. تخفيض جوانب العزلة الاجتماعية الناتجة عن حالة العجز عبر تقديم العون الصحي لهم للتغلب النسبي على العجز المُصاحب للإعاقة.

وفي هذا السياق يُشير أبو شخيدم واشتية (2020) إلى أن لخدمات الرعاية والتسهيلات البيئية أهمية في حياة الأفراد ذوي الإعاقة، متمثلة فيما يأتي:

1. تُساعد الأفراد ذوي الإعاقة في الاستمتاع الكامل والتنقل داخل المباني والمرافق.
2. توفير السلامة في التنقل وتقليل عامل الخطر.

3. تعمل التعديلات التي تتضمنها البيئة على مساعدة الأفراد على أداء عملهم بسهولة ويُسر، والقيام بمهامهم وواجباتهم اليومية بشكل أفضل.
4. تُتيح الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة استخدام إمكاناتهم الإبداعية والفكرية التي تنعكس على المجتمع بشكل إيجابي.
5. مُساعدة الأفراد ذوي الإعاقة على العيش باستقلالية.
6. العمل على تقليل مصادر التوتر والضغوط النفسية لدى الأفراد ذوي الإعاقة، وتُساعد على تشكيل مفهوم إيجابي للذات، وتغيير اتجاهات المجتمع السلبية نحو هذه الفئة.
7. تحقيق فرص المساواة وتكافؤ الفرص والمشاركة في المجتمع للأشخاص ذوي الإعاقة، بحيث يتم دمجهم في المجتمع وتحويلهم إلى أفراد منتجين.

من خلال العرض السابق يتضح للباحثة أن أهمية خدمات الرعاية الصحية نابغة من فكرة احتياج ذوي الإعاقة لتلك الخدمات، ومن كون هذه الفئة هي الأكثر حاجة لخدمات صحية متنوعة ومستمرة وشاملة، والأكثر هشاشة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، وعليه فإن إيلاء الاهتمام بمنظور الرعاية الصحية يترتب عليه آثار عميقة على أداء هذه الفئة ترتبط بقدرتها على التأقلم والتخفي النسبي لظروف الإعاقة، وبالتالي القدرة على ممارسة الحياة بظروف مناسبة لطبيعة الإعاقة، يُضاف إلى ذلك الانعكاس الإيجابي لمثل هذه الخدمات على الجوانب النفسية لذوي الإعاقة كونهم أكثر عرضة للضغوط النفسية بسبب حالة العجز المتولدة عن طبيعة إعاقتهم.

### 3.1.2 حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الرعاية الصحية وفقاً للقوانين الدولية والمحلية:

كفلت العديد من القوانين والمواثيق الدولية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ولم يقتصر هذا الجانب على تلك القوانين في إطارها الدولي، بل امتد للقوانين والتشريعات المحلية، وقد انطلقت فكرة حماية هذه الحقوق من المبادئ الأساسية والعامّة لحقوق الإنسان التي تنظر إلى البشر بالمساواة وعدم التمييز ارتباطاً بأي معيار آخر سواء أكان بطبيعة الإعاقة أو اللون أو الدين أو الجنس وغيرها من الجوانب، فجميع البشر متساوون في الحقوق والحريات، لذا فقد أكدت تلك المواثيق أن للأشخاص ذوي الإعاقة الحق في التمتع بكافة الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تنص عليها الاتفاقيات الدولية أسوة بغيرهم من المواطنين، وأن الدول مُلزّمة في تأمين احترام وإنفاذ تلك الحقوق من خلال تهيئة الظروف الاجتماعية والبيئية لممارستها على أسس متساوية (Waddington & Broderick, 2017)، وقد أخذت فلسطين بهذا الاتجاه

حين كُرسَت حقوق ذوي الإعاقة في مجموعة واسعة من القوانين. ويُمكن إيضاح الجوانب التفصيلية لكفالة حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في القوانين الدولية والمحلية كما يلي:

### 1.3.1.2 حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة وفقاً للقوانين الدولية:

صدر عن الأسرة الدولية مجموعة واسعة من القوانين التي كُرسَت حقوق ذوي الإعاقة بشكل عام، و حقوق الرعاية الصحية بشكل خاص، ويُعتبر الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً أول إعلان خاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يصدر عن الأمم المتحدة، وقد صدر في العام 1971، وعلى الرغم من كونه إعلاناً خاصاً بحقوق المتخلفين عقلياً إلا أنه كان بداية الطريق لصياغة إعلان آخر صدر لاحقاً في العام 1974، يتناول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بغض النظر عن نوع الإعاقة، ويُؤكد هذا الإعلان على ضرورة مساعدة المتخلفين عقلياً على إنماء قدراتهم لتيسير اندماجهم إلى أقصى حد مُمكن في الحياة العادية (صفصاف، 2021).

وفي عام 1975 تبنّت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الذي تُضمن مجموعة من الحقوق الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث يؤكد الإعلان على تمتعهم بنفس الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يتمتع بها باقي البشر، ولهم الحق في الحماية من الاستغلال ومن أية معاملة تمييزية، كما يُؤكد على حقهم في العلاج الطبي والنفسي والوظيفي بما في ذلك الحصول على الأجهزة الطبية المساعدة، إضافة إلى حقهم في التعليم والتدريب المهني لإعادة تأهيلهم ودمجهم في المجتمع (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).

وفي العام 2006 اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الذي جسّد اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي مُعاهدة دولية لحقوق الإنسان تابعة للأمم المتحدة؛ تُهدف إلى حماية حقوق وكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة، حيثُ اعتمد النص من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة في 13 ديسمبر 2006، وفتُح باب التوقيع عليها في 30 مارس 2007 بعد التصديق عليها من قبل 20 دولة، وقد دخلت حيز التنفيذ في 3 مايو 2008، وتمثّل الغرض الرئيس لهذه الاتفاقية في تعزيز وحماية وكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة (ويس، 2020)، وقد حدّدت المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة الإطار المعياري الذي ينبغي أن يحكم وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية (Shakespeare & Bright & Kuper, 2018).

جدول 2.2: القوانين الدولية الناظمة لحقوق ذوي الإعاقة.

السنة	البيان
1971	الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً، وهو أول إعلان خاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يصدر عن الأمم المتحدة (صفصاف، 2021).
1974	الإعلان الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بغض النظر عن نوع الإعاقة (صفصاف، 2021).
1975	تبنّت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).
2006	اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وهي معاهدة دولية لحقوق الإنسان تابعة للأمم المتحدة تُهدف إلى حماية حقوق وكرامة الأشخاص ذوي الإعاقة ( Shakespeare & Bright & Kuper, 2018).

المصدر: الجدول من إعداد الباحثة استناداً إلى الدراسات السابقة.

وبالعودة الى اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة فإن هذه الاتفاقية قد بلورت مجموعة من المبادئ الخاصة بحماية هذه الفئة والمُتمثلة في الجوانب التالية: (علوان، 2021).

1. احترام كرامة ذوي الإعاقة واستقلاليتهم الفردية وحرّياتهم الشخصية في الاختيار، وهذا المبدأ يشتمل على مجموعة واسعة من الحقوق والحرّيات المتنوعة.
2. إن أحد أهم الركائز المبدئية التي ساققتها الاتفاقية هو مبدأ عدم التمييز الذي يشكل عصباً رئيسياً في حقوق هذه الفئة.
3. مشاركة الأفراد ذوي الإعاقة ودمجهم الكامل في الإطار المجتمعي، وهو أحد أهم القواعد المُرتبطة بصُلب الاتجاه الاجتماعي للتعاطي مع هذه الفئة.
4. اعتبار ذوي الإعاقة جزءاً من النسيج الاجتماعي والتنوع البشري، وبالتالي قُبولهم ودعم استقلاليتهم وحرّيتهم في اتخاذ القرار.
5. تكريس المبدأ المُرتبط بتكافؤ الفرص، واعتبار المعاقين جزءاً هاماً ومتساوياً مع باقي الأفراد في الفرص الممنوحة للأفراد.
6. إقرار مبدأ التهيئة، وهو أحد المبادئ الهامة المرتبطة بالجوانب المادية والاجتماعية السلوكية، وإزالة العوائق المُرتبطة بهذه الجوانب والتي قد تحول دون ممارسة هذه الفئة لحقوقهم وحرّياتهم ارتباطاً بمبدأ المساواة مع الآخرين.

7. تكريس مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة وهو ما يعني أن المرأة المُعاقاة تواجه تمييزاً من نوعين، الأول مُرتبط بالإعاقة، والثاني مُرتبط بالجنس، وبالتالي فقد عززت هذه الاتفاقية مبدأ المساواة والقضاء على هذا التمييز.

8. تعزيز حقوق الأطفال ذوي الإعاقة واحترام هويتهم وقدراتهم لأن الأطفال ذوي الإعاقة يواجهون تمييزاً مضاعفاً وانتهاكاً مُركباً لحقوقهم وحياتهم.

وقد كرست هذه الاتفاقية مفهوم الرعاية الصحية لذوي الإعاقة، وجعلتها جزءاً هاماً من الحقوق الخاصة بهم، حيث منحتهم الحق في الحصول على الخدمة الصحية، والأجهزة الصحية المُساعدة والمساندة مثل العصا والأجهزة الخاصة بالسمعيات وغيرها من الأدوات المُساعدة، وهو ما تضمنته الاتفاقية في المادة 20 حين أكدت أنه يتوجب على الدول أخذ تدابير فعالة في سبيل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الأجهزة المُساعدة (الدخيل ومحمد، 2017)، وقد أوردت المادة 25 من ذات الاتفاقية تفصيلاً للحقوق الصحية لذوي الإعاقة حين أشارت إلى الإطار التفصيلي لحقوق الرعاية الصحية لهذه الفئة كما يلي: (الأمم المتحدة، 2006) و (جمعية الصحة العالمية، 2021).

1. الاعتراف من قبل الدول الموقعة على حق الأشخاص ذوي الإعاقة بالتمتع بأعلى مستويات الرعاية الصحية دون تمييز على أساس الإعاقة.

2. إلزام الدول الموقعة على اتخاذ كافة التدابير المُناسبة والتي تكفل حصول الأشخاص ذوي الإعاقة

على خدمات صحية تُراعي الفروق بين الجنسين، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل الصحي؛

3. توفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تُعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي تُوفرها للآخرين، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبرامج الصحة العامة للسكان.

4. توفير ما يحتاج إليه الأشخاص ذوي الإعاقة من خدمات صحية، تشمل الكشف المُبكر والتدخل عند الاقتضاء، وخدمات تهدف إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعاقات، ومنع حدوث المزيد منها، على أن يشمل ذلك الأطفال وكبار السن.

5. توفير هذه الخدمات الصحية في أقرب مكان مُمكن من مجتمعاتهم المحلية، بما في ذلك المناطق الريفية.

6. الطلب من مزاولي المهن الصحية تقديم رعاية إلى الأشخاص ذوي الإعاقة بنفس جودة الرعاية التي يُقدمونها إلى الآخرين، بما في ذلك تقديم هذه الرعاية على أساس المُوافقة الحرة والمستنيرة، من خلال القيام بجملة أمور منها زيادة الوعي بحقوق الإنسان المُكفولة للأشخاص ذوي الإعاقة وكرامتهم واستقلالهم الذاتي واحتياجاتهم؛ من خلال توفير التدريب لهم ونشر معايير أخلاقية تتعلق بالرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص.

7. حظرت التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي، والتأمين على الحياة حيثما يسمح القانون الوطني بذلك، على أن يُوفرا بطريقة مُنصفة ومعقولة.
8. منع الحرمان بسبب الإعاقة من الرعاية الصحية أو الخدمات الصحية أو الغذاء والسوائل على أساس التمييز.
9. إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في البحوث الصحية حتى يستفيدوا من حصائلها ونواتجها.

من خلال العرض السابق ترى الباحثة أن القوانين والمواثيق الدولية قد تطورت بشكل إيجابي تجاه حماية حقوق ذوي الإعاقة، حيث شرّعت تلك القوانين قواعد عامة وتفصيلية في إطار الحماية القانونية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية لهذه الفئة؛ بما يكفل لها الاندماج والمُساهمة المجتمعية، وقد تطورت هذه القوانين والنظم من إطار النظر إلى الإعاقة بمنظور طبي إلى إطار النهج القائم على الحقوق الذي يكفل عدم التمييز وحماية الكرامة والحرية لهذه الفئة؛ كون المنطلق الرئيس لهذه القوانين مُستمد من المبادئ العامة لحقوق الإنسان التي تُوجت في نهاية المطاف على شكل قوانين ترتبط بالفئات المجتمعية المتنوعة ومنها فئة ذوي الإعاقة، حيث كفلت تلك القوانين في صلبها كافة الحقوق الصحية، وتسهيل وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية بكافة أشكالها، وألزمت الدول بتنفيذ تلك الاتفاقات والعمل على إنفاذها وجعلها نهجاً تطبيقياً لها.

### 2.3.1.2 حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة وفقاً للتشريعات الفلسطينية:

تضمنت مجموعة واسعة من القوانين والتشريعات على المستوى الفلسطيني حقوق ذوي الإعاقة، حيث بدأت أولى هذه القوانين بقانون الخدمة المدنية سنة 1998، و قانون رقم 4 سنة 1999 بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ولائحته التنفيذية، والذي تضمن بشكل تفصيلي كافة الالتزامات القانونية لحماية هذه الفئة والمُترتبة على كافة الأطراف، وقانون العمل الفلسطيني رقم 7 سنة 2000، ومن ثم القانوني الأساسي المعدل لسنة 2003، والذي تضمن في إطاره التركيز على قضايا رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، وقانون الطفل الفلسطيني رقم 7 لسنة 2004، فجميع هذه القوانين تشمل ضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).

بذلت السلطة الوطنية الفلسطينية منذ تأسيسها جهوداً تراكمية من أجل تأطير النظام القانوني الخاص بحماية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أصدرت قانون المُعاق وقانون المسنين وبطاقة المُعاق (رومية ومزيد، 2017)، ويُعتبر القانون الفلسطيني لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 1999 ولائحته التنفيذية من أهم القوانين التي رتبت مجموعة واسعة من الالتزامات القانونية لضمان حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين، وفي إطار النصوص الخاصة بهذا القانون تم التأكيد على ضرورة ضمان

تَمَتَّع الأشخاص ذَوِي الإعاقة بحياة كريمة كغيرهم من أفراد المجتمع، كما تَرْتَب على هذا القانون التزامات عديدة على وزارة الصحة الفلسطينية وتشمل: (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).

1. العمل على تشخيص وتصنيف درجة الإعاقة لدى الشخص المعاق.
2. ضمان الخدمات الصحية المشمولة في التأمين الصحي الحكومي مجاناً للأشخاص ذَوِي الإعاقة وأسرهم.
3. العمل على تقديم خدمات الكشف المُبكر للإعاقة.
4. تَوفير الخدمات والأجهزة الطبية اللازمة لمُساعدة الأشخاص ذَوِي الإعاقة.
5. تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية التي تُهدَف إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع.

وقد تم تدعيم حُقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة بإقرار الحكومة الفلسطينية لنظام التأمين الصحي للأشخاص ذَوِي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021، بضغط من قِبَل حراك من أجل حياة كريمة للأشخاص ذَوِي الإعاقة، حيث شكل هذا القانون قاعدة هامة في مجال الحقوق الصحية للأشخاص ذَوِي الإعاقة من حيث الإعاقة بمفهومها كمياري استحقاق للدخول إلى نظام التأمين الصحي، وسلة الخدمات الصحية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية الشاملة والمجانية، وآليات المُراقبة والمُحاسبة والشفافية في المعلومات التي نص عليها النظام (عابدين، 2021).

### جدول 3.2: القوانين الفلسطينية النازمة لحقوق ذوي الإعاقة.

السنة	البيان
1998	قانون الخدمة المدنية رقم (4) لسنة 1998 وما تَضَمَنه من مواد ذات علاقة بذَوِي الإعاقة (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).
1999	القانون رقم (4) لسنة 1999 بشأن حقوق الأشخاص ذَوِي الإعاقة ولائحته التنفيذية، والذي تَضَمَن بشكل تفصيلي كافة الالتزامات القانونية لحماية هذه الفئة والمرتبة على كافة الأطراف (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).
2000	قانون العمل الفلسطيني رقم (7) لسنة 2000 الذي تَضَمَن حماية حُقوق ذَوِي الإعاقة في العمل (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).
2003	القانوني الأساسي المعدل الذي نص على رعاية الأشخاص ذَوِي الإعاقة (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020).
2004	قانون الطفل الفلسطيني رقم (7) لسنة 2004، وما تَضَمَنه من حماية حقوق الأطفال ذَوِي الإعاقة (عابدين، 2021).
2021	إقرار نظام التأمين الصحي للأشخاص ذَوِي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021، وما تَضَمَنه من توسيع قاعدة الخدمات الصحية لذَوِي الإعاقة.

المصدر: الجدول من إعداد الباحثة استناداً إلى الدراسات السابقة.

بالنظر إلى نظام التأمين الصحي الذي أقرته السلطة الوطنية الفلسطينية مؤخراً في العام 2021 فإنه يتضمن مجموعة واسعة من المزايا المرتبطة بتقديم خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة وأسرهم وبطرق ميسرة، إذ يُمكن إيضاح أهم المزايا المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية في إطار هذا النظام كما يلي: (عابدين، 2021).

1. إلزام وزارة الصحة بصفقتها الجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية بتوفير الخدمات الوقائية والتشخيصية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بطرق ميسرة وبالسرعة الممكنة.
2. تتّضمن أهم خدمات الرعاية الصحية التي نص عليها النظام فحوصات الكشف المبكر لمختلف الإعاقات، وفحوصات تشخيص وتقييم نوع ودرجة الإعاقة، والتطعيمات المشمولة ببرنامج التطعيم المُوحد، وخدمات الرعاية الأولية، وخدمات الصحة المدرسية بما يشمل الصحة النفسية، والفحوصات الجينية والوراثية.
3. التزام وزارة الصحة بتوفير الخدمات العلاجية للأشخاص ذوي الإعاقة مثل الأدوية اللازمة لمُختلف الإعاقات وتوفير الأدوية المُدرجة وغير المُدرجة ضمن قائمة الوزارة والمستلزمات والمستهلكات الطبية على اختلاف أنواعها والمُكملات الغذائية. بالإضافة الى العمليات الجراحية لمُختلف الإعاقات، وعلاج الأسنان وجراحة تشوهات الفك للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة والإعاقة المُركبة.
4. التأكيد على التزام وزارة الصحة بتقديم خدمات التأهيل والتي تشمل خدمات التأهيل الشامل والأدوات المُساعدة والأجهزة الطبية والتعويضية لمُختلف الإعاقات.
5. تضمّن النظام اعتماد بطاقة التأمين الصحي الدائمة لذوي الإعاقة التي يُمكنهم الحصول عليها من أقرب مركز طبي.
6. تضمّن النظام آليات فعّالة لضمان الشفافية والرقابة والمُحاسبة في التعامل مع أحكام هذا النظام.

#### 4.1.2 الخلاصة:

تُعتبر الحقوق الصحية لذوي الإعاقة من الجوانب التي كفلتها المواثيق الدولية والمحلية، ويُشير مفهوم حقوق الرعاية الصحية إلى كافة الحقوق المرتبطة بالجانب الصحي لذوي الإعاقة المحمية قانوناً، والتي تشمل مجموعة واسعة من الخدمات الوقائية، والتشخيصية، والعلاجية، والتأهيلية، ويُعتبر تمتع ذوي الإعاقة بأعلى مستوى مقبول من الخدمات الصحية من أهم الحقوق وأكثرها إلحاحاً لهم، وفي هذا السياق فإن أهمية خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة تتّبع من قُدرتها على المُساهمة الفاعلة في الحد من تَطور حالة العجز والضعف، وتمكينهم من التغلب على المشكلات الاجتماعية والنفسية. وقد كفلت

القوانين الدولية والمحلية الفلسطينية حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة، فعلى المستوى الدولي تطورت النظرة إلى ذوي الإعاقة والتي تطورت معها الحماية القانونية لحقوقهم، حيث أُقرت مجموعة واسعة من هذه القوانين التي بدأت في العام 1971 عبر الإعلان الخاص بحقوق المُتخلفين عقلياً الذي يُعد أول إعلان خاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وتطورت إلى أن تم إقرار اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة من قبل الجمعية العامة للأمم المتحدة في العام 2006، وقد كفلت هذه الاتفاقية حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة عبر الاعتراف من قبل الدول المنضوية في اطار الاتفاقية على حق الأشخاص ذوي الإعاقة بالتمتع بأعلى مستويات الرعاية الصحة دون تمييز على أساس الإعاقة، مع إلزام الدول بتسهيل الوصول إلى تلك الخدمات؛ وتوفير رعاية وبرامج صحية مجانية أو معقولة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة تُعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي تُوفرها للآخرين، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبرامج الصحة العامة للسكان وغيرها، وفي السياق الفلسطيني فقد تطورت القوانين الفلسطينية أيضاً، بدءاً من إقرار القانون رقم 4 في العام 1999 بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ولوائحه التنفيذية، والذي تُضمن بشكل تفصيلي كافة الالتزامات القانونية لحماية هذه الفئة والمترتبة على كافة الأطراف، مروراً بقانون الطفل وقانون العمل، وصولاً إلى القانون الأساسي في العام 2003، وقد نتجت الحماية المرتبطة بالحقوق الصحية لذوي الإعاقة في العام 2021 بإقرار نظام التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) وما تضمنه من توسيع قاعدة الخدمات الصحية لذوي الإعاقة، حيث ألزم النظام وزارة الصحة بتوفير الخدمات الوقائية والتشخيصية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بطرق مُيسرة وبالسرية المُمكنة، مع الالتزام بتقديم خدمات التأهيل اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة، يُضاف إلى ذلك اعتماد بطاقة التأمين الصحي الدائمة لذوي الإعاقة التي يُمكنهم الحصول عليها من أقرب مركز طبي.

## 2.2 المبحث الثالث: الوصول إلى الرعاية الصحية

### 1.2.2 المقدمة:

يُعتبر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أحد أهم المقاصد التي ضمنتها الاتفاقيات والمواثيق الدولية وخصوصاً اتفاقية حقوق ذوي الإعاقة، وقد تقاطعت هذه المقاصد مع اتجاهات خطة التنمية المستدامة للعام 2030 التي تكفلت بموجبها الدول بضمان الوصول إلى كافة أشكال الرعاية الصحية لذوي الإعاقة، وإزالة المعوقات والصعوبات التي قد تقف حائلاً أمام وصولهم إلى تلك الخدمات، والتي قد تسهم في تقاوم معاناتهم (Waddington & Broderick, 2017)، وتُعتبر مُعوقات الوصول أحد الأطر التي خضعت لنقاشات واسعة من قبل المنظمات والباحثين لتحديد المفاصل الرئيسية المرتبطة بتلك المُعوقات. لذا فإن هذا المبحث من الدراسة سيُقدم عرضاً لمفهوم الوصول في سياق الرعاية الصحية، والأبعاد المرتبطة به، مع التركيز على مُعوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي أجمعت عليها الأدبيات، ومن ثم استقصاء طبيعة هذه المُعوقات في إطار البيئة الفلسطينية.

### 2.2.2 تعريف الوصول إلى الرعاية الصحية:

يُعد الوصول إلى الرعاية الصحية أحد الاهتمامات الصحية والتنمية الرئيسية على مستوى العالم، وهو ما تم تضمينه في إطار أهداف التنمية المستدامة في إطار الهدف الثالث منها، والذي يتضمن التأكيد على الحاجة إلى الوصول العادل إلى الرعاية الصحية، وتعزيز الرفاهية لجميع الأعمار (Edwin, & Collins & Gladys, 2017).

قَدّمت الأدبيات منذ السبعينات تعريفات مُختلفة للوصول إلى الرعاية الصحية، إذ تم تقديم التعريف الأول من قبل (Donabedian, 1972) الذي عرّف الوصول على أنه استخدام الخدمات، في حين حددت دراسة لاحقة أجراها (Aday & Andersen, 1974) مفهومين يتعلقان بالوصول إلى الرعاية الصحية وهما استخدام الرعاية الصحية أو إمكانية استخدام الرعاية الصحية، وقد ركز هذا التصور على توافر خدمات الرعاية الصحية، ومع ذلك، فإن حقيقة توافر مرافق الرعاية الصحية لا تعني بالضرورة أن الناس يتلقون الرعاية التي يحتاجون إليها، ونتيجةً لذلك، فرق العديد من العلماء بين الوصول المُحتمل والمُحقق، حيث يُشير الوصول المُحتمل إلى الوصول للاستفادة من خدمة إذا لزم الأمر، بينما يستلزم الوصول المُحقق البدء في عملية استخدام الخدمة (Gulliford et, 2002). وفي سياقٍ مُماثل، يُميز PENCHANSKY وTHOMAS (1981) بين أولئك اللذين يستخدمون المصطلح للإشارة إلى الدخول إلى

نظام الرعاية الصحية مُقابل أولئك الذين يَستخدمونه لوصف العوامل التي تُؤثر على الدخول أو الاستخدام، ويَلفت Rosenberg (1983) الانتباه إلى أهمية النظر في تكلفة الخدمة كجزء من الوصول، ويعتبر Parker (1974) أن الوصول هو القدرة على الوصول إلى الخدمات والحصول عليها وتحمل تكاليفها.

وعلى الرغم من وجود مُحاولات في الماضي لتوضيح تعقيدات الوصول، كان التوصل إلى تعريف شامل يُمثل مشكلة (Khan & Bhardwaj, 1994)، إذ يُعتبر الوصول مفهوم معقد بحيث لا يمكن اختصاره في تعريف واحد (Levesque et al., 2013b)، ويختلف معناه اختلافاً كبيراً باختلاف من يستخدمه مع قيام الباحثين باستكشاف إمكانية الوصول من وجهات نظر مختلفة، وقيام البعض الآخر بتوسيع النطاق ليشمل الرضا عن الرعاية المقدمة ودمج جوانب الجودة والنتائج الصحية (Norris & Aiken, 2006). باختصار، تم إجراء البحوث حول الوصول إلى الرعاية الصحية على نطاق واسع لعدة سنوات في العديد من البلدان بما في ذلك استخدام الأساليب المنهجية، إلا إن التعريفات اختلفت اختلافاً كبيراً وذلك اعتماداً على المكونات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الواسعة (Cabieses & Bird, 2014).

وفي إطار محاولات الباحثين لوضع تعريف شامل للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أشار (2022) ClementeI et al., في تعريفهم للوصول إلى تلك الخدمات على أنها بمثابة القدرة على الحصول على الخدمات الصحية اللازمة والمناسبة في الوقت والمكان المناسبين، بما في ذلك الوصول إلى الرعاية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية دون وجود عوائق أو حواجز تمنع الوصول إلى هذه الخدمات.

وقد توافق مع هذا الاتجاه، (2021) Matin et al., حين أشاروا إلى أن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية يتمثل في القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة والثالثة في الوقت المناسب والمكان المناسب، وبطريقة يسهل الوصول إليها، بالإضافة إلى توافر المُعدات والمرافق اللازمة والعاملين المُدرّبين والمُؤهلين لتقديم الرعاية الصحية الملائمة.

كما يُؤكد Gaur وآخرون (2016) أن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من قبل ذوي الإعاقة هو الوصول إلى مرفق الرعاية الصحية والحصول على الخدمات المُتاحة دون عوائق، بكرامة واستقلال تام، فالوصول هنا يرتبط بكافة الجوانب التي لا تشمل فقط توفير الوصول إلى جميع المرافق المُمكنة، ولكن أيضاً إلى جميع الخدمات. وعُرف الوصول إلى الخدمات على أنه القدرة على الحصول على الخدمات المناسبة والملائمة في الوقت المناسب والمكان المناسب، وبأسلوب يتناسب مع الثقافة واللغة والاحتياجات الفردية للأشخاص ذوي الإعاقة (Eleweke, 2016).

وفي ذات السياق فقد عُرف الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بأنه توافر أي شكل من أشكال الرعاية الصحية، أما معيقات الوصول فتُمثل أي عامل يعيق الوصول إلى الرعاية الصحية أو الاستفادة منها، على سبيل المثال، التأمين الصحي، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والتعليم، واللغة، وخصائص نظام التأمين الصحي (Peterson-Besse et al,2014).

من خلال العرض السابق تستخلص الباحثة أن الوصول كمفهوم يرتبط بالقدرة على الإتيان إلى المكان، إلا أن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة لا يرتبط فقد بالقدرة على الوصول إلى المكان المادي لتقديم الخدمة، إنما يرتبط أيضاً بالحصول على تلك الخدمة دون معيقات، لذا ترى الباحثة أن الوصول يرتبط بمجموعة واسعة من المحددات ذات العلاقة بخصوصية ذوي الإعاقة، هذه المحددات تشمل الجوانب المالية المرتبطة بقدرات هؤلاء الأشخاص على تحمل التكاليف، بالإضافة إلى الجوانب المرتبطة بالتسهيلات اللوجستية المقدمة إليهم داخل مقرات تقديم خدمات الرعاية الصحية، فجميع هذه الجوانب تشكل إطاراً تكاملياً لمفهوم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة.

### 3.2.2 أبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية:

ذَكَر العديد من الباحثين عوامل مختلفة تُعيق الوصول إلى الرعاية الصحية، ونظراً لتعقيد مفهوم الوصول، من المهم النظر إلى كل عامل على حده، حيث سلطت العديد من الدراسات الضوء على عوامل مثل توافر العاملين الطبيين، معدلات الاستخدام الفعلي ومستوى رضى المستهلك عن الخدمات، تأمين الرعاية الصحية، وتكلفة الخدمة، والمسافة المادية للوصول إلى الخدمة، نقص النقل، قدرة المنشأة على تلبية احتياجات المرضى، والتكلفة غير المباشرة بصرف النظر عن التأمين الصحي، والعوامل الاجتماعية والثقافية مثل العرق، واللغة، والجنس، وغيرها، وقد قام العديد من الباحثين بتجميع تلك القضايا والتي يُطلق عليها معيقات من أجل تحديد وقياس الوصول إلى الرعاية الصحية، ومن المساهمات التي يتم الاستشهاد بها بشدة في الجهود المبذولة لتحديد وقياس الوصول إلى الرعاية الصحية إطار عمل Penchansky & Thomas (1981)، الذي نُشر منذ أكثر من أربعين عاماً، ويُفصل الوصول إلى خمسة أبعاد تتمثل في التوافر، وإمكانية الوصول، والقدرة على تحمل التكاليف، والملاءمة، والقبول. وإطار Gulliford et al (2002)، الذين اعتبروا الوصول مفهوم متعدد الأبعاد يجب قياسه من خلال أربعة أبعاد على الأقل، وبالمثل، يُجادل Peters et al (2008)، بأن الوصول هو عملية متعددة الأبعاد.

وهو ما أكده Scheffler & Visagie & Schneider (2015) حين أشاروا إلى أن الوصول إلى

الرعاية الصحية يُمكن قياسه بالاعتماد على خمسة أبعاد تتمثل في: التوافر، وإمكانية الوصول، والقدرة على تحمل التكاليف، والكفاية والقبول، والتي بدورها تتأثر بالتفاعل الديناميكي مع أصول سُبل عيش المُستخدم (البشرية والاجتماعية والمادية والمالية والطبيعية).

في حين أشار Gaur وآخرون (2016) إلى أن من أهم مُتطلبات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية توافر مجموعة من الجوانب التي تشمل توافر تلك الخدمات، وإمكانية الوصول إلى المعلومات بالإضافة إلى سهولة التواصل مع مقدم الخدمة، وتوافر موظفين مدربين مع ترتيبات إدارية معقولة (حساسة للاختلافات الفردية والإعاقات)، والوعي بالاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة والمهارات اللازمة لرعاية احتياجاتهم، أما الجانب الآخر فيرتبط بالقدرة على تحمل التكاليف ومقبولية الخدمات، وأخيراً إمكانية الوصول إلى تلك الخدمات (Gaur et al, 2016).

هذا وتعتبر تلك التصنيفات عملاً مبتكراً نظراً لعدم وجود معايير دولية حول الوصول العادل لتلك الخدمات، إذ تسمح أطر الوصول للباحثين بإعطاء الأولوية لقضايا الوصول والتعرف على التأثير المتبادل بين الأبعاد المختلفة للوصول في مسارات البحث عن الصحة للأفراد، وتساعد هذه الأطر صانعي السياسات أيضاً في اتخاذ قرارات مستنيرة حول استهداف قضايا الوصول المحددة التي من المرجح أن تسفر عن تحسينات شاملة في الوصول إلى الخدمة الصحية، وقد قامت الباحثة بتلخيص قائمة ببعض الدراسات التجريبية حول تقييم الوصول وأبعاده إلى خدمات الرعاية الصحية في الجدول (4.2):

جدول 4.2: الدراسات التجريبية لأبعاد الوصول.

أبعاد الوصول					سياق الدراسة والمنطقة	المؤلف والسنة
الملائمة/ الكفاية	القبول	القدرة على تحمل التكاليف	إمكانية الوصول	التوافر		
✓	✓	✓	✓	✓	مفهوم الوصول في السياسات الصحية الولايات المتحدة.	Penchansky and Thomas (1981)
-	✓	✓	✓	✓	الوصول على الرعاية الطبية الولايات المتحدة.	Andersen et al., (1983)
-	✓	✓	-	✓	الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الحضرية للمجتمعات النامية، غانا.	Fosa, G.B. (1989)
-	-	-	✓	✓	دراسات إمكانية الوصول المكانية في المناطق الحضرية، الولايات المتحدة.	Guagliardo (2004)
✓	✓	✓	✓	✓	استكشاف وتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية في البلدان فقيرة الموارد.	Obrist, et al., (2007)
-	-	-	✓	✓	قياس إمكانية الوصول المكاني إلى الرعاية الأولية في المناطق الريفية، أستراليا.	McGrail and Humphreys (2008)
✓	✓	✓	✓	✓	الوصول إلى الرعاية الصحية للأشخاص الذين يعانون من إعاقتهم ذهنية في غانا: تخطيط المشكلات ومراجعة الأدلة.	Odoom et al, (2013)
✓	✓	✓	✓	✓	تأثير متغيرات الخدمات الصحية على الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الحضرية منخفضة الموارد جنوب كيب -جنوب أفريقيا.	Scheffler et al., (2015)
-	-	✓	✓	✓	تقييم الوضع والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة الضفة الغربية وقطاع غزة.	Ghanem et al., (2016)
✓	✓	✓	✓	✓	معوقات الوصول إلى الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة محافظة البصرة-العراق.	Handicap international (2020)
✓	✓	✓	✓	✓	الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية في مدينة هواسا، أثيوبيا.	Tesfaye et al., (2021)
-	-	✓	-	-	عوائق الوصول إلى الخدمات الصحية التي يتصورها الأشخاص ذوي الإعاقة في مابوتو - موزمبيق.	Pinto & Muhache (2023)

المصدر: الجدول من إعداد الباحثة استناداً إلى الدراسات السابقة.

ملاحظة: ✓ : مشمول في الأدبيات - غير مشمول في الأدبيات

بالنظر إلى الجدول السابق، يُمكن القول إن قياس المُكونات المادية مثل إمكانية الوصول والتوافر يُعتبر نهجاً شائعاً في أبحاث تقييم الوصول إلى الرعاية الصحية، وفي المقابل هناك القليل من الدراسات التي قد أخذت في الاعتبار الأبعاد غير المكانية مثل القدرة على تحمل التكاليف، والقبول، والملاءمة أثناء وضع تصور وتفعيل الوصول إلى الرعاية الصحية.

هذا ويميل بعض الباحثين إلى ربط الوصول المحتمل بخصائص السكان (مثل دخل الأسرة ومستوى التعليم ومواقفهم تجاه الرعاية الطبية وما إلى ذلك)، وخصائص نظام التقديم (مثل نوع المنظمة وتوزيع العاملين الطبيين)، إذ تُساعد هذه الخصائص في فهم معنى الوصول إلى الرعاية الصحية لمُختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية من الناس، وفي هذه الدراسة، يتم النظر إلى التوافر وإمكانية الوصول والقدرة على تحمل التكاليف والقبول والملائمة جنباً إلى جنب مع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية الأخرى للأشخاص ذوي الإعاقة.

#### 4.2.2 معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة:

تؤكد منظمة الصحة العالمية أن الأشخاص ذوي الإعاقة بحاجة إلى الوصول إلى الرعاية الصحية، كباقي السكان في المجتمع، بل يحتاجون إلى الوصول وإعادة التأهيل بشكل أكبر من الأشخاص غير المعوقين، ومع ذلك فإن الأشخاص ذوي الإعاقة يُواجهون معوقات في الوصول إلى الخدمات التي يعتبرها الأشخاص غير المعوقين أمراً مفروغاً منه مثل الصحة والتعليم والتوظيف والنقل والمعلومات (Pinto & Muhache, 2023)، وفي هذا السياق يؤكد Baart & Taaka (2017) أن الأشخاص ذوي الإعاقة هم أفراد يحتاجون إلى الوصول إلى الرعاية الصحية العامة - الرعاية الصحية التي لا تتعلق على وجه التحديد بإعاقتهم - والتي غالباً ما يتم تجاهلها، لا سيما في البلدان منخفضة الدخل.

هناك أدلة دولية على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون حواجز مُميزة عند الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، كالتقرير العالمي حول الإعاقة الذي نُشر في عام 2011 من قبل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، حيث جمع التقرير مجموعة واسعة من الأدلة التي تُؤكد على أنه في جميع أنحاء العالم يعاني الأشخاص ذوي الإعاقة من فرص أقل في الوصول إلى الرعاية الصحية، ونتائج صحية أقل من الأشخاص غير المعوقين (WHO, 2011).

وتُقدم الدراسات الحديثة أدلة مُعاصرة لدعم الرأي القائل بأن الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم وصول أقل إلى الرعاية الصحية، فالنتائج التي توصل إليها Jeon et al., (2015) في دراسة أُجريت في كوريا الجنوبية تُعزز الأدلة الموجودة على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يُواجهون معوقات صحية كبيرة مقارنة

بالأشخاص غير المعوقين، كما خلص (Mahmoudi & Meade, 2015) في دراستهما إلى أنه على مدى العقد الماضي كان هناك تقدم ضئيل في زيادة الوصول إلى الرعاية الطبية بين الأشخاص ذوي الإعاقة، ولهذا السبب لا تزال هناك حاجة في البحث لتحديد العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية (Eide, et al, 2015).

وقد شخّصت العديد من الأدبيات تلك المُعيقات، حيث أشار (ClementeI et al., (2022) في إطار تشخيصهم لمُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة إلى مجموعة من الحواجز تم إجمالها فيما يلي:

1. **الحَوَاجز المادية:** مثل وجود صعوبات في الوصول إلى المباني الصحية، وعدم توافر وسائل النقل العامة المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة.
2. **الحَوَاجز التقنية:** مثل عدم توافر تقنيات المساعدة المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة والتي تشمل أجهزة التكيف السمعي والبصري، وتقنيات الاتصال والتفاعل.
3. **الحَوَاجز الاجتماعية والثقافية:** مثل التمييز والنَّحيز الاجتماعي والثقافي، وعدم وجود التدريب والتوعية الكافية للعاملين في المجال الصحي حول كيفية التعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة.
4. **الحَوَاجز المؤسسية والتنظيمية:** مثل نقص التمويل والموارد اللازمة لتوفير الرعاية الصحية المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة، وعدم وجود سياسات وإجراءات تُعزز الوصول إلى الخدمات الصحية وتحسن جودتها.

وفي ذات السياق، أشار (Hamilton et al., (2020) إلى أن مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تتركز في ثلاث جوانب رئيسية تشمل نقص التركيز على المريض الذي يُعيق جودة الرعاية، والتواصل غير الكافي الذي يُهمش المرضى في اللقاء السريري، وحواجز الوصول التي تتداخل مع التنقل في نظام الرعاية الصحية.

هذا ويُضيف (Matin et al., (2021) مجموعة أخرى من معيقات الوصول تشمل العوائق الإدارية مثل التعقيدات القانونية والإجرائية المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية أو نقص في التنسيق بين الجهات المعنية، بالإضافة إلى العوائق الشخصية مثل العزلة الاجتماعية، أو الخجل، أو الفزع، أو عدم الثقة بالنفس.

أما (Badu & Agyei-Baffour & Opoku (2016) فقد ذهبوا إلى اتجاهات تفصيلية في تحديد معيقات الوصول، حيث أكدوا أن الأشخاص ذوي الإعاقة يُواجهون حواجز متعددة في الحصول على الرعاية الصحية، وأن هذه الحواجز تبدو أكثر عمقاً بالنسبة لبعض أنواع الرعاية الصحية من غيرها،

وتشمل حواجز الوصول الافتقار إلى المعدات التكيفية، والبيئات التي يتعذر الوصول إليها للمرضى ذوي الإعاقة، وعدم قدرة المهنيين على توفير الوقت الكافي للمرضى الذين يعانون من صعوبات في النطق والسمع، والقيود في التغطية التأمينية على بعض الخدمات الصحية، والمهنيين الذين لديهم معلومات محدودة حول مكان إحالة المرضى ذوي الإعاقة للرعاية الصحية المتخصصة.

وقد توافق مع هذا الاتجاه (2016) Eleweke حين أشار إلى أن معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تشمل مجموعة واسعة من الجوانب التي يمكن إيضاحها كما يلي:

1. عدم توافر البنية التحتية اللازمة للوصول إلى الخدمات الصحية، مثل عدم وجود ممرات خاصة بذوي الإعاقة في المرافق الطبية.
2. عدم توافر الموارد اللازمة ونقص التمويل لتوفير الخدمات الصحية الملائمة للأشخاص ذوي الإعاقة.
3. العنصرية والتمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة، وعدم توفير الخدمات الصحية الملائمة لهم.
4. صعوبة الوصول إلى المعلومات الصحية والخدمات؛ بسبب عدم وجود تكنولوجيا ملائمة، والإجراءات المعقدة للحصول على الخدمات الصحية.
5. قلة التوعية والوعي بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وضرورة توفير الخدمات الصحية الملائمة لهم.

هذا ويُضيف (2017) Baart & Taaka جانباً آخر من المعوقات الخاصة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، ويتمثل هذا الجانب في نقص المعلومات، حيث أكد أن الأشخاص ذوي الإعاقة غالباً لا يدركون أنه يمكنهم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في المراكز الصحية الرئيسية.

من خلال العرض السابق يتضح للباحثة أن الأدبيات التي تناولت المفاهيم والأطر النظرية الخاصة بالوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة قد ركزت على خمسة أبعاد رئيسية (التوافر، الملاءمة، إمكانية الوصول، القدرة على تحمل التكاليف، القبول)، ويمكن اعتبار هذه الأبعاد شاملة لكافة أشكال المعوقات وإن اختلفت تصنيفات الكتاب في تناولها، إذ أن من تناول تصنيفات ركزت على العوائق المادية واللوجستية تتوافق في جوهرها مع هذا التصنيف؛ كون كافة المكونات المادية ترتبط بجوانب التوافر أو إمكانية الوصول، وكذلك الجوانب اللوجستية، لذا ترى الباحثة أن اختلاف الباحثين في تصنيف أشكال المعوقات هو اختلاف شكلي كون الجوهر واحد، ويرتبط بمكونات التصنيف محل إجماع الكتاب.

## 5.2.2 الوصول ضمن سياق هذه الدراسة:

من الممارسات الشائعة للباحثين في البحوث حول الوصول إلى الرعاية الصحية تحديد أبعاد الوصول

لدراسة معينة وفق السياق الذي تبحث فيه، وفي هذه الدراسة يتم استخدام إطار "A5" لاستكشاف وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، ووفقاً لهذا الإطار يُشكل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية خمسة أبعاد تشمل التوافر، إمكانية الوصول، القدرة على تحمل التكاليف، القبول، والملاءمة، ويُساعد ذلك في تسليط الضوء على المُعيقات ومجال الحاجة لجذب انتباه أطراف العلاقة.

كما يُقر (1995) Andersen بأن إنشاء تعريفات لكل دراسة أمرٌ مهم، ونظراً لأن الهدف الأساسي لهذه الدراسة هو تحديد مُعيقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية من خلال خمسة أبعاد تم تبنيها من الأدبيات مثل (1981) Penchansky & Thomas و (2007) Obrist et al.، يُلقي باقي القسم الفرعي نظرة فاحصة على أطر (1981) Penchansky and Thomas و Obrist (2007) et al.، مع التركيز على تعريفاتهم ومقاييسهم للأبعاد المختلفة للوصول، ثم ينتقل إلى تحديد التعريفات والتدابير المُستخدمة في هذه الدراسة، والتي تستند إلى حد كبير إلى هذين الإطارين، ويُلخص الجدول التالي أطر عمل (1981) Penchansky & Thomas و (2007) Obrist et al.، وتجدر الإشارة إلى أن الإطار الأخير يقوم في الغالب على الإطار الأول.

#### جدول 5.2: تعريف أبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

التباعد	تعريف (1981) Penchansky & Thomas	تعريف (2007) Obrist et al.
التوافر	حجم وأنواع الخدمات القائمة، بما في ذلك: كفاية إمدادات الأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين والمرافق والخدمات المتخصصة.	توريد الخدمات حسب النوع في منطقة جغرافية محددة سلفاً. التوريد الكافي يعني أن توريد الخدمات يُلبى الطلب. التركيز الصريح على المعدات والبروتوكولات ومؤهلات الموظفين كجزء من التوافر.
إمكانية الوصول	العلاقة بين مواقع التوريد وموقع العملاء، ويشمل المسافة بين المستخدمين والمرافق ووسائل النقل بين هاتين النقطتين، وتكلفة هذا النقل والوقت الذي يستغرقه العملاء للوصول إلى مرافق الرعاية الصحية.	الدرجة التي تتوافق فيها مواقع التوريد مع مواقع العملاء، وتشمل المسافة الجغرافية بين الخدمات والمستخدمين، ووسائل النقل ووقت السفر.
القدرة على تحمل التكاليف	العلاقة بين تكلفة الخدمات ودخل العميل والقدرة على الدفع والتأمين الصحي الحالي، ويشمل معرفة العميل بالأسعار، والترتيبات الائتمانية التي يقوم بها مقدمو الخدمة (على سبيل المثال) متى يُتوقع من المريض	تتحقق القدرة على تحمل التكاليف عندما تتناسب أسعار الخدمات دخل العملاء وقدرتهم على الدفع. التكاليف المباشرة هي أسعار الخدمات

تعريف (Obrist et al., 2007)	تعريف (Penchansky & Thomas 1981)	البُعد
نفسها، في حين أن التكاليف غير المباشرة تشمل تكلفة النقل، والوقت الضائع، والدخل.	أن يدفع بعد تلقي الرعاية؟، بالإضافة لتصور العملاء لقيمة الخدمات بالنسبة للتكلفة.	
تطابق بين خصائص المزود وخصائص العميل. ويشمل ثقة المريض في شخصية مُقدمي الرعاية الصحية، وفيما إذا كانت المعلومات والشرح والعلاج المقدم يأخذ في الاعتبار مفاهيم المرض المحلية والقيم الاجتماعية، وشعور المرضى (الترحيب والاهتمام على سبيل المثال).	العلاقة بين مواقف العملاء حول خصائص مُقدمي الخدمات والمرافق الطبية، والخصائص الفعلية لمقدمي الخدمات والمرافق (على سبيل المثال، تصور العميل للعمر والجنس والعرق والانتماء الديني لمقدم الخدمة). العلاقة بين مواقف مُقدمي الخدمة بشأن الخصائص الشخصية للعملاء (على سبيل المثال، قد يكون لمقدمي الخدمة تفضيلات لكيفية تمويل العملاء لرعايتهم).	القبول
تتحقق الملائمة عندما تُلبى منظمة الرعاية الصحية توقعات العميل. وتشمل ساعات العمل. لم يتم ذكر أوقات الانتظار والسهولة التي يُمكن للعميل من خلالها التواصل مع مُقدمي الخدمة بشكل صريح.	العلاقة بين كيفية تنظيم موارد التوريد لقبول العملاء وقدرة العملاء على التكيف مع هذه العوامل. وتشمل أوقات الانتظار للحصول على موعد، وأوقات الانتظار في غرفة الانتظار، ساعات عمل الأطباء أو المرافق، والسهولة التي يُمكن للعميل من خلالها الاتصال بمزود الخدمة.	الملاءمة

المصدر: الجدول من إعداد الباحثة استناداً إلى إطار عمل (Penchansky & Thomas, 1981)، وإطار عمل (Obrist et al., 2007).

في هذه الدراسة، تستند المقاييس والتعريفات للأبعاد المختلفة للوصول إلى الرعاية إلى حد كبير إلى المعلومات الواردة في الجدول أعلاه، ومع ذلك، نظراً لأن الدراسة استكشافية بطبيعتها، ستكون التعريفات والمقاييس أكثر تحديداً، إذ إن الهدف من هذه الدراسة هو التطرق بإيجاز إلى كل بُعد من هذه الأبعاد، وليس بالضرورة تقديم فحص متعمق لأي بُعد معين:

1. **التوافر:** في هذه الدراسة، تم تعريف هذا البُعد على أنه وجود عدد كافٍ من المرافق الصحية العاملة والخدمات الأدوية والمستلزمات الطبية الخاصة بذوي الإعاقة، وأن الخدمات الصحية المتاحة تُلبى احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، كما يشير إلى وجود موظفين مؤهلين لتقديم الرعاية الصحية ومُهلين للتعامل مع حالات الإعاقة.

2. **إمكانية الوصول:** يتم تعريف إمكانية الوصول في هذه الدراسة على أنها المسافات والوقت المُستغرق للسفر بين مواقع المرافق الصحية ومواقع مُستخدمي الخدمات من ذوي الإعاقة، وتعتبر أن الشخص الذي يتعين عليه السفر لمسافات طويلة للحصول على الخدمة أنه يعاني من ضعف الوصول العام إلى الخدمة الصحية، بالإضافة إلى الوصول الآمن لجميع المرافق الصحية والخدمات دون تمييز، وإمكانية الوصول إلى المعلومات.

3. **القدرة على تحمل التكاليف:** في هذه الدراسة يتم تعريف هذا البُعد على أنه التكاليف المُباشرة وغير المُباشرة للخدمات وكيف تتناسب مع قدرة الشخص ذو الإعاقة على الدفع بدون ضائقة مالية، وتأخذ في الاعتبار تكاليف النقل من وإلى المرفق، وتتأثر القدرة على تحمل التكاليف بنظام التأمين الصحي المجاني.

4. **الملاءمة:** في هذه الدراسة يتم تعريف هذا البعد على أنه العلاقة بين تنظيم خدمات الرعاية الصحية التي تُلبّي توقّعات المُستخدمين من ذوي الإعاقة وقدرتهم على استخدام هذه الخدمات، وتركز على سهولة التواصل مع مُقدمي الخدمة.

5. **القَبول:** يشير هذا البعد إلى أن المرافق والخدمات الصحية تحترم الأخلاق الطبية، ومناسبة لكافة الأشخاص من ذوي الإعاقة، بطريقة أخرى قد يكون الوصول محدوداً عندما يرى الأشخاص ذوي الإعاقة أن الخدمات غير فعّالة ولا تلبّي احتياجاتهم، أو يتم تقديمها بطريقة تتعارض مع مواقف الأشخاص ذوي الإعاقة، على سبيل المثال، إذا كانت الخدمة مقبولة اجتماعياً من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة مثل قضية النوع الاجتماعي.

وبالعودة إلى تعريف الإعاقة كتفاعل بين الشخص والمُعيقات الموجودة في المجتمع، ينبغي تسليط الضوء على المُعيقات التي لها أشكال مختلفة إلا أنها تتشابه من حيث أن جميعها تمنع الشخص وتُعيقه، إذ يُواجه الأشخاص ذوي الإعاقة مُختلف التحديات في التمتع بحقهم في الصحة مثل صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية، والوصول إليها بتكلفة غير محتملة (توفيق، 2018)، (Lagu et al., 2013)، وقد حددت معظم الدراسات في مجال الإعاقة العديد من المعيقات الأخرى التي تواجه ذوي الإعاقة عند محاولة الوصول إلى الرعاية الصحية، على سبيل المثال، غالباً ما يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية، لا سيما في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة وضواحيها، وقد لا يتمكن الأشخاص ذوي الإعاقة النفسية من الوصول إلى علاج ميسور التكلفة من خلال نظام الصحة العامة، وقد لا تتلقى

النساء ذوات الإعاقة خدمات صحية تُراعي النوع الاجتماعي، وغيرها العديد من المعوقات، لهذا السبب كان من الأسهل تجميع هذه المعوقات في فئات. وتُوفر أبعاد (Obrist وPenchansky & Thomas (1981) et al., (2007) الخمسة للوصول إلى الرعاية الصحية طريقة ملائمة لفحص العديد من القضايا التي تُساهم في تحديد الوصول إلى الرعاية الصحية والمعوقات التي تحول دون الوصول إليها. وعليه يمكن تحديد بعض المعوقات التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية مجمعة وفق الأبعاد الخمسة التالية:

1. **التوافر:** من المعوقات المرتبطة بهذا البعد عدم كفاية الخدمات التي يحتاجها ذوي الإعاقة، مثل خدمات إعادة التأهيل الطبي والأجهزة المساعدة، بالإضافة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والرعاية الصحية للأمهات حيث سلطت بعض الدراسات الضوء على عدم كفاية المعدات اللازمة مثل أسرة الولادة القابلة للتعديل للنساء في المخاض، والكراسي المتحركة والموظفين لمساعدة النساء على الصعود إلى أسرة الولادة (Ahumuza et al., 2014)، وأيضاً نقص المعلومات حول توافر الخدمات، إذ تُشير الأبحاث المُتاحة إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة في أغلب الأوقات لا يدركون أنه يمكنهم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في المراكز الصحية الرئيسية (Mprah, 2013)، (Jolley et al., 2014)، (Tun et al., 2016)، ووفقاً لدراسة (Gudlavalleti et al., 2014) فإنه على الرغم من حقيقة أن الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم حاجة أكبر للرعاية الصحية مقارنة بالأشخاص غير ذوي الإعاقة، إلا أن هناك فرقاً كبيراً بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة في معرفتهم حول المكان الذي يتوجهون إليه للعلاج. كما حددت دراسات أخرى عوائق ترتبط بتوافر مقدمي الرعاية الصحية المؤهلين للتعامل مع خصوصية ذوي الإعاقة، إذ لا يفهم العديد من مقدمي الرعاية الصحية لغة الإشارة، ولا يتوفر مترجمون للغة الإشارة في أغلب الأحيان (Ganle et al., 2016).

2. **إمكانية الوصول:** أفادت العديد من الدراسات أن المرافق والمعدات الصحية التي يتعذر الوصول إليها في المراكز الصحية تمثل جزءاً من أكبر المعوقات التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية، (Ahumuza et al., 2014)، (Mavuso & Maharaj, 2015)، (Ganle et al., 2016)، (Burke et al., 2017)، وتشمل المعوقات المذكورة تحت هذا البعد ما يلي: مباني المراكز الصحية ليس بها مُنحدرات، الحمامات غير ملائمة، الأرصفة قليلة، المصاعد غير موجودة أو لا تعمل (Ganle et al., 2016)، ونتيجة لذلك يُحرم الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يستخدمون الكراسي المُتحركة من الوصول إلى هذه المباني، خاصة إذا كانوا غير مصحوبين بذويهم. وقد أشارت دراسات أخرى إلى معوقات إضافية ترتبط بالبنية التحتية للدولة مثل وجود شبكة طرق رديئة وأرصفة غير ملائمة لتتنقل ذوي الإعاقة (Ledger, 2016).

3. **القدرة على تحمل التكاليف:** تعتبر إحدى العقبات الرئيسية التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية (Gudlavalleti et al., 2014)، (Mavuso & Maharaj, 2015). إذ أنه غالباً ما يُعاني الأشخاص ذوي الإعاقة والقائمون على رعايتهم من الفقر بسبب محدودية فرص الحصول على العمل (CBM, 2016)، ومع ذلك، فإن الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم احتياجات صحية أعلى بسبب حالة الضعف التي تصاحبهم وبالتالي تحمل تكاليف أكثر من غيرهم، ويضاف إلى ذلك المصاريف المرتبطة بالنقل والمرافقة، حيث تشكل المصاريف عائقاً إضافياً أمامهم، إذ غالباً ما يتعين عليهم دفع تكاليف نقل إضافية لمرافقة شخص ما، أو استئجار وسائل نقل مُتخصصة يُمكنها استيعاب كراسيهم المتحركة على سبيل المثال، وهو ما لا يتم تكبده من قبل الأشخاص غير المُعوقين (Mavuso & Maharaj, 2015).

4. **الملاءمة:** يُؤكد Drainoni et al., (2006) بقوة أنه على الرغم من أن الأشخاص ذوي الإعاقة قد يتلقون الرعاية الصحية إلى حد ما، إلا أن رضاهم عن هذه الرعاية منخفض بسبب التأخير والإحباط وسوء التواصل مع مقدمي الخدمة، ويعتبر ضعف أو سوء التواصل مع مقدمي الخدمة أحد أبرز المعوقات التي تتطوي تحت هذا البعد (Torsha et al., 2022)، (Clemente et al., 2022). لما له من آثارٍ وخيمةٍ، إذ رصدت العديد من التقارير حالات لنساء ذوات إعاقة قد فقدن أطفالهن أثناء الولادة بسبب عدم قدرتهن على فهم تعليمات القابلات (Bart & Taaka, 2017)، ويضاف إلى ذلك أن مقدمي الرعاية الصحية قد لا يفهمون تفسيرات الصم حول ظروفهم الصحية مما يؤدي إلى وصف الأدوية الخاطئة (Ganle et al., 2016).

5. **القبول:** ترتبط المعوقات المجمعّة في هذا البعد بالمواقف السلبية لمقدمي الخدمات تجاه ذوي الإعاقة كنتيجة لعدم فهمهم لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة (Gaihre et al., 2016)، جزء من هذه المواقف السلبية لمقدمي الخدمات الصحية ترتبط بالنساء ذوات الإعاقة فعلى سبيل المثال، استخدام التقييد الجسدي أثناء المخاض (Ahumuza et al., 2014). كما ذكرت دراسات أخرى أن مقدمي الرعاية يتجاهلون المرضى ذوي الإعاقة ويُعطون الأولوية للآخرين (Tun et al., 2016). وهو ما يُقوض بشكل كبير الروح المعنوية والرغبة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية واستخدامها (Ganle et al., 2016).

تم إجراء هذه المراجعة لفهم المعوقات التي تعترض وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية، بالنسبة للعديد من الأشخاص ذوي الإعاقة فإن التحدي المتمثل في الدخول فعلياً إلى المرافق كبير جداً، مما يُثني الكثيرين منهم عن محاولة البحث عن الرعاية الصحية (Tun et al., 2016). وعلى الرغم من حقيقة أن الأشخاص ذوي الإعاقة مثل الأشخاص غير المعاقين لديهم احتياجات رعاية صحية بدءاً من الوقاية وعلاج الأمراض والإحالة عند الحاجة، فإنه لا تزال هناك العديد من الحواجز التي تمنعهم من

الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العامة، ولضمان قدرتهم على الوصول بنجاح إلى الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، يتطلب الأمر الانتباه إلى كل المعوقات التي يواجهونها، وعلى اعتبار أن هذه الدراسة تبحث في وصول ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية في سياق احتلالي، فمن المناسب أن نذكر المعوقات الناجمة عن الاحتلال الإسرائيلي وكيف يمكن أن يؤثر ذلك على الوصول إلى الرعاية الصحية.

## 6.2.2 معوقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في فلسطين:

توفر وزارة الصحة مجموعة من الخدمات الصحية، بما في ذلك الوقائية والعلاجية وخدمات الصحة العامة، للأشخاص ذوي الإعاقة وفقاً لقانون الصحة العامة ونظام التأمين الصحي لذوي الإعاقة.

وعلى الرغم من أن البيانات والتقارير التابعة للوزارة تشير إلى أن جميع المستشفيات الحكومية موائمة لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، وأنها تعمل أيضاً على تحسين توافر المراكز والعيادات الصحية ومديريات الصحة لتسهيل وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية. إلا أن التدابير والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة لتمكينهم من الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحية غير واضحة، ويعكس ذلك النقص في تأهيل الكوادر الطبية للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وعدم مواءمة المباني والمرافق الصحية بما يتوافق مع احتياجاتهم الفيزيائية، وعدم إدخال لغة الإشارة للصم إلى مرافق وزارة الصحة، وعدم توفير الأدوات والأجهزة المساعدة ضمن خدمات التأمين الصحي (التميمي، 2018)، علاوة على ذلك، تقوم وزارة الصحة بإجراء فحص للأشخاص ذوي الإعاقة من أجل تحديد نسبة الإعاقة لديهم، ويُقدّم بطاقة التأمين الصحي للأشخاص الذين تتجاوز إعاقتهم 60%، وهو ما يخالف القانون الأساسي الفلسطيني الذي ينص على أن الخدمات الصحية يجب أن تُقدم للجميع دون تحديد أو تمييز (عابدين، 2021).

وفيما يتعلق بالسياسات، تعمل وزارة الصحة على تطوير سياساتها المتعلقة بمعايير الأجهزة المساندة وخدمات التأهيل لضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الأدوات المساندة والتأهيل المناسب بمعايير وطنية وبأسعار معقولة، وذلك لضمان توفير خدمات تأهيل ذات جودة مرتفعة تستند إلى المعايير الدولية، ومع ذلك لا تزال وزارة الصحة تفتقر إلى القدرة على تزويد ذوي الإعاقة بالأجهزة والأدوات المساعدة ضمن نظام التأمين الصحي، مما يُعيق قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها، ويجعل أسرهم يتحملون أعباء إضافية في توفير الأجهزة والوسائل المساعدة التي تتناسب مع احتياجاتهم (الهيئة الفلسطينية لحقوق المواطن، 2004)، (التميمي، 2018).

كما تتضمن الإستراتيجية القطاعية للصحة (2021-2023) هدفاً أساسياً وهو "ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة للجميع"، وذلك بالنظر إلى العوامل الاجتماعية والجغرافية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية في الوضع الفلسطيني، وركز الإستراتيجية على تحسين البنية التحتية الصحية وتطويرها لضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة للمجتمع بشكل عام، بما يشمل توفير بنية تحتية ملائمة وآمنة وسهلة الوصول إليها لكبار السن وذوي الإعاقة بصورة خاصة (وزارة الصحة، 2021)، وعلى الرغم من ذلك، يغيب تحليل مبني على النوع الاجتماعي والإعاقة عن الخطة التنفيذية، وعن برامج وتدخلات وزارة الصحة، هذا الأمر انعكس على طبيعة الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وخاصة الخدمات التأهيلية التي لا تتوفر لدى وزارة الصحة، حيث تقوم الوزارة بشراء خدمات التأهيل من القطاع الخاص (عابدين، 2021).

لذا فقد أكدت (Giacaman 2021) أن وزارة الصحة الفلسطينية لا تتبع نهجاً شاملاً للصحة مع الأشخاص ذوي الإعاقة، خصوصاً فيما يتعلق بخدمات إعادة التأهيل، إذ تُوجد ثغرات كبيرة في التعامل مع احتياجات ذوي الإعاقات السمعية والفكرية، هذا بالإضافة إلى عدم كفاية توافر أدوات التنقل والدعم المهمة للاستقلال الاجتماعي والاقتصادي، وهو ما يُشكل أحد أهم مُعيقات الوصول إلى خدمات متكاملة لذوي الإعاقة في فلسطين.

أما التميمي (2018) فتشير إلى مجموعة أخرى من المعوقات التي تقف حائلاً أمام وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، هذه المُعيقات تتعلق بالجوانب الداخلية المُرتبطة بوزارة الصحة خصوصاً ذلك الجانب المرتبط بكفاءة الطواقم الصحية وغياب التدابير اللازمة من قبل وزارة الصحة ومراكزها الصحية المختلفة منها:

1. عدم توفر لغة الإشارة في أقسام ودوائر ومراكز وزارة الصحة.
2. عدم مراعاة الفروق الفردية واحتياجات الأفراد وخاصة النساء ذوات الإعاقة.
3. طول فترة الانتظار في مراكز وعيادات وزارة الصحة، الأمر الذي يؤثر بشكل خاص على الأشخاص ذوي الإعاقة.
4. عدم وجود سجل طبي وطني يشمل الأشخاص ذوي الإعاقة.
5. انخفاض مستوى المعرفة بعملية التواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة وخاصة فيما يتعلق بالمحافظة على السرية والخصوصية، واستخدام لغة تركز التمييز والإقصاء والوصمة تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة.

يتضح مما سبق أن السياسات والإجراءات المُتبعة في وزارة الصحة في تقديم الخدمات الصحية

للأشخاص ذوي الإعاقة تقوم على مفهوم النموذج الطبي والإغاثي والتأهيلي قصير المدى، وما زالت الوزارة تتعامل معهم على أساس أنهم مرضى، الأمر الذي يتعارض مع فلسفة النهج الحقوقي التنموي، والذي سبق وأشرنا إليه سابقاً (التميمي، 2018)، (عابدين، 2021).

من جانب آخر، تُواجه عملية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية جملة واسعة من المُعيقات في الأراضي الفلسطينية، إذ لا يتعلق هذا الأمر بالأفراد ذوي الإعاقة فحسب، إنما يمتد الأمر للأشخاص العاديين، وتُشير التقارير المتخصصة إلى أن من أهم مُعيقات الوصول إلى تلك الخدمات الاحتلال الإسرائيلي الذي يُسهم في مفاجمة الحرمان من الحق في الوصول إلى الرعاية الصحية، إذ أن عملية الوصول إلى تلك الخدمات يُمكن أن تستغرق وقتاً طويلاً ومتعباً للمرضى المُسنين والمرضى المصابين بأمراض خطيرة والمعاقين الذين يستخدمون المُعدات الطبية، إذ تحتاج عملية إحالة المرضى إلى الموافقة الطبية، والموافقة المالية، وموعد محدد من المستشفى حسب الحالة الطارئة، وقد يحتاج إلى طلب الحصول على ترخيص من السلطات الإسرائيلية، ويحتاج مرضى غزة إلى عبور حاجز إيرز للحصول على الرعاية الصحية في الضفة الغربية (Marie & Battat, 2021).

ويتوافق هذا الاتجاه مع ما أشارت إليه وزارة الصحة الفلسطينية (2020) حين أكدت أن الفلسطينيين بشكل عام يواجهون قيوداً ومعيقات مستمرة يفرضها الاحتلال الإسرائيلي، وتقويض وصول الفلسطينيين إلى الخدمات الصحية في الوقت المناسب، حيث اعتبرت وزارة الصحة في الإستراتيجية الصحية الوطنية 2021 - 2023 أن سياسات الاحتلال الإسرائيلي هي المُعيق الأساسي الأول في الوصول إلى الخدمات الصحية، بسبب سياسة الحصار والحواجز والجدار العازل سواء أمام المواطنين المرضى أو الطواقم الطبية، كما تُعتبر تهديدات الاحتلال الإسرائيلي بضم أجزاء من أراضي الضفة الغربية معيقاً جديداً أمام الوصول إلى الخدمات الصحية، الأمر الذي يُؤثر على قدرة الفلسطينيين الذين يسكنون في هذه الأراضي على الوصول إلى الخدمات الأساسية (وزارة الصحة، 2020).

من خلال العرض السابق يتضح للباحثة وجود مجموعة واسعة من المُعيقات التي تعترض وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية، إذ يتركز جزء من هذه المُعيقات في الجوانب الداخلية المُرتبطة بالخدمات التي تُوفرها وزارة الصحة الفلسطينية، والتي تفتقر في أجزاء منها إلى المُستلزمات والاحتياجات الخاصة بهذه الفئة، وجزء آخر يرتبط بالبنية الخاصة بالكوادر الطبية العاملة في تلك المراكز، إذ أن العديد من الخدمات خصوصاً تلك المرتبطة بجوانب التأهيل وتزويد هذه الفئة بالأدوات المساندة تتسم بالضعف في توفرها في إطار أعمال المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة، ومن جانب آخر هناك مجموعة واسعة من مُعيقات الوصول إلى تلك الخدمات ترتبط بعوامل خارجية يقف على رأسها الاحتلال

الإسرائيلي وإجراءاته التعسفية التي تتمثل بالحصار والحواجز والجدار العازل ؛ التي تُعيق حق ذوي الإعاقة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

## 7.2.2 الخُلاصة:

يُعتبر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من قبل ذوي الإعاقة أحد أهم الحقوق المكفولة وفقاً للقوانين المحلية والدولية، ويُشير مفهوم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من قبل ذوي الإعاقة إلى الوصول إلى مرفق الرعاية الصحية والحصول على الخدمات المُتاحة دون عوائق وبكرامة واستقلال تام، فالوصول هنا يرتبط بكافة الجوانب التي لا تشمل فقط توفير الوصول إلى المرافق، ولكن أيضاً إلى جميع الخدمات، لذا فإن الوصول إلى تلك الخدمات يشمل مجموعة من الأبعاد التي اثنق عليها من قبل الباحثين والمنظمات ذات الاهتمام بقضايا الإعاقة، وتشمل هذه الأبعاد كل من (التوافر، إمكانية الوصول، القدرة على تحمل التكاليف، القبول، الملاءمة)، وفي هذا السياق يشير مفهوم التوافر إلى حجم وأنواع الخدمات القائمة بما في ذلك كفاية إمدادات الأطباء ومُقدمي الخدمات الآخرين والمرافق والخدمات المتخصصة، فيما يرتبط مفهوم إمكانية الوصول بالدرجة التي تتوافق فيها مواقع تزويد الخدمات الصحية مع مواقع ذوي الإعاقة، وتشمل المسافة الجغرافية بين الخدمات ومكان سكن ذوي الإعاقة، ووسائل النقل ووقت السفر، بينما يُشير مفهوم القدرة على تحمل التكاليف إلى تناسب أسعار الخدمات مع دخول ذوي الإعاقة وقُدرتهم على الدفع، أما جانب القبول فيُشير إلى الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمات الصحية وفعالية هذه الخدمات، وأخيراً ترتبط الملائمة بتنظيم الخدمات وقدرة ذوي الإعاقة على استخدام هذه الخدمات، وفي هذا السياق يُواجه ذوي الإعاقة في فلسطين مجموعة واسعة من المُعيقات التي ترتبط بأبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بالإضافة إلى مُعيقات الاحتلال الإسرائيلي كجزء من المُعيقات الخارجية المُضافة إلى تلك التحديات.

## 3.2 المبحث الرابع: حالة الإعاقة في فلسطين

### 1.3.2 تمهيد:

تُعتبر الإعاقة أحد المظاهر المُنتشرة في أوساط المجتمع الفلسطيني بِحُكم مجموعة مُركبة من المُسببات، والتي يُعتبر الاحتلال الإسرائيلي أبرزها (نجم، 2017)، فأشكال الإعاقة في المُجتمع الفلسطيني متنوعة ومتعددة إلا أن الأكثر انتشاراً منها هي الإعاقة الحركية التي أسهم الاحتلال الإسرائيلي بِتفاقمها بِحُكم سياساته القمعية التي بدأت مع مطلع الانتفاضة الأولى عام 1987، وعلى وجه الخصوص عندما انتهج سياسة تكسير العظام، وأخذت تلك المظاهر بالاشتداد مع تَعوّل الاحتلال الإسرائيلي واستخدامه لأدوات قمعية متنوعة أسهمت في عجز نسبة كبيرة من المواطنين الفلسطينيين كنتيجة مباشرة لتلك السياسات (Giacaman,2021)، وتُعتبر محافظة بيت لحم كغيرها من المحافظات الفلسطينية التي يتواجد فيها ذُوِي الإعاقة كأحد المُركبات السكانية فيها، وتُستحوذ الإعاقة الحركية على النسبة الأعلى من بين أنواع الإعاقة الأخرى في المحافظة، وتتنوع المُسببات المؤدية للإعاقة في محافظة بيت لحم ما بين تلك الخاصة بالجوانب الوراثية والأخرى المرتبطة بجوانب ممارسات الاحتلال والحوادث المتنوعة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2017)، لذا فإن هذا المبحث من الدراسة سيُقدم عرضاً لطبيعة الإعاقة ومستوياتها وأشكالها في الأراضي الفلسطينية، بالإضافة إلى تَسليط الضوء على محافظة بيت لحم من حيث الأشكال والخصائص والمُسببات المُتنوعة للإعاقة.

### 2.3.2 انتشار الإعاقة في فلسطين:

تُعاني فلسطين كغيرها من الدول من انتشار ظاهرة الإعاقة بين شريحة من مواطنيها، وبحسب بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019) فقد شهدت أعداد ذُوِي الإعاقة في الأراضي الفلسطينية زيادة ملحوظة، ويوضح الجدول التالي ذلك:

جدول 6.2: إجمالي أعداد المعاقين في فلسطين.

إجمالي أعداد المعاقين	2011	2017
فلسطين	46063	92,710
الضفة الغربية	29849	44,570
قطاع غزة	16214	48,140

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019)، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.

من الجدول (6.2) يتضح ارتفاع أعداد ذوي الإعاقة في فلسطين، إذ تضاعفت مستويات الإعاقة في فلسطين خلال 2017 مقارنة بالعام 2011 بما نسبته 101%، حيث ارتفعت هذه الأعداد في الضفة الغربية بنسبة 49.3% وفي قطاع غزة بنسبة 196%، الأمر الذي يُشير إلى تركز أعلى مستويات الإعاقة في قطاع غزة.

وهو ما أكدته التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017 الذي أشار إلى أن قطاع غزة يستحوذ على النسبة الكبرى من ذوي الإعاقة وبمعدل 52%، أما الضفة الغربية فإنها تستحوذ على ما نسبته 48% منهم (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019)، أما فيما يتعلق بنسبة السكان ذوي الإعاقة في فلسطين، فإن الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني تُشير إلى وجود حالة من الانخفاض في معدلات الإعاقة في فلسطين، حيث انخفضت تلك المعدلات من 2.7% في العام 2011 إلى 2.1% في العام 2017، وقد تركزت معدلات الانخفاض في الضفة الغربية، حيث انخفضت تلك المعدلات من 2.9% إلى 1.8%، بينما شهدت تلك المعدلات ارتفاعاً ملحوظاً في قطاع غزة، إذ ارتفعت من 2.4% إلى 2.6% وهو ما يُظهره الجدول التالي:

جدول 7.2: نسبة الإعاقة في فلسطين حسب المفهوم الضيق للإعاقة.

نسبة الإعاقة	2011	2017
فلسطين	2.7%	2.1%
الضفة الغربية	2.9%	1.8%
قطاع غزة	2.4%	2.6%

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019)، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.

يتباين انتشار الإعاقة في فلسطين أيضاً تبعاً لنوع التجمع (حضر، ريف، مخيم) إذ ترتفع نسبة تركيزها في المخيمات الفلسطينية وتقل في الأرياف، كما لوحظ وجود فروق بين الجنسين، حيث أن هناك انتشاراً أكبر للإعاقة بين الذكور مقارنةً بالإناث، ويُمكن إبراز تلك الفروق في الجدول التالي:

جدول 8.2: انتشار الإعاقة في فلسطين حسب نوع التجمع والجنس وفق المفهوم الضيق للإعاقة.

النسبة	العدد	البيان
		نوع التجمع
2.1	69,242	حضر
1.8	12,170	ريف
3.0	11,298	مخيم

النسبة	العدد	البيان
		الجنس
2.3	51,693	ذكور
1.9	41,017	إناث
2.1	92,710	كلا الجنسين

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019)، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.

### 3.3.2 أنواع الإعاقة في فلسطين:

تم تصنيف الفلسطينيين من ذوي الإعاقة باستخدام مجموعة أسئلة فريق واشنطن لإحصاءات الإعاقة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الشؤون الاجتماعية، 2011)، وفي إطار هذا المقياس تم استخدام تعريفيين للإعاقة أحدهما مُوسع والآخر ضيق، إذ اعتمد التعريف المُوسع على تعريف الفرد ذو الإعاقة بأنه الفرد الذي يُعاني من بعض الصعوبة، أو صعوبة كبيرة، أو لا يستطيع مطلقاً، بينما عُرف الفرد ذو الإعاقة وفقاً للتعريف الضيق الذي أوصت به مجموعة واشنطن لإحصاءات الإعاقة؛ بأنه الفرد الذي يُعاني صعوبة كبيرة أو لا يستطيع مطلقاً.

ووفقاً للتعريف الموسع بلغت نسبة انتشار الإعاقة في الأراضي الفلسطينية حوالي 5.8%، حيث بلغت 5.1% في الضفة الغربية، و6.8% في قطاع غزة، ووفقاً للتعريف الضيق، فقد بلغت هذه النسبة في الأراضي الفلسطينية 2.1%، بواقع 1.8% في الضفة الغربية و2.6% في قطاع غزة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019).

جدول 9.2: نسب انتشار الإعاقة بين أفراد المجتمع الفلسطيني وفقاً للتعريف الضيق والتعريف الموسع.

نوع الإعاقة	التعريف الموسع (بعض الصعوبة، صعوبة كبيرة، لا يستطيع مطلقاً)			التعريف الضيق (صعوبة كبيرة، لا يستطيع مطلقاً)			الإجمالي
	قطاع غزة %	الضفة الغربية %	فلسطين %	قطاع غزة %	الضفة الغربية %	فلسطين %	
نسبة الأفراد ذوي الإعاقة/الصعوبة	6.8	5.1	5.8	2.6	1.8	2.1	277,312
البصر	3.0	2.3	2.6	0.8	0.6	0.7	124,312
السمع	1.7	1.4	1.6	0.5	0.4	0.5	76,499
الحركة واستخدام الأيدي	3.5	2.5	2.9	1.3	0.9	1.1	138,656
التذكر والتركيز	1.1	1.1	1.0	0.5	0.4	0.4	47,812
التواصل	1.1	0.8	0.9	0.5	0.4	0.4	430,312

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019)، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.

يتضح من الجدول السابق أن أكثر أشكال الإعاقة انتشاراً في الأراضي الفلسطينية وفق المفهوم الضيق للإعاقة (صعوبة كبيرة أو لا يستطيع مطلقاً) يتمثل بالإعاقة الحركية، إذ تستحوذ على ما نسبته 1.1% من الفلسطينيين، يليها الإعاقة البصرية بنسبة 0.7% من الفلسطينيين، وقد جاءت في المرتبة الثالثة الإعاقة السمعية بنسبة 0.5%، يليها إعاقة التذكر والتركيز وإعاقة التواصل بنسبة 0.4% لكل منهما.

### 4.3.2 دَوو الإعاقة في محافظة بيت لحم

#### 1.4.3.2 انتشار الإعاقة في محافظة بيت لحم:

تُشير الإحصاءات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى أن أعداد ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم قد بلغت 3792 فرداً، بما نسبته 1.8% من إجمالي أعداد سُكان المحافظة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019).

جدول 10.2: ذوو الإعاقة في الضفة الغربية حسب المنطقة والمحافظه.

المنطقة والمحافظه	العدد	النسبة
فلسطين	92,710	2.1
الضفة الغربية	44,570	1.8
بيت لحم	3,792	1.8
الخليل	10,696	1.5
طولكرم	4,686	2.6
رام الله والبيرة	4,763	1.5
سلفيت	1,604	2.2
جنين	6,022	2.0
قلقيلية	2,120	2.0
نابلس	7,044	1.8
أريحا والأغوار	677	1.4
القدس	2,024	1.8

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019). البيانات الرئيسية لذوي الإعاقة في محافظات الضفة الغربية، بيانات غير منشورة (تم الحصول عليها من خلال تقديم طلب لقسم خدمات الجمهور في الجهاز المركزي للإحصاء).

من الجدول (10.2) يتضح أن أعلى معدلات للإعاقة في محافظات الضفة الغربية مقارنة بعدد سكان المحافظة ذاتها كان من نصيب محافظة طولكرم، وبنسبة 2.6% من إجمالي سكان المحافظة، يليها من حيث الترتيب محافظة سلفيت بنسبة 2.2%، ومن ثم محافظتي جنين وقلقيلية بنسبة 2%، أما محافظة بيت لحم فقد احتلت الترتيب الخامس من حيث نسبة الإعاقة إلى إجمالي سكان المحافظة في الضفة الغربية، وبنسبة 1.8% ممثلة لمحافظة القدس التي استحوذت على ذات النسبة، أما أدنى المحافظات الفلسطينية بالضفة الغربية لمعدلات الإعاقة نسبة إلى سكانها فقد تمثلت بمحافظة أريحا والأغوار بنسبة 1.4% من المعاقين.

#### 2.4.3.2 أنواع الإعاقة في محافظة بيت لحم:

تتنوع المؤشرات المرتبطة بانتشار الإعاقة في محافظة بيت لحم، والجدول (11.2) يُظهر انتشار الإعاقة وفقاً لنوعها في محافظة بيت لحم مقارنة بالمحافظات الفلسطينية الأخرى، وذلك وفق المفهوم الضيق للإعاقة.

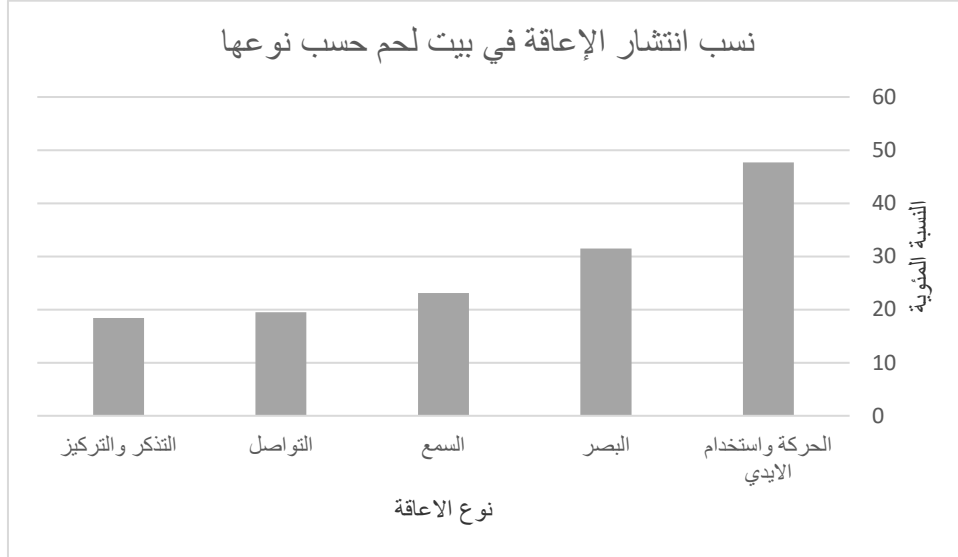
جدول 11.2: انتشار الإعاقة بين السكان حسب المحافظة ونوع الإعاقة وفق المفهوم الضيق.

الأفراد ذوي الإعاقة	نوع الإعاقة					المحافظة
	التواصل	التنكر والتركيز	الحركة واستخدام الأيدي	السمع	البصر	
92,710	19,648	17,787	47,109	19,811	28,950	فلسطين
44,570	9,562	8,845	22,175	9,990	13,887	الضفة الغربية
3,792	740	700	1,811	877	1,197	بيت لحم
6,022	1,230	1,184	3,247	1,249	1,852	جنين
1,142	237	233	540	247	342	طوباس والأغوار الشمالية
4,686	961	839	2,530	1,023	1,484	طولكرم
7,044	1,408	1,321	3,513	1,611	2,162	نابلس
2,120	469	415	1,071	465	665	قلقيلية
1,604	342	337	769	435	505	سلفيت
4,763	1,073	997	2,262	1,080	1,471	رام الله والبيرة
677	165	129	307	154	211	أريحا والأغوار
2,024	464	459	1,019	470	682	القدس
10,696	2,473	2,231	5,106	2,379	3,316	الخليل

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019)، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.

من الجدول (11.2) يتضح أن أعلى أعداد مسجلة للإعاقة في محافظات الضفة الغربية كانت من نصيب محافظة الخليل بعدد إجمالي بلغ 10,696 فرداً، إلا أن نسبة الإعاقة مقارنة بعدد سكان المحافظة كانت من بين الأقل في المحافظات الفلسطينية بالضفة الغربية، إذ بلغت هذه النسبة 1.5%، يليها من حيث الأعداد محافظة نابلس وبعدد إجمالي بلغ 7044 فرداً، وفي ذات السياق تُشكل هذه الأعداد نسبة منخفضة مقارنة بأعداد سكان المحافظة حيث بلغت 1.8%، يلي هذه المحافظات ترتيباً من حيث أعداد ذوي الإعاقة كل من محافظة (جنين، رام الله والبيرة، طولكرم، بيت لحم، القدس، طوباس والأغوار الشمالية، وأخيراً أريحا والأغوار، إلا أنه عند النظر إلى نسبة الإعاقة مقارنة بأعداد سكان المحافظة ذاتها فإن محافظة طولكرم تحتل المرتبة الأولى بين تلك المعدلات ونسبة 2.6% من إجمالي سكان المحافظة، يليها من حيث الترتيب محافظة سلفيت ونسبة 2.2%، ومن ثم محافظتي جنين وقلقيلية بنسبة 2%، أما محافظات بيت لحم والخليل والقدس فقد صُنفت في المراتب الأخيرة من حيث نسب الإعاقة إلى إجمالي سكان تلك المحافظات بنسبة 1.8% لكل منها، أما أدنى المحافظات الفلسطينية بالضفة الغربية لمعدلات الإعاقة نسبة إلى سكانها فقد تمثلت بمحافظة أريحا والأغوار بنسبة 1.4% من المُعاقين.

وبالنظر إلى أنواع الإعاقة في محافظة بيت لحم يتضح للباحثة أن الإعاقة الحركية تحتل المرتبة الأولى من حيث نسبة انتشارها في المحافظة، إذ تستحوذ على ما نسبته 47.7% من إجمالي أعداد المُعاقين في المحافظة، تليها الإعاقة البصرية بنسبة 31.5%، ومن ثم الإعاقة السمعية بنسبة 23.1% من إجمالي الأفراد ذوي الإعاقة بالمحافظة، بينما تحتل إعاقة التواصل المرتبة الرابعة بنسبة 19.5%، وفي المرتبة الأخيرة إعاقة التذكر والتركيز بنسبة 18.4%.



شكل 1.2: نسب انتشار أنواع الإعاقة في محافظة بيت لحم.  
المصدر: الشكل من إعداد الباحثة استناداً إلى بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2019.

### 3.4.3.2 توزيع الإعاقة حسب الجنس ونوع الإعاقة في محافظة بيت لحم:

يُشير النمط الجندي لتوزيع الإعاقة في محافظة بيت لحم إلى احتلال الإعاقة بين الذكور الوزن النسبي الأكبر مقارنة بالإناث، وهو ما يُظهره الجدول التالي:

جدول 12.2: توزيع الإعاقة حسب نوع الإعاقة والجنس بمحافظة بيت لحم.

نوع الإعاقة	ذكور	إناث
البصر	644	553
السمع	462	416
الحركة واستخدام الأيدي	982	829
التذكر والتركيز	361	339
التواصل	400	340
الإجمالي	2,106	1,686

المصدر: من إعداد الباحثة استناداً إلى بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017 النتائج النهائية للسكان، التقرير التفصيلي محافظة بيت لحم.

## 5.3.2 الخلاصة:

تنتشر الإعاقة بشكل واسع في أوساط المجتمع الفلسطيني حيث بلغ عدد ذوي الإعاقة في فلسطين وفقاً لبيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2017 ما يقدر بـ (92,710) معاقاً بحسب التعريف الضيق للإعاقة، ويشكلون ما نسبته (2.1%) من إجمالي السكان في فلسطين، ويستحوذ قطاع غزة على النسبة الأكبر من الأفراد ذوي الإعاقة، إذ بلغت نسبة الإعاقة في القطاع 52%، أما الضفة الغربية فإنها تستحوذ على ما نسبته 48% من ذوي الإعاقة في فلسطين، وتنتشر الإعاقة بين الذكور بنسبة أعلى من الإناث، وتتركز داخل المخيمات الفلسطينية، وتحتل الإعاقة الحركية المرتبة الأولى من حيث نسبة انتشارها بنسبة 1.3%، يليها من حيث الترتيب صعوبات بطة التعلم التي استحوذت على 0.7%، وقد جاءت في المرتبة الثالثة الإعاقة البصرية وإعاقة التذكر والتركيز بنسبة 0.6% لكل منهما، يليها الإعاقة السمعية والنفسية بنسبة 0.4% لكل منهما. تستحوذ محافظة بيت لحم على ما نسبته 1.8% من الإعاقات في الأراضي الفلسطينية، وتحتل الإعاقة الحركية المرتبة الأولى بنسبة 47.7% من إجمالي عدد المعاقين في المحافظة، تليها الإعاقة البصرية بنسبة 31.5%، ومن ثم الإعاقة السمعية بنسبة 23.1%، بينما تحتل إعاقة التواصل المرتبة الرابعة بنسبة 19.5%، وفي المرتبة الأخيرة إعاقة التذكر والتركيز بنسبة 18.4%، وأخيراً فإن تركز الإعاقة في محافظة بيت لحم كان بين الذكور بنسب أعلى من الإناث، إذ بلغت نسبتهم 55.5% من إجمالي أعداد ذوي الإعاقة في المحافظة.

## 4.2 المبحث الخامس: الدراسات السابقة

### 1.4.2 تمهيد:

في إطار استعراض الأدبيات التي تناولت الموضوع البحثي، اعتمدت الباحثة على تقنية المسح المكتبي للأدبيات المنشورة سواءً على المستوى المحلي أو العربي أو الأجنبي، إذ شكلت المكتبات العلمية و المنصات الإلكترونية البحثية المتخصصة قنوات للوصول إلى تلك الأدبيات، واشتملت تلك المنصات على سبيل المثال Google Scholar و PubMed وقاعدة بيانات جامعة القدس، وقد ركزت عملية المراجعة على الأدبيات ذات الصلة بالقضية البحثية وشملت قضايا الإعاقة بمنظورها الحقوقي، وقضايا الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بالإضافة إلى المُعوقات والصعوبات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

غَطَّت عمليات البحث البلدان ذات الدخل المنخفض، والمتوسط، والمرتفع، كما أُجريت عمليات البحث باللغة العربية والإنجليزية فقط، وأُعطيَت الأفضلية في عملية الاختيار للدراسات السابقة المنشورة في عام 2018-2023، ونظراً لمحدودية الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة، تم تضمين الدراسات من عام 2014 أو بعده، وفي هذا المبحث من الدراسة سيتم عرض الدراسات العربية وعددها (15) ومن ثم الأجنبية وعددها (17)، يتبعه تعقيب على هذه الدراسات مع تحديد أوجه الاتفاق والاختلاف وما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.

### 2.4.2 الدراسات السابقة العربية:

#### 1. دراسة Chaiban et al., (2022) بعنوان:

**“Access to primary and secondary health care services for people living with diabetes and lower-limb amputation during the COVID-19 pandemic in Lebanon: a qualitative study”.**

الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري وبتر الأطراف السفلية أثناء جائحة COVID-19 في لبنان: دراسة نوعية.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية والأمراض المزمنة إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية في لبنان أثناء تفشي Covid-19

(فيروس كورونا)، من خلال إجراء مقابلات هاتفية مع مستخدمي برنامج إعادة التأهيل البدني الذي تُقدمه اللجنة الدولية للصليب الأحمر، إذ تم تحديد هؤلاء المستخدمين باستخدام أسلوب أخذ العينات الهادف. بينت الدراسة أن الأشخاص المصابين بداء السكري وبترا الأطراف السفلية يُواجهون تحديات كبيرة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وتشمل هذه التحديات الحواجز الهيكلية كتوافر وسائل النقل وجودة الخدمة وتوافرها، والحواجز الثقافية وأبرزها التهميش بسبب الإعاقة، والحواجز الاقتصادية بما فيها زيادة تكاليف الخدمات الصحية والأدوية والنقل ومحدودية الدخل، وأخرى شخصية تتمثل في محدودية المعرفة بالخدمات، بالإضافة إلى انتشار وباء Covid-19، كما كشفت عن غياب بيانات التخطيط لحالات الطوارئ للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان، ولتحقيق وصول أكثر إنصافاً لهؤلاء الأشخاص إلى خدمات الرعاية الصحية أوصت الدراسة بضرورة تطوير السياسات والإجراءات المتبعة في لبنان.

## 2. دراسة عابدين (2021): بعنوان "إنفاذ الحقوق الاقتصادية والاجتماعية لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في التشريع الفلسطيني".

هدفت هذه الدراسة التحليلية إلى تسليط الضوء على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بما فيها الحقوق الصحية ارتباطاً بالسياسات والخطط الاستراتيجية في فلسطين. كشفت الدراسة عن حجم التمييز والتهميش الذي تعرض له ذوي الإعاقة خلال جائحة كورونا وتضاعف معاناتهم في الوصول إلى الخدمات الصحية، كنتيجة لغياب البيئة الموائمة والتدابير التيسيرية، كما أكدت الدراسة أن النموذج الذي يتم التعامل به مع الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين هو نموذج طبي-إغاثي، وليس حقوقي، وأنه وبعد مرور أكثر من 20 عاماً على إقرار قانون المعوقين رقم (4) لسنة 1999، لم يتم ترجمة نصوصه على أرض الواقع؛ نتيجة لعدم وجود نصوص عقابية في القانون، علاوة على ذلك، بينت الدراسة أن هناك غياباً لخطط وطنية شاملة تنطوي على آليات فعالة وأدوار واضحة لضمان تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم، كما أن هناك غياب للبيانات والمؤشرات الإحصائية الدقيقة، حيث أن الجهاز المركزي للإحصاء لم يقم بإجراء أي مسح متخصص بعد المسح الذي جرى في العام 2011. واختتمت الدراسة بمجموعة واسعة من التوصيات التي تهدف لتحسين أوضاع ذوي الإعاقة في فلسطين.

## 3. دراسة غنايم (2021) بعنوان: "ضمانات حقوق ذوي الإعاقة في مصر بين الواقع والمأمول دراسة مقارنة بين دساتير مصر المتعاقبة حسب المتوفر منها ودساتير فرنسا".

هدفت الدراسة إلى إبراز أهمية الحماية الدستورية والقانونية لحقوق ذوي الإعاقة، وأهمية توفير الضمانات اللازمة لتطبيق هذه القوانين. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي في تبيانها للضمانات القانونية والدستورية

لذوي الإعاقة، والمنهج التحليلي في استخراج القواعد الدستورية والقانونية التي تُرسخ ضمانات وحقوق ذوي الإعاقة، ومن ثم استخدمت المنهج المقارن للمقارنة بين مصر وفرنسا. استنتجت الدراسة أن النص على حقوق ذوي الإعاقة في الدستور يُشكل ضماناً هاماً لحقوقهم، إذ وفرت القوانين المصرية سياقاً من الحماية لذوي الإعاقة في مصر، إلا أنه وبالرغم من سن هذه القوانين لم يتم تفعيل مجموعة منها والتي تتعلق بالتمكين ومراعاة الشروط الهندسية وتخفيض قيمة الأجرة للمعاق ومرافقه وغيرها، وأوصت الدراسة بضرورة تفعيل هذه القوانين وتوفير كافة الإمكانيات وتذليل كافة الصعوبات التي تواجه ذوي الإعاقة.

#### 4. دراسة: (2021) Giacama بعنوان:

**“Conceptual Frameworks of Disability in the Occupied Palestinian Territory with a focus on the Palestinian legal and health systems”.**

الأطر المفاهيمية للإعاقة في الأراضي الفلسطينية المحتلة مع التركيز على النظامين القانوني والصحي الفلسطيني.

هدف الدراسة إلى تحديد السياق العام الذي يعيش فيه الأشخاص ذوي الإعاقة في الأراضي الفلسطينية في ظل وجود الاحتلال الإسرائيلي، كما هدفت إلى مراجعة الإطار القانوني للأشخاص ذوي الإعاقة، وتحديد الثغرات الرئيسية فيه ومقارنته بمشروع قانون 2019. ولتحقيق ذلك، اعتمدت الدراسة على مراجعة الأدبيات، وتحليل البيانات ذات الصلة بالأشخاص ذوي الإعاقة في التعداد العام للسكان والمساكن 2017، وتحليل محتوى قانون الإعاقة لعام 1999، ومسودة قانون عام 2019، بالإضافة إلى إجراء مجموعة من المقابلات مع أشخاص مطلعين في القطاعين الحكومي وغير الحكومي. بينت الدراسة أن الأشخاص ذوي الإعاقة يُعانون من حرمان غير عادل مقارنة ببقية السكان، وفيما يتعلق بالنظام القانوني أكدت الدراسة وجود قصور فيه من حيث عدم التوافق بين القوانين الصادرة لمختلف الوزارات، مع وجود نقص في التنفيذ السليم والإجراءات الواضحة، والمساءلة، والشفافية.

#### 5. دراسة كواص (2021): بعنوان "حقوق ذوي الإعاقة ثراء تشريعي وغياب النجاعة".

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في تونس في ظل الثراء التشريعي والتصديق على اتفاقية الأمم المتحدة للأشخاص ذوي الإعاقة. ومن خلال هذه الدراسة التحليلية أوضحت الباحثة أن تونس تُعتبر من الناحية الدستورية مواكبة للقوانين التي تُعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة، إلا

أن هذا الإطار الدستوري لم يتسنى له وجود فعلي في القوانين حتى الآن، بالإضافة إلى وجود اختلافات تتعلق بالمصطلحات والمنهجية بين القانون التوجيهي في تونس والاتفاقية الدولية للأشخاص ذوي الإعاقة، كما كشفت الدراسة عن سيطرة النظريات التقليدية وبعض القوانين التوجيهية التي صدرت قبل الاتفاقية الدولية على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وأن التعديلات التي حدثت في أعقاب التوقيع على الاتفاقية هي تعديلات بسيطة لا تتفق مع محتوى الاتفاقية. وفي الختام أوصت الدراسة بضرورة أن تقوم الدولة بسن تشريعات تفصل مجمل ما نص عليه الدستور يرافقها إجراءات تضمن إمكانية الوصول وتفعيل الترتيبات التيسيرية المعقولة.

#### 6. دراسة عبد وهراطه وعبد الأمير (2020) بعنوان: "أهم المشكلات التي تواجه ذوي الاحتياجات الخاصة والرؤية المستقبلية دراسة تحليلية".

هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة المشكلات التي تواجه ذوي الإعاقة مع اقتراح رؤية لكيفية مواجهة تلك المشكلات في العراق. استخدمت الدراسة المنهج النوعي بالاعتماد على تقنية المسح المكتبي للأدبيات المنشورة؛ من أجل تحديد طبيعة تلك المشكلات ورصد الاتجاهات المستقبلية لمواجهتها، توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج تمثل أهمها في أن الإعاقة تؤثر على علاقة ذوي الإعاقة مع الآخرين وتُعيِّقهم عن أداء أدوارهم الاجتماعية، كما أظهرت النتائج أن الإعاقة تؤثر بشكل سلبي على نفسية ذوي الإعاقة كنتيجة للإحساس بالعجز أمام الآخرين، وأخيراً، أظهرت النتائج أن أهم المشاكل التي تواجه ذوي الإعاقة تتمثل في الجانب النفسي الذي يرتبط بالخوف ومشاعر النقص والشعور بالذنب، بالإضافة إلى المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والمشكلات التعليمية، وقد تجسدت الرؤية المستقبلية التي صاغتها الدراسة في التركيز على تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل مجاني لذوي الإعاقة، وتجديد وسائل الإعلام لمناصرة هذه الفئة.

#### 7. دراسة عبد الحميد (2020): بعنوان "فاعلية خدمات الرعاية الصحية في برنامج الحماية الاجتماعية للمُعاقين جسدياً".

هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على فاعلية خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة الجسمية في برنامج الحماية الاجتماعية في مصر. استخدم الباحث منهج دراسة الحالة، والمقابلة مع الخبراء، والاستبيان مع الأشخاص ذوي الإعاقة الجسمية، حيث بلغت عينة الدراسة 347 شخصاً من ذوي الإعاقة، و15 شخصاً من الخبراء في مجال الحماية الاجتماعية. كشفت الدراسة عن مستوى مرتفع من عدم الرضا عن إجراءات الحصول على الخدمات الصحية، وعن أسلوب تقديم الخدمة، بالإضافة إلى نقص العلاج وعدم وجود الأطباء والتعامل غير الآدمي داخل المؤسسات الصحية، وخُصت الدراسة

إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسمية لا يتمتعون بقدرٍ كافٍ من الحصول على خدمات الحماية الاجتماعية في المجال الصحي، وللتغلب على ذلك أوصت الدراسة بضرورة تدريب مقدمي الخدمات على طرق التعامل مع ذوي الإعاقة، مع الحرص على توفير الرعاية الصحية والأجهزة التعويضية.

**8. دراسة المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان (2020) بعنوان: " أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة في قطاع غزة في ظل جائحة كورونا تقرير خاص حول آليات التدخل لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة في ظل جائحة كورونا".**

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الأشخاص ذوي الإعاقة في قطاع غزة في ظل جائحة كورونا، وقياس مدى التزام الجهات المختصة بتلبية حقوقهم المنصوص عليها بالقانون الفلسطيني. وقد اعتمدت الدراسة على إجراء سلسلة من المقابلات النوعية مع ممثلي الجهات الرسمية في القطاع، وأظهرت حجم المعاناة التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة، وصعوبة الوصول إلى الخدمات الأساسية نتيجة للإجراءات الوقائية التي اتخذت في ظل جائحة كورونا، كما عكست صورة الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الصعبة والتراجع في مستوى الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة نتيجة للحصار الإسرائيلي والانقسام الداخلي. وأخيراً دعى المركز الأطراف المعنية إلى تبني سياسات وبرامج لدعم الأشخاص ذوي الإعاقة وتلبية احتياجاتهم التي كفلتها القوانين المحلية والدولية.

**9. دراسة خرما و نجار (2019) بعنوان: " المُعوقين حركياً في سورية بين الواقع والقوانين، مدينة اللاذقية أنموذجاً".**

هدفت هذه الدراسة النوعية الى الكشف عن مدى تطبيق القوانين السورية الخاصة بالإعاقة، بالإضافة إلى التعرف على الصعوبات التي تواجه ذوي الإعاقة وأبرز احتياجاتهم. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واعتمدت على المقابلة كوسيلة لجمع البيانات، حيث تم إجراء 10 مقابلات مع أشخاص من ذوي الإعاقة الحركية في مدينة اللاذقية. كشفت الدراسة عن معرفة محدودة لدى ذوي الإعاقة بحقوقهم المشروعة في القوانين والتشريعات السورية، بالإضافة الى ندرة النقيذ بالشروط الفنية والمعمارية الواجب توفرها في المرافق العامة حيث احتلت الصعوبات البيئية المرتبة الأولى في مجموعة الصعوبات التي يواجهها الأفراد ذوي الإعاقة، وندرة توافر مراكز العلاج الفيزيائي التي تقدم خدمات مجانية لذوي الإعاقة، وأخيراً ضعف انتشار ثقافة الإعاقة في المجتمع السوري. وأوصت الدراسة بضرورة تدعيم المنظومة التشريعية ومتابعة تطبيق هذه القوانين، والتوجه نحو مراعاة الشروط الفنية والعمرانية في جميع المرافق العامة بما يتناسب مع حركة ذوي الإعاقة، وتوفير مراكز العلاج الفيزيائي في المدن والأرياف.

## 10. دراسة الإسكوا (2018): الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان العربية.

بحثت هذه الدراسة فيما إذا كانت الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في الدول العربية متاحة وتستجيب لاحتياجاتهم وأولوياتهم. اعتمدت الدراسة على البحوث المكتوبة وإجراء المناقشات مع الجهات الرسمية في البلدان الأعضاء في الإسكوا. رأت الدراسة أن بعض البلدان العربية قامت بتعديل معايير الأهلية وآليات الاستحقاق الخاصة بالنفقات المترتبة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، وفي المقابل بينت انه لا يزال تعريف الإعاقة يتعارض مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في كثير من هذه الدول، وأكد التقرير على أنه من غير الممكن تنفيذ أنظمة الحماية الاجتماعية بطريقة منعزلة عن الأنظمة الأخرى، ويتحتم على الدول دمجها ضمن إطار شامل.

## 11. دراسة Baroud & Mouheildine (2018) بعنوان:

**”Healthcare Needs and Barriers of Persons with Disabilities: An Exploratory Study Among Syrian Refugees, Palestine Refugees From Syria, and Lebanese”.**

احتياجات الرعاية الصحية ومعوقاتها للأشخاص ذوي الإعاقة: دراسة استكشافية بين اللاجئين السوريين واللاجئين الفلسطينيين من سوريا ولبنان.

هدفت هذه الدراسة الاستكشافية إلى البحث في احتياجات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في لبنان، وتقييم العوائق التي يواجهونها في الوصول إلى الرعاية الصحية. اعتمدت الدراسة نهجاً مختلطاً من أدوات البحث الكمية والنوعية للأشخاص ذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية حيث اشتملت الدراسة على 82.7% من اللاجئين السوريين ذوي الإعاقة، و6.5% من اللاجئين الفلسطينيين ذوي الإعاقة، و10.7% من الأشخاص ذوي الإعاقة اللبنانيين. وأظهرت أن الحاجتين الأكثر شيوعاً بين الأشخاص ذوي الإعاقة هي توافر الأدوية بشكل دائم والاستشارات الطبية، في حين أن العائتين الأكثر شيوعاً هما القدرة المالية والخدمات المتخصصة المحدودة. وأوصت بضرورة تمويل وتقديم الخدمات الصحية لذوي الإعاقة بطريقة منصفة.

12. دراسة George et al., (2018) بعنوان:

**“A Survey to Assess the Facility Access of People with Mobility Disabilities in King Abdul-Aziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia”.**

استطلاع لتقييم وصول الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية إلى مدينة الملك عبد العزيز الطبية بالرياض المملكة العربية السعودية.

هدفت الدراسة إلى التحقيق فيما يتعلق بوصول الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية إلى مرافق الرعاية الصحية في مدينة الملك عبد العزيز الطبية، من خلال إجراء دراسة مقطعية كمية على مرحلتين، في المرحلة الأولى أجرت الدراسة مسحاً على عينة حجمها 100 شخص من ذوي الإعاقة حول إمكانية الوصول إلى المرافق المعمارية، وفي المرحلة الثانية أجرت الدراسة تقييم حول إمكانية الوصول إلى المرافق المعمارية باستخدام قائمة مراجعة تصميم المباني الموحدة الخاصة بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA). أظهرت نتائج المرحلة الأولى للدراسة أن الأشخاص الذين يتنقلون باستخدام أجهزة مساعدة، يحتاجون إلى المساعدة للوصول إلى مرافق مدينة الملك الطبية، في حين أظهرت نتائج المرحلة الثانية نتائج منخفضة لتقييم المدينة الطبية. وجدت الدراسة اتجاهاً إيجابياً في نتائج تصنيف الوصول لذوي الإعاقة داخل المرافق ونتائج منخفضة لتقييم المدينة الطبية باستخدام قائمة تصميم المباني الموحدة، وقد فسّر الباحثون ذلك بأن تلقي المساعدة من الناس دفع المبحوثين إلى الإبلاغ عن إمكانية الوصول إلى غالبية المرافق، وهذا يعكس أن الوعي بإمكانية الوصول غير مفهوم بشكل كامل عند الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية، وأوصى الباحثون بضرورة تثقيف وتعليم هذه الفئة لزيادة وعيهم بحقوقهم والدفاع عنها.

13. دراسة Ghanem et al., (2016) بعنوان:

**” Assessing Situation and Services for People with Disabilities (PWD)”.**

تقييم الوضع والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة.

هدفت هذه الدراسة التي أجراها البنك الدولي في الأراضي الفلسطينية، إلى تقييم العرض والطلب على الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة (التعليم، التأهيل الطبي، التوظيف)، واعتمدت الدراسة في تقييم جانب العرض على مراجعة السياسات والوثائق الإستراتيجية والتقارير حول البرامج والخدمات المتاحة للأشخاص ذوي الإعاقة، ومن ثم إجراء مقابلات شبه منظمة مع الجهات الفاعلة، ولتقييم جانب الطلب على الخدمات تم إجراء المقابلات ومناقشات مجموعات التركيز ومسح استبيان للأشخاص ذوي

الإعاقة. خلصت الدراسة الى مجموعة من النتائج أبرزها ما يتعلق بتقييم خدمات التأهيل حيث كشفت الدراسة عن القدرات المحدودة لوزارة الصحة والتي تقدم هذه الخدمات عن طريق وحدة الإحالة الخارجية، وفي المقابل القدرة المحدودة للأشخاص ذوي الإعاقة على تحمل التكاليف إذ تم الاستشهاد بشكل متكرر من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة بوجود صعوبات في استخدام وسائل النقل والتكاليف الإضافية ذات الصلة، كما يرصد التقرير فجوات كبيرة في توافر الخدمات والمتخصصين. في أعقاب هذه النتائج قدمت الدراسة مجموعة من الإجراءات والتوصيات التي يُمكن العمل بها على المستوى القريب والمتوسط والبعيد.

#### 14. دراسة المهيري وآخرون(2015): بعنوان " تقييم مستوى الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة" دراسة كمية في إمارة أبو ظبي:"

هدفت هذه الدراسة الكمية إلى تقييم مستوى الخدمات العامة والتخصصية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة في إمارة أبو ظبي. تم إجراء هذه الدراسة على عينة من أولياء أمور الأشخاص ذوي الإعاقة بلغ حجمها 282 شخصاً، وعينة من الأشخاص ذوي الإعاقة بلغ حجمها 29 شخصاً. أظهرت الدراسة أن مستوى تقديم الخدمات العامة في إمارة أبو ظبي مرتفع، أما مستوى تقديم الخدمات المتخصصة فهو متوسط، وذلك نتيجةً للنقص في بعض هذه الخدمات وعدم توافرها، وختاماً أوصت الدراسة بتوسيع خدمات الرعاية والتأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة نوعاً وكماً، والتركيز على الخدمات ذات العلاقة بالإعاقة الشديدة.

#### 15. دراسة وراسنة وأبو سرور وعبد المجيد (2015) بعنوان: " واقع وُصول الأطفال ذوي الإعاقة للخدمات التعليمية والاجتماعية والصحية في الضفة الغربية".

هدفت الدراسة إلى تقديم قاعدة معلوماتية تعكس الواقع الفعلي للحواجر والمُعيقات التي تُحد من وُصول الأطفال ذوي الإعاقة لحقوقهم المنصوص عليها بالقانون الفلسطيني. استخدمت الدراسة منهج متعدد الأساليب والأدوات، حيث تم إجراء المُقابلات المعمقة مع صانعي القرار والمتخصصين بقضايا الدمج في الضفة الغربية، ومسح ميداني أُسري لـ 1185 أسرة فلسطينية في الضفة الغربية. أظهرت الدراسة وجود توافق في آراء الباحثين حول التحديات التي تواجههم في الوصول والحُصول على الخدمات، كما أكدت على غياب المنظور الحُقوقي في التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة وسيطرة المنظور الطبي، مجموعة النتائج الأخرى تمثلت في غياب السياسات الواضحة، والارتجالية في التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة، بالإضافة الى غياب البرامج الخدماتية الخاصة بالأطفال، وغياب المعلومات ونظام التواصل والشكاوى، وأخيراً عدم وضوح الأدوار والمسؤوليات بين المؤسسات الفاعلة، واستناداً إلى تلك النتائج قدمت الدراسة جملة من التوصيات التي تعمل على تحسين وصول الأطفال ذوي الإعاقة إلى

## 3.4.2 الدراسات السابقة الأجنبية:

### 1. دراسة Smythe et al., (2022) بعنوان:

**“A path toward disability-inclusive health in Zimbabwe Part 1: A qualitative study on access to healthcare”.**

طريق نحو الصحة الشاملة للإعاقة في زيمبابوي الجزء (1) دراسة نوعية حول الوصول إلى الرعاية الصحية.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف تجارب وتصورات الأشخاص ذوي الإعاقة في الحصول على الرعاية الصحية، وتحديد فرص النظام الصحي في زيمبابوي، من خلال إجراء مقابلات نوعية متعمقة مع 24 شخصاً من ذوي الإعاقة و 10 من المسؤولين الرئيسيين من السلطات المحلية والوطنية، كشفت الدراسة عن صعوبات يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة من وجهة نظرهم (جانب الطلب) تضمنت ضعف المعرفة الصحية، ونقص الموارد المالية ووصمة العار الذاتية، حيث لا يسعى الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الحصول على رعاية للقضايا الطبية التي يُنظر إليها على أنها مُحرجة، كما كشفت عن تحديات تتعلق بجانب الخدمة (العرض) وتشمل ضعف قدرة العاملين الصحيين على علاج الأشخاص ذوي الإعاقة، والتميز وعدم كفاية المرافق الصحية، ومن ثم قدمت الدراسة مجموعة من الاستراتيجيات لتعزيز دمج المعاقين في الرعاية الصحية وتشمل الاستثمار في منظمات ذوي الإعاقة، وجمع وتحليل بيانات الإعاقة والعمل على إشراك ذوي الإعاقة بشكل هادف.

### 2. دراسة Clemente et al., (2022) بعنوان:

**“Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review”.**

العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية: مراجعة نطاق.

هدفت الدراسة إلى تحليل الأدلة العالمية والمحلية -البرازيلية- التي تناولت العوائق والصعوبات التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات الصحية. تضمنت الدراسة مراجعة 96 مقالة تم اختيارها وفقاً للاطار النظري للدراسة، وفي أعقاب عملية المراجعة حددت الدراسة مجموعة من الحواجز التي يواجهها ذوي الإعاقة وتشمل القيود المالية لديهم، ونقص تدريب المهنيين الصحيين، وفشل النظام الصحي، ونقص الموارد والتكنولوجيا اللازمة، والحواجز اللغوية إذ أكدت الدراسة أن الاتصال

الفاشل بين المهنيين والأشخاص ذوي الإعاقة يعيق الوصول إلى الخدمات على جميع المستويات ولديه القدرة على التأثير على استقلالية ذوي الإعاقة أثناء العلاج، ولذلك أوصت الدراسة بضرورة التخطيط الاستراتيجي للخدمات لتمكينها من الاستجابة لاحتياجات ذوي الإعاقة.

### 3. دراسة Torsha et al., (2022) بعنوان:

**“Disability-friendly healthcare at public health facilities in Bangladesh: a mixed-method study to explore the existing situation”.**

الرعاية الصحية الصديقة لذوي الإعاقة في مرافق الصحة العامة في بنغلاديش: دراسة متعددة الأساليب لاستكشاف الوضع الحالي.

هدفت الدراسة إلى استكشاف مدى ملاءمة مرافق الرعاية الصحية للإعاقة في بنغلادش، كما هدفت إلى تقييم مستوى المرافق الصحية، وقدرات مقدمي الرعاية الصحية. ولتحقيق ذلك اعتمدت الدراسة على نهج متعدد الأساليب اشتمل على مسح مقطعي لمرافق الرعاية الصحية العامة (150) مرفق، تلاها مقابلات منظمة مع الأشخاص ذوي الإعاقة ومديري الرعاية الصحية وواضعي السياسات في الدولة. كشفت الدراسة أن معظم مرافق الصحة العامة في بنغلادش لم تكن صديقة للإعاقة، حيث سُجلت درجات منخفضة لمعظم نقاط البنية التحتية للمرافق الصحية، بالإضافة إلى ذلك، لا يوجد طاقم عمل مخصص لتقديم المعلومات والتواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة وهو ما أثر على وصول وحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الخدمات الصحية. وختاماً أوصت الدراسة بوضع سياسة وطنية تشمل إرشادات التنفيذ للمرافق الصحية لتحسين وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية.

### 4. دراسة Lyra et al., (2022) بعنوان:

**“The National Health Policy for people with disabilities in Brazil: an analysis of the content, context and the performance of social actors”.**

السياسة الصحية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة في البرازيل: تحليل المحتوى والسياق وأداء الفاعلين الاجتماعيين.

هدفت الدراسة إلى تحليل الظروف التي ظهرت فيها السياسة الصحية الوطنية للأشخاص ذوي الإعاقة في البرازيل، والعوامل التي تدعم أو تُعرقل تنفيذها من عام 2002 إلى عام 2018. ولتحقيق ذلك، جمعت الدراسة البيانات من مصدرين تمثلاً في تحليل الوثائق ذات الصلة، وسبع مقابلات مع مسؤولين

رئيسيين. وأظهرت النتائج أن تطوير وتنفيذ السياسات العامة التي تهدف إلى تأسيس وإعمال حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة يتسم بالتقدم والتراجع كنتيجة لتعاقب الحكومات وما يرافقها من تغيير في السياسة المرتبطة بها، وأكدت أن إقرار القوانين هو البداية، لكنه غير كافي لضمان رعاية صحية عادلة للأشخاص ذوي الإعاقة، فالسياق الاجتماعي الأوسع وحالة النظام الصحي في الدولة ضروريان من أجل استدامة قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الحصول على الرعاية الصحية، وتقليل الأثر الناتج عن تعاقب الحكومات ومحتوى السياسات المختلفة.

5. دراسة (Najafi et al., 2021) بعنوان:

**“Convention on the rights of persons with disabilities: Qualitative exploration of barriers to the implementation of articles 25 (health) and 26 (rehabilitation) in Iran”.**

اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة: الاستكشاف النوعي للحواجز التي تحول دون تنفيذ المادتين 25 (الصحة) و 26 (إعادة التأهيل) في إيران.

هدفت الدراسة إلى تحديد العوائق التي تحول دون تنفيذ المادتين 25 و 26 من الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في إيران. تم إجراء بحث منهجي عن الأدلة المنشورة بالتزامن مع إجراء مقابلات متعمقة وشبه منظمة مع 21 شخص تم اختيارهم باستخدام طريقة أخذ العينات الهادفة، حيث تم اختيار المشاركين الذين لديهم ما لا يقل عن خمس سنوات من الخبرة في صنع السياسات. كشفت الدراسة عن مجموعة كبيرة من المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في إيران تتمثل في ندرة الخدمات، ومشاكل التواصل بين المهنيين والمرضى ومقدمي الرعاية، بالإضافة إلى الحواجز التنظيمية وحواجز النقل، وخلصت الدراسة إلى أن الهياكل التنفيذية في الدولة لديها الكثير من المشاكل مع برامج الصحة والتأهيل لذوي الإعاقة، وأوصت بضرورة أن يغير صانعو السياسات رؤيتهم وإجراءاتهم اتجاه خدمات إعادة التأهيل

## 6. دراسة (Matin et al., 2021) بعنوان

### “Barriers in access to healthcare for women with disabilities”.

العوائق التي تحول دون حصول النساء ذوات الإعاقة على الرعاية الصحية.

هدفت الدراسة إلى مراجعة العوائق التي تحول دون وصول النساء ذوات الإعاقة إلى الرعاية الصحية على الصعيد الدولي من خلال إجراء مراجعة منهجية للدراسات النوعية، إذ حققت أربعة وعشرون دراسة معايير الاشتمال للمراجعة النهائية. أكدت الدراسة أن النساء ذوات الإعاقة لا يُواجهن فقط حواجز مالية ومادية أثناء محاولة الوصول إلى الرعاية الصحية، بل يُواجهن أيضاً سلوكيات تمييزية وغير محترمة من المهنيين الصحيين، وخلصت الدراسة إلى أن أنظمة الرعاية الصحية تحتاج إلى تدريب القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية على احترام خصوصية النساء، والاهتمام بتفضيلاتهم وخياراتهم وتوفير معاملة غير تمييزية ومحترمة.

## 7. دراسة (Pinto et al., 2021) بعنوان:

### “A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil-Are People with Disabilities Being Denied Their Right to Health?”.

مراجعة وطنية لإمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية في البرازيل - هل يُحرم الأشخاص ذوو الإعاقة من حقهم في الصحة؟

هدفت هذه الدراسة إلى تقديم تقييم وطني لإمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية في البرازيل، واعتمدت الدراسة على البيانات التي تم جمعها بشكل روتيني من نظام الصحة العامة البرازيلي حيثُ أُجرى تدقيق على جميع مرافق الرعاية الصحية الأولية البالغ عددها 38812 مرفقاً باستخدام استبيان منظم. النتيجة الرئيسية للدراسة هي أن الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية في البرازيل كان منخفضاً، وأن النتائج الأفضل كانت لصالح المرافق الموجودة في المناطق الحضرية، وهو ما يشير إلى وجود تفاوتات بين المناطق الريفية والحضرية في توفير المرافق الصحية، واعتبرت الدراسة ضعف إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية انتهاكاً لحقوقهم وفقاً للقوانين الدولية والبرازيلية، وأخيراً أكدت الدراسة على أهمية إجراء عمليات تدقيق لإمكانية الوصول بشكل روتيني لتسليط الضوء على المشكلات واستخدامها للعمل على تحسين إمكانية الوصول.

## 8. دراسة Bright & Kuper (2018) بعنوان:

**“A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries”.**

مراجعة منهجية للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العامة للأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

هدفت الدراسة إلى استكشاف وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، إذ تم إجراء مراجعة منهجية للأدبيات المنشورة التي قِيمت العلاقة بين الإعاقة والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية العامة، وقد تم تضمين دراسات تقارن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة مع الأشخاص غير المعاقين. وجدت عملية المراجعة أدلة تُفيد بأن استخدام خدمات الرعاية الصحية كان أعلى بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة، وأن الإنفاق على الرعاية الصحية كان أعلى لديهم، بالإضافة إلى وجود اختلافات بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في تدابير الوصول الأخرى، كما أكدت الدراسة أن توفير الوصول الجيد للأشخاص ذوي الإعاقة سيضمن الوفاء بحقوقهم ويساعد في تحقيق صحة جيدة لهم.

## 9. دراسة Rotarou & Sakellariou (2017) بعنوان:

**” Inequalities in access to health care for people with disabilities in Chile: the limits of universal health coverage”.**

عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة في تشيلي: حدود التغطية الصحية الشاملة.

هدفت الدراسة إلى استكشاف الاختلافات في الوصول إلى الرعاية الصحية بين التشيليين البالغين من ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة، واعتمدت الدراسة على تحليل البيانات المقطعية من المسح الوطني في تشيلي، حيث اشتملت على 7459 شخصاً مُعاقاً و68695 شخصاً بدون إعاقة. أظهرت الدراسة أن التغطية الصحية الشاملة لا تضمن الوصول إلى الخدمات الصحية دائماً، وأن التشيليين من ذوي الإعاقة أكثر عُرضة للإبلاغ عن مشاكل الوصول إلى المرافق الصحية حتى عند التحكم بالمتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية الأخرى، بالإضافة إلى ذلك أوردت الدراسة مجموعة من الصعوبات التي تواجه ذوي الإعاقة وتشمل صعوبة الحصول على موعد مع الطبيب، والوصول إلى المرفق الصحي، ودفع تكاليف العلاج، والحصول على الأدوية، وختاماً أوصت الدراسة الجهات المعنية بضرورة معالجة هذه الصعوبات.

10. دراسة Grills et al., (2017) بعنوان:

**“Access to services and barriers faced by people with disabilities”**

الوصول إلى الخدمات والحواجز التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة.

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير انتشار الإعاقة في منطقة دهرادون في الهند، ومقارنة الوصول في المجتمع بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين. تم إجراء مسح مقطعي على عينة من 2431 شخصاً بالغاً تم اختيارهم باستخدام تقنية أخذ العينات العنقودية العشوائية ذات المرحلتين. حددت الدراسة الإعاقات الأكثر شيوعاً وهي الإعاقة النفسية والإعاقة الحركية، كما أظهرت أن الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم وصول أقل بكثير إلى الخدمات من أولئك الذين ليس لديهم إعاقة، وأن العوائق التي تم الإبلاغ عنها في أغلب الأحيان ارتبطت بنقص المعلومات ووسائل النقل، وعدم إمكانية الوصول المادي.

11. دراسة Sakellariou & Rotarou (2017) بعنوان:

**“Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data”**

الوصول إلى الرعاية الصحية للرجال والنساء ذوي الإعاقة في المملكة المتحدة: تحليل ثانوي لبيانات مقطعية.

هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق في الاختلافات في الوصول إلى الرعاية الصحية بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير المعاقين في المملكة المتحدة، الهدف الآخر للدراسة هو فحص إذا ما كان هناك اختلافات بين الجنسين في الوصول إلى الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، حيث أُجري تحليل ثانوي لبيانات مقطعية مأخوذة من المسح الأوروبي للمقابلة الصحية وشملت العينة 12840 شخصاً من غير إعاقة و5236 من الأشخاص ذوي الإعاقة، وقد اشتملت طريقة المسح على المقابلات وجهاً لوجه والمقابلات الهاتفية. وأظهرت النتائج وصول أسوأ للأشخاص ذوي الإعاقة إلى الرعاية الصحية مع توضيح أن النقل والتكلفة وقوائم الانتظار الطويلة هي العوائق الرئيسية أمامهم، كما أبلغت النساء عن وصول أسوأ إلى الرعاية الصحية من الرجال. وأكدت الدراسة على أهمية استكشاف الأسباب الكامنة وراء سوء الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية مع الاعتراف بأهمية النوع الاجتماعي في أي استكشاف للوصول إلى الخدمات.

12. دراسة Mactaggart et al., (2016) بعنوان:

**“ Assessing health and rehabilitation needs of people with disabilities in Cameroon and India”.**

تقييم الاحتياجات الصحية وإعادة التأهيل للأشخاص ذوي الإعاقة في الكاميرون والهند.

هدفت الدراسة إلى تقييم تأثير الإعاقة على الوصول إلى الخدمات الصحية وإعادة التأهيل في الهند والكاميرون. تم إجراء دراسة الحالة والضوابط القائمة على السكان حيث تضمنت دراسة الحالة في الهند 508 حالة و337 حالة تحكم، بينما تضمنت دراسة الحالة في الكاميرون 429 حالة و274 حالة تحكم. بينت الدراسة أن الأشخاص ذوي الإعاقة يسعون إلى الحصول على الرعاية الصحية على قدم المساواة مع الأشخاص غير المعاقين، إلا أن الأشخاص ذوي الإعاقة أكثر عرضة للحالات الصحية الخطيرة في الهند والكاميرون، بالإضافة إلى أن عدد قليل من الأشخاص ذوي الإعاقة على دراية بوجود خدمات إعادة التأهيل على الرغم من وجود هذه الخدمات في مناطق إجراء الدراسة. ولضمان الوفاء بحقوق ذوي الإعاقة وتحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة في الهند والكاميرون أوصت الدراسة بضرورة العمل على تحسين الوعي بخدمات إعادة التأهيل بين الأشخاص ذوي الإعاقة.

13. دراسة Kuper et al., (2016) بعنوان:

**“Social protection for people with disabilities in Tanzania: a mixed methods study”.**

الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في تنزانيا: دراسة متعددة الأساليب.

هدفت الدراسة إلى تقييم الحاجة إلى برامج الحماية الاجتماعية بين الأشخاص ذوي الإعاقة مقارنة بالأشخاص الذين ليس لديهم إعاقات، ضمن ثلاث مقاطعات في دولة تنزانيا. استخدمت الدراسة نهجاً متعدد الأساليب، ووجدت أن الحاجة إلى برامج الحماية الاجتماعية أعلى بين الأشخاص ذوي الإعاقة مقارنةً بعامة السكان، إلا أن هذه الحاجة لم يُقابلها ارتفاع في الالتحاق بهذه البرامج، كما أنه كما أن حزم المزايا التي تقدم لذوي الإعاقة لم يتم تكييفها وفقاً لاحتياجاتهم. وخُصت الدراسة إلى أن هناك حاجة أكبر إلى إدماج ذوي الإعاقة في برامج الحماية الاجتماعية بما في ذلك خطط التأمين الصحي، نظراً لاحتياجاتهم الصحية المرتفعة ومستويات الفقر المرتفعة، وأوصت بتعديل خطط الحماية الاجتماعية الموجودة في تنزانيا لتحقيق ذلك.

**” Perceived barriers for accessing health services among individuals with disability in four African countries”**

العوائق الملحوظة أمام الوصول إلى الخدمات الصحية بين الأفراد ذوي الإعاقة في أربعة بلدان أفريقية.

هدفت الدراسة إلى تحديد حجم العوائق التي تحول دون تقديم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة، وقد تم إجراء مسح أسري على أساس السكان في كل من السودان وناميبيا وملاوي وجنوب أفريقيا، من خلال أخذ عينات عنقودية على مرحلتين في كل بلد بما مجموعه 9307 فرداً. أظهرت الدراسة أن العوائق الرئيسية الأربعة أمام ذوي الإعاقة في هذه البلدان الأربعة تمثلت في نقص وسائل النقل وتوافر الخدمات، وعدم كفاية الأدوية والمعدات، والتكاليف المرتفعة، أظهرت الدراسة أيضاً تبايناً في الحواجز المتصورة مما يعكس الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية بين هذه الدول، وخُصت إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يواجهون عوائق إضافية أمام الوصول إلى الرعاية الصحية، ويتطلب معالجة هذه العوائق اتباع نهج للصحة يُشدد على المساواة، ولتحقيق ذلك أوصت بمراجعة السياسات وتعديلها وفق الأدلة المستمدة من البحوث والممارسة.

15. دراسة Scheffler et al., (2015) بعنوان:

**” The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa”.**

تأثير متغيرات الخدمات الصحية على الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الحضرية منخفضة الموارد في جنوب كيب، جنوب إفريقيا.

هدفت هذه الدراسة النوعية إلى استكشاف كيفية تأثير تقديم الخدمة على الوصول إلى الرعاية الصحية للفئات الضعيفة بما في ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة في بيئة حضرية في جنوب إفريقيا. تم جمع البيانات من خلال إجراء مقابلات شبه منظمة مع المشاركين الذين تم تحديدهم باستخدام أسلوب أخذ العينات الهادف وكرة الثلج، حيث تم تحديد ثمانية من مستخدمي الرعاية الصحية العامة، وأربعة أشخاص توقفوا عن استخدام الرعاية الصحية. عُرضت النتائج وفقاً للأبعاد الخمسة للوصول على النحو المحدد في إطار عمل ACCESS من منظور مُقدم الرعاية، وكشفت الدراسة أن تنظيم الرعاية وفقاً لسياسات وإرشادات النظام الصحي للمقاطعة أدى إلى خدمات مُتاحة وميسورة التكلفة وكافية، إلا أن مقدمي

الخدمات واجهوا عقبات كبيرة في تقديم الخدمات، مما أثر على جودة الرعاية وضعف رضى المرضى وفقدان الثقة، وخلصت الدراسة إلى أن الأنظمة المتطورة يُمكن أن تخلق خدمات رعاية صحية أولية يمكن الوصول إليها وبأسعار معقولة، لكنها لا تُترجم تلقائياً إلى خدمات مناسبة ومقبولة من منظور المُستخدم. وللتغلب على ذلك، أوصت الدراسة بأن تتضمن طريقة تقديم الخدمات نهجاً يركز على المريض يشمل التواصل الجيد والاحترام المتبادل وعدم التمييز.

#### 16. دراسة (2014) Park بعنوان:

### “Disability and health service utilization among old Koreans”.

#### الإعاقة والاستفادة من الخدمات الصحية بين كبار السن الكوريين.

هدفت الدراسة إلى مقارنة استخدام الخدمات الصحية بين كبار السن من ذوي الإعاقة وكبار السن غير المعاقين، وفحص العوامل المرتبطة باستخدام الخدمات الداخلية في المستشفيات الكورية، اعتمدت الدراسة في منهجيتها على تحليل الدراسة الكورية الطولية للشيخوخة لعام 2008، وبلغت عينة الدراسة 5961 شخصاً تبلغ أعمارهم 55 عاماً أو أكثر. أظهرت الدراسة أن كبار السن من ذوي الإعاقة يستخدمون خدمات المستشفيات الداخلية أكثر من كبار السن الذين لا يُعانون من إعاقات، ولمتغير الجنس تأثير على الاستفادة من خدمات المستشفى، حيث لوحظ زيادة في الاستخدام بمقدار ضعف واحد للإناث عن الذكور، كما أشارت الدراسة إلى عدم وجود ارتباط بين الدخل واستخدام خدمات المستشفى الداخلية في كوريا نتيجة لتغطية التأمين الصحي الوطني لهذه الخدمات.

#### 4.4.2 التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال القراءة العلمية والمراجعة لكافة الدراسات السابقة يتضح للباحثة جملة من الجوانب التالية:

1. تمثلت أهداف الدراسات السابقة بتحديد وتقييم المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة عند محاولتهم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
2. تباينت المناهج المستخدمة في الدراسات السابقة، إلا أن معظمها قد اعتمد على المنهج الوصفي التحليلي كإطار لإعداد تلك الدراسات.
3. تنوعت الأدوات المستخدمة لجمع البيانات في الدراسات السابقة بين الاستبانة والمقابلات أو الجمع بينهما كأدوات بحثية لجمع البيانات من مصادرها الأولية.

4. تنوعت طبيعة البيئات التي تم تطبيق الدراسات عليها ما بين دول متقدمة ودول نامية، ومناطق حضرية وأخرى ريفية، بالإضافة إلى اختلاف طبيعة وخصائص العينات التي تم الاعتماد عليها وفقاً لطبيعة الدراسة وأهدافها.

#### 1.4.4.2 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

بالاعتماد على الاستنتاجات التي توصلت إليها الباحثة كنتيجة لمراجعة الدراسات السابقة المتنوعة، استطاعت الوقوف على مجموعة من الفوائد والتوجيهات التي استفادت منها في إطار الدراسة الحالية، حيث يُمكن إظهار تلك التوجيهات في الجوانب التالية:

1. استطاعت الباحثة عبر مراجعة الدراسات السابقة من الوقوف على المناهج البحثية التي استخدمتها تلك الدراسات، والتي شكّلت بدورها دليلاً إرشادياً لمنهجية الدراسة الحالية.
2. استطاعت الباحثة عبر مراجعة الدراسات السابقة من تحديد الأبعاد المختلفة لمفهوم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية واستخدامها في الدراسة الحالية.
3. استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد المراجع ذات الأهمية.
4. استفادت الباحثة من هذه الدراسات السابقة في بناء أداة الدراسة الراهنة، والتعرف على المعالجات الإحصائية التي تلزم لتحليل نتائج استجابات المبحوثين على بنودها.
5. شكّلت الدراسات السابقة قاعدة للبناء وتكوين الإطار المعرفي للدراسة الحالية.

#### 2.4.4.2 أوجه اتفاق واختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

1. شكّل المنهج المستخدم أحد جوانب الاتفاق مع الدراسات السابقة، حيث توافقت الدراسة الحالية مع تلك الدراسات في اعتمادها المنهج الوصفي التحليلي كمسار مُوجه للدراسة.
2. توافقت الدراسة الحالية مع ما سبقها من دراسات في اعتمادها أداة الاستبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات من ذوي الإعاقة وذويهم.
3. شكّلت عينة الدراسة من الأفراد ذوي الإعاقة أحد أوجه الاتفاق مع الدراسات السابقة.
4. يُعتبر تشخيص مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية أحد أوجه الاختلاف الجوهرية للدراسة الحالية مع ما سبقها من دراسات، كون سياق هذه الدراسة يتناول المعوقات في الإطار الفلسطيني التي ندر تناولها في الدراسات السابقة.
5. لقد شكّل الاختلاف في المشكلة البحثية سياقاً جعل هناك اختلافاً واضحاً في أهداف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة.

6. اختلفت طبيعة البيئة المستهدفة في إطار الدراسة الحالية عن تلك التي بحثت فيها الدراسات السابقة، وتمثلت في الاتحاد العام لذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم.

#### 3.4.4.2 ما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

تُشكل الدراسة الراهنة نطاقاً فكرياً حديثاً يتوافق مع اتجاهات المنظمات الدولية والمانحين في دعم فئة ذوي الإعاقة وتمكينهم من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية باعتبارهم من أكثر الفئات هشاشة في المجتمعات، وعليه فإن هذه الدراسة توافقت في مقوماتها مع جوانب التركيز الدولي على أمل الإسهام الفاعل في تقديم جوانب فكرية وموضوعية قد تميزها عما سبقها من دراسات، والتي يمكن تلخيصها في الجوانب التالية:

1. تُشكل الدراسة الراهنة إطاراً شاملاً لأبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، هذا الإطار يُشكل قاعدة بحثية يمكن الاعتماد عليها من قبل الباحثين الآخرين على المستويين المحلي والدولي.
2. تُقدم الدراسة الراهنة عرضاً تفصيلياً للجهود البحثية المختلفة التي أُجريت في مجال الوصول إلى الخدمات الصحية لذوي الإعاقة.
3. تناولت الدراسة الراهنة معيقات الوصول إلى الرعاية الصحية من منظور ذوي الإعاقة وهذا يعطي نتائج أفضل كون الأشخاص ذوي الإعاقة هم الأكثر معرفة باحتياجاتهم والأدري بالعوائق التي يتعرضون لها.
4. تميزت الدراسة الحالية في كونها تُعتبر الدراسة الأولى على المستوى المحلي التي تناولت تشخيص طبيعة المعوقات التي تُواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وفق إطار منظم يشمل الأبعاد الخمسة للوصول - في حدود علم الباحثة.
5. أضافت الدراسة الحالية إضافة نوعية إلى دراسات الإعاقة في فلسطين، وبالتالي شكلت قاعدة لاستكمال الجهود البحثية التي تم إجراؤها في هذا السياق.

## الفصل الثالث

### منهجية وإجراءات الدراسة

#### 1.3 المقدمة

يُعدّ الاعتماد على إجراءات منهجية دقيقة وموثوقة من العوامل المهمة والمُعززة لقوة المخرجات العلمية في الأبحاث والدراسات المختلفة، وقد حرصت الباحثة في هذه الدراسة على اتباع إجراءات منهجية تتماشى مع الأصول العلمية لتحقيق قوة العمل البحثي، مثل استخدام المنهج المناسب، وتحديد المجتمع البحثي وعينته، وإجراء اختبارات موثوقية الأداة المستخدمة في الدراسة والتي تضمنت اختبارات الصدق والثبات واختبار التوزيع الطبيعي، بالإضافة إلى استخدام كافة المعالجات الإحصائية اللازمة لإنجاز هذا العمل البحثي والتي تُسهم في تحقيق الهدف المنشود.

#### 2.3 منهج (أسلوب) الدراسة

يُشير منهج الدراسة إلى الأسلوب المُستخدم من قبل الباحثة في إتمام الدراسة البحثية، ويُعتبر الاختيار الدقيق للمنهج أساساً هاماً كونه يُشكل الطريق الواضح للكتابة العلمية، والمُحدد الأهم لطبيعة الأدوات التي يمكن للباحثة استخدامها والاعتماد عليها.

وفي هذا السياق فإن المناهج العلمية متنوعة ومتعددة، ويُمكن للباحثين اختيار الأنسب منها للظاهرة المبحوثة وهو ما يتطلب توافر شروط الاستخدام، إذ إن لكل منهج شروطه ومُحدداته المُختلفة أثناء

استخدامه لدراسة الظواهر البحثية، فالمناهج التجريبية تُعتبر الأنسب لدراسة الظواهر الطبيعية، فيما تُعتبر المناهج الوصفية هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العلوم الإنسانية، بينما يتم الاعتماد على المناهج التاريخية لدراسة تطور الوقائع (حزام، 2019)، وبما أن الظاهرة البحثية الراهنة ترتبط بالعلوم الإنسانية فقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي.

ويهتم المنهج الوصفي التحليلي بوصف الظاهرة كما هي على أرض الواقع بحيث يتفاعل معها بالوصف والتحليل في ضوء ما تجمع لدى الباحثة من معلومات، بهدف التوصل إلى تعميمات ذات معنى تزيد رصيد المعرفة بالظاهرة المدروسة (باتشيرجي، 2015).

### 3.3 مجتمع وعينة الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من الأشخاص ذوي الإعاقة (الحركية، السمعية، والبصرية) المُسجلين لدى الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم والبالغ عددهم (905) مُعاقاً. ولتمثيل مجتمع الدراسة اعتمدت الباحثة على العينة العنقودية، وهي أحد أشكال العينات الاحتمالية التي يتم فيها تقسيم مجتمع الدراسة إلى مجموعات تُسمى عناقيد (Clusters) (عابد، 2022). حيث قامت الباحثة باعتبار كل شكل من أشكال الإعاقة (حركية، سمعية، بصرية) بمثابة عنقود، وقامت بتحديد الوزن النسبي لكل شكل من أشكال الإعاقة في إطار مجتمع الدراسة الكلي، ومن ثم تم الوصول إلى المفردات داخل العناقيد بالاعتماد على تقنية الاختيار العشوائي لتصل إلى العدد الإجمالي لكل شكل وفقاً لنسبته من مجتمع الدراسة الكلي، وقد اعتمدت الباحثة في الاختيار العشوائي للعينة على برنامج الإكسل (Excel).

وقد تم حساب حجم العينة باستخدام معادلة Moore (2003) التالية:

$$(1) \quad n = \left( \frac{Z}{2m} \right)^2$$

حيث:

Z: القيمة المعيارية المقابلة لمستوى دلالة معلوم (مثلاً: Z=1.96 لمستوى دلالة  $\alpha = 0.05$ ).

m: الخطأ الهامشي: ويُعبّر عنه بالعلامة العشرية (مثلاً:  $\pm 0.05$ ).

يتم تصحيح حجم العينة في حالة المجتمعات النهائية من المعادلة:

$$\frac{nN}{N + n - 1} = n \text{ المُعَدَّل (2)}$$

حيث  $N$  تمثل حجم المجتمع، وباستخدام المعادلة (1) نجد أن حجم العينة يساوي:

$$n = \left( \frac{1.96}{2 \times 0.05} \right)^2 \cong 384$$

حيث أن مجتمع الدراسة  $N=905$ ، فإن حجم العينة المُعَدَّل باستخدام المعادلة (2) يساوي:

$$\square = \frac{384 \times 905}{905 + 384 - 1} = 270$$

وبذلك فإن حجم العينة المُناسب لهذه الدراسة يساوي (270) فرداً.

جدول 1.3: توزيع مجتمع وعينة الدراسة حسب نوع الإعاقة ونسبتها.

نوع الإعاقة	حجم المجتمع	نسبة الإعاقة من حجم المجتمع	حجم العينة
بصرية	125	0.1	37
حركية	600	0.7	179
سمعية	180	0.2	54
الإجمالي	905		270

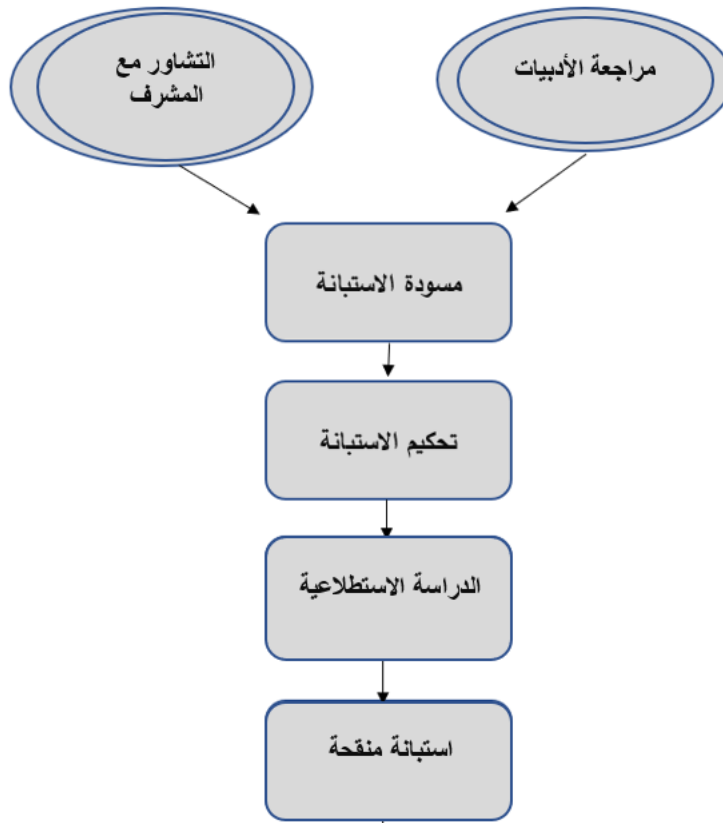
\* ما تم بالفعل الحصول عليه من استمارات مكتملة وصحيحة 225 وهي تشكل 83.3% من حجم العينة الأصلي 270، هذا وتعتبر نسبة الاسترداد البالغة (75%) كافية ويمكن الاعتماد عليها بقوة في تعميم نتائج الدراسة (شامية، 2019).

### 4.3 العينة الاستطلاعية

تُعتبر العينة الاستطلاعية أحد أهم الأدوات التي لجأت إليها الباحثة للتحقق من صلاحية أداة الدراسة، من خلال التحقق من صدق وثبات الأداة وحُلُوها من أية أخطاء قد تُعيق فهم المبحوثين لها، وقد تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية الحالية من (30) فرداً، والجدير بالذكر أن نتائج اختبارات الصدق والثبات المُستخلصة الواردة في القسم التالي من هذا الفصل تُشير إلى صلاحية الأداة المستخدمة، وبالتالي تم اعتماد هذا الجزء من العينة وإضافته إلى العينة الكلية.

### 5.3 خطوات بناء الاستبانة

اعتمدت الباحثة على مجموعة من الإجراءات للتكوين المُتماسك لمحتوى الأداة البحثية الهادفة إلى تحديد "مُعيقات وُصول الأشخاص ذُوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية"، حيث اتبعت الباحثة الإجراءات التالية للوصول إلى الشكل النهائي للأداة البحثية:



شكل 1.3: إجراءات بناء أداة الدراسة.

1. المسح المكتبي للأدبيات البحثية ذات الصلة بقضايا مُعيقات الوُصول إلى خدمات الرعاية الصحية، والاستفادة منها في بناء الفقرات الخاصة بأبعاد معيقات الوصول، ومن ثم تحديدها وتصنيفها في إطار كل بعد من أبعاد الدراسة.
2. عرض الاستبانة على المُشرفة للنقاش وإبداء الملاحظات، حيث تم تعديل المُحتوى بناءً على تلك الملاحظات وإخراج الصورة الأولية للأداة البحثية.
3. قامت الباحثة بعرض الأداة على مجموعة من المُحكِّمين ذُوي الاختصاص، بلغ عددهم (8) محكمين، ملحق رقم (1).

4. في ضوء آراء المُحكِّمين تم تعديل بعض فقرات الاستبانة من حيث الحذف أو الإضافة والتعديل، لتستقر الاستبانة في صورتها النهائية على (40) فقرة كما هو مبين في الملحق رقم (2).
5. قامت الباحثة بتطبيق الاستبانة على عينة الدراسة الاستطلاعية للتحقق من صدقها وثباتها، وفي ضوء نتائج العينة الاستطلاعية الموضحة في القسم اللاحق أصبحت الاستبانة جاهزة للاستخدام في الدراسة.

### 6.3 أقسام أداة الدراسة

**القسم الأول:** معلومات عامة: وهي عبارة عن العوامل الفردية للمبحوثين من ذوي الإعاقة الحركية والسمعية والبصرية، حيث تشمل (الجنس، العمر، مكان السكن، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، مستوى دخل الأسرة، طبيعة العمل، نوع بطاقة التأمين الصحي، المؤهل العلمي)، حيث تم وضع هذه المتغيرات كمتغيرات ضابطة لغاية اختبار الفروق في الاستجابات التي قد يرجع جزء منها إلى الاختلافات بين المستجيبين.

**القسم الثاني:** مجال الدراسة المتمثل بمُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ويتكون من (40) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسية:

جدول 2.3: توزيع أبعاد الاستبانة.

عدد الفقرات	أبعاد مجال الدراسة	
8	البُعد الأول: التوافر	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
8	البُعد الثاني: إمكانية الوصول	
8	البُعد الثالث: القبول	
8	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف	
8	البُعد الخامس: الملاءمة	
40	إجمالي محاور الاستبانة	

### 7.3 طريقة تصحيح الأداة (الاستبانة)

لتسهيل تفسير نتائج البحث وإصدار أحكام تستند إلى معايير حددت مسبقاً، استخدمت الباحثة مقياس ليكرت الخماسي (Likert Scale)، لتحديد مستويات موافقة الأفراد ذوي الإعاقة أو ذويهم على الأسئلة المطروحة أمامهم، حيث تتجه أعلى مستويات الموافقة نحو القيمة (5) والتي تُعبر عن أقصى مستوى

من مستويات الموافقة من قبل المبحوثين على الفقرة المعروضة عليهم، بينما تتخفض مستويات الموافقة إلى أدنى حُدودها عند القيمة (1)، وهو ما يعني أن الأشخاص المُستهدفين يتجهون نحو المُعارضة الشديدة للفكرة المطروحة أمامهم، وما بين القيمة (1) التي تُشير إلى أقصى درجات الرفض، والقيمة (5) التي تُشير إلى أقصى درجات الموافقة تُوجد مجموعة من القيم التي تأخذ تدرج من مستويات الموافقة وتتنسبها القيمة (3) التي تُعبر عن القيمة الحيادية، يعكس الجدول (3.3) درجات مقياس ليكرت الخماسي:

جدول 3.3: درجات المقياس.

1	2	3	4	5	مقياس ليكرت
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	مستوى الموافقة
أقل من 1.80	1.80 إلى 2.59	2.60 إلى 3.39	3.40 إلى 4.19	أكبر من 4.20	الوسط الحسابي

يوضح الجدول رقم (3.3) المستويات المختلفة للموافقة والرفض، حيث تدل المتوسطات الأقل من (1.80) على درجة منخفضة جداً من الموافقة أو درجة مرتفعة جداً من الرفض، والمتوسطات بين (1.80-2.59) تدل على درجة منخفضة من الموافقة أو درجة مرتفعة من الرفض، والمتوسطات بين (2.60-3.39) تدل على وجود درجة متوسطة من الموافقة أو حيادية تجاه الفقرة أو البعد أو المحور، فيما تدل المتوسطات بين (3.40-4.19) على وجود درجة مرتفعة من الموافقة أو درجة منخفضة من الرفض، والمتوسطات الأعلى من (4.20) تدل على وجود درجة مرتفعة جداً من الموافقة أو درجة منخفضة جداً من الرفض، يعكس هذا التقسيم تفاصيل استخدام مقياس ليكرت الخماسي في تصحيح أداة الدراسة.

### 8.3 صدق وثبات أداة الدراسة (الاستبانة)

يُعتبر الصدق والثبات أحد أهم المؤشرات التي يتم الاعتماد عليها في تقييم مستوى الجودة الخاصة بالأداة البحثية المستخدمة، إذ أن ارتفاع مستويات صدق وثبات تلك الأدوات يعني ارتفاع مستويات الثقة في الاعتماد عليها للاستخدام، ويُشير الصدق إلى قدرة الأداة التي تم تصميمها على تمثيل الظاهرة البحثية تمثيلاً صحيحاً، وبمعنى آخر أنها تقيس ما صممت لقياسه، أما الثبات فيشير إلى الاتساق في النتائج والتي يُمكن لباحثين آخرين الحصول عليها إذا ما تم إجراء هذا الاختبار في نفس الظروف وباستخدام

### 1.8.3 صدق المحتوى (صدق المحكمين) Trusties Validity :

قامت الباحثة بعرض الاستبانة على مجموعة من المُحكِّمين تألفت من (8) محكمين من ذوي الخبرة والاختصاص، كما يظهر في الملحق رقم (1)، لدراسة الاستبانة وإبداء وجهات النظر فيها، حيث قدموا مجموعة من الملاحظات الهامة التي أخذ جزءٌ منها الإطار العام والشكلي للأداة، والجزء الآخر تعلق بمضون الفقرات، وفي ضوء ذلك قامت الباحثة بإجراء التعديلات على الأداة البحثية لتستقر في صورتها النهائية كما يُظهره الملحق رقم (2).

### 2.8.3 صدق الاتساق الداخلي Internal Consistency :

يُعرف صدق الاتساق الداخلي بأنه "التجانس في أداء الفرد من فقرة لأخرى، أي اشتراك جميع فقرات المقياس في قياس خاصية معينة في الفرد" (أبو لبة، 1982)، وقد قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي للاستبانة بالاعتماد على حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات الأبعاد الخمسة والدرجة الكلية للبعد نفسه.

## نتائج صدق الاتساق الداخلي للبعد الأول: التوافر

يُوضح جدول رقم (4.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد "التوافر" والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05، وبذلك تعتبر جميع فقرات بعد التوافر صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

جدول 4.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد التوافر والدرجة الكلية للبعد.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	القيمة	الْبُعد الأول: التوافر
0.002	0.633**	1	تُخصص مرافق الرعاية الصحية أماكن لذوي الإعاقة بهدف تسهيل حصولهم على الخدمة الطبية.
0.001	0.936**	2	توفر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة مثل (العصا - عكازات - كرسي متحرك - أجهزة مساعدة للسمع...) لتسهيل وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية.
0.001	0.865**	3	تُوفر مرافق الرعاية الصحية خدمات التأهيل بشكل مستدام لتعزيز كفاءة خدمات الرعاية الصحية الخاصة بذوي الإعاقة.
0.001	0.788**	4	تحرص إدارة المرافق الصحية على توفير الخدمات الصحية لذوي الإعاقة بالوقت المناسب بحيث لا يضطرون إلى قضاء فترات طويلة من الحجز والانتظار للحصول عليها.
0.001	0.877**	5	تُوفر المرافق الصحية خدمات الدعم النفسي لذوي الإعاقة بشكل مُستدام.
0.014	0.525*	6	تتوفر لذوي معلومات كافية حول خدمات ومرافق الرعاية الصحية المنتشرة.
0.001	0.877**	7	تُوفر مرافق الرعاية الصحية كوادر طبية تخصصية للتعامل مع حالات الإعاقة التي تحتاج إلى مهارات خاصة.
0.015	0.523*	8	تتوفر الأدوية والمستلزمات الطبية الخاصة بذوي الإعاقة في مرافق الرعاية الصحية بشكل دائم.

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. \*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

## نتائج صدق الاتساق الداخلي للبعد الثاني: إمكانية الوصول

يوضح جدول رقم (5.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد "إمكانية الوصول" والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05، وبذلك تعتبر جميع فقرات بُعد إمكانية الوصول صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

جدول 5.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد إمكانية الوصول والدرجة الكلية للبعد.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	البعد الثاني: إمكانية الوصول
0.035	0.462*	1 تتميز فقرات تقديم خدمات الرعاية الصحية بامتلاكها لتجهيزات تتلاءم مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة.
0.037	0.433*	2 أمتلك الأوراق الثبوتية اللازمة (بطاقة صحة، جواز سفر. الخ) التي تمكنني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
0.001	0.864**	3 تتسم عملية التسجيل لدى وزارة الصحة بالبساطة بما يُسهل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
0.001	0.844**	4 تتوفر خدمات الرعاية الصحية بأماكن قريبة يسهل الوصول إليها من قبل ذوي الإعاقة.
0.001	0.735**	5 أمتلك المعرفة الكافية بأماكن تقديم الخدمات أو الدعم أو الأشخاص المخولين للمساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
0.001	0.798**	6 تتوفر وسائل نقل خاصة تسهل إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
0.001	0.670**	7 تتسم عملية تنقلي إلى مرافق الرعاية الصحية خارج المنزل بخلوها من المخاطر التي تمنعني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
0.001	0.858**	8 أستطيع الوصول إلى أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية بوقت قصير.

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. \*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

## نتائج صدق الاتساق الداخلي للبعد الثالث: القبول

يُوضح جدول رقم (6.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد "القبول" والدرجة الكلية للبعد نفسه، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05، وبذلك تعتبر جميع فقرات البعد الثالث صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

جدول 6.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد القبول والدرجة الكلية للبعد.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	القبول الثالث: البعد	
0.001	0.666**	تتناسب خدمات الرعاية المقدمة في المرافق الصحية والاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة.	1
0.003	0.613**	تُوفّر مرافق الرعاية الصحية خدمات تتسم بالجودة المقبولة لذوي الإعاقة.	2
0.004	0.605**	تُقدم المرافق الصحية خدمات تخصصية ذات صلة وثيقة بخصوصية الحالة الصحية الخاصة بذوي الإعاقة.	3
0.001	0.748**	تتناسب التجهيزات الخاصة بمرافق الرعاية الصحية مع طبيعة الاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة.	4
0.029	0.475*	يتم احترام خصوصية الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية.	5
0.008	0.566**	تتسم الطواقم الطبية العامة بالمرافق الصحية بحسن التصرف وإظهار الدعم للمعاق وأسرته.	6
0.001	0.730**	أشعر بالراحة في أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية.	7
0.001	0.662**	يُعتبر إشراك ذوي الإعاقة في اتخاذ القرار العلاجي الخاص بهم من الأسباب التي تُشجعهم على الذهاب لتلقي خدمات الرعاية الصحية.	8

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. \*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

## نتائج صدق الاتساق الداخلي للبعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف

يُوضح جدول رقم (7.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد "القدرة على تحمل التكاليف" والدرجة الكلية للبعد نفسه، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبيّنة دالة عند مستوى دلالة 0.05، وبذلك تعتبر جميع فقرات البعد الرابع صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

جدول 7.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد القدرة على تحمل التكاليف والدرجة الكلية للبعد.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	البعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
0.001	0.785**	1 تتوافر مراكز تقديم خدمات الرعاية الصحية بأماكن قريبة من مكان الإقامة مما يسهم بتخفيض تكلفة الوصول إليها.
0.001	0.666**	2 تتسم التكلفة المنخفضة لخدمات الرعاية الصحية بتناسبها مع قدرتي في الحصول عليها.
0.001	0.882**	3 تُعتبر تكلفة المواصلات المنخفضة أحد العوامل التي تُعزز من إمكانية وصولي إلى مرافق الرعاية الصحية.
0.001	0.899**	4 تُسهم قدرتي على الذهاب لتلقي الخدمة الصحية دون مرافقة على ثبات تكلفة وصولي إليها.
0.001	0.819**	5 تتسم تكلفة شراء العلاج غير المتوفر في المرافق الصحية والتي يقيد بها الطبيب المعالج في الوصفة العلاجية بتناسبها مع إمكانياتي المالية.
0.001	0.715**	6 تُوفر مرافق خدمات الرعاية الصحية الأدوية المجانية التي تدفعني إلى الذهاب لتلقي خدمة الرعاية الصحية بتلك المرافق.
0.003	0.611**	7 تُوفر بطاقة التأمين تغطية للخدمات الطبية، حيث تكون معظم الخدمات مجانية.
0.005	0.587**	8 تُوفر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة.

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. \*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

## نتائج صدق الاتساق الداخلي للبعد الخامس: الملاءمة

يوضح جدول رقم (8.3) معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد "الملاءمة" والدرجة الكلية للبعد، والذي يبين أن معاملات الارتباط المُبينة دالة عند مستوى دلالة 0.05، وبذلك تعتبر جميع فقرات البعد الخامس صادقة ومتسقة لما وضعت لقياسه.

جدول 8.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الملاءمة والدرجة الكلية للبعد.

القيمة الاحتمالية (Sig.)	معامل بيرسون للارتباط	القيمة الاحتمالية	المعامل	القيمة الاحتمالية
0.001	0.702**	1	تتسم تصميمات المباني بتناسبها مع احتياجات ذوي الإعاقة في الحصول على خدمة الرعاية الصحية.	0.001
0.012	0.540*	2	تُلبي التجهيزات داخل المرافق الصحية العامة احتياجات ذوي الإعاقة في الحصول على خدمة صحية مناسبة.	0.012
0.001	0.715**	3	تتمتلك الطواقم الصحية العاملة بالمرافق العامة المهارات الفنية الملائمة للتعامل مع ذوي الإعاقة.	0.001
0.001	0.761**	4	تتناسب الأجهزة الطبية المتوفرة في مرافق تقديم الخدمة مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة.	0.001
0.001	0.648**	5	تتلاءم مهارات التواصل التي تتمتع بها الطواقم الطبية العاملة بمرافق الرعاية الصحية للتعاطي مع ذوي الإعاقة.	0.001
0.001	0.877**	6	تتلاءم سياسات ووزارة الصحة مع حقوق واحتياجات ذوي الإعاقة	0.001
0.001	0.721**	7	تتفق الاتجاهات المعلنة من قبل الجهات الرسمية المتعلقة بتوفير احتياجات ذوي الإعاقة وما يتم تقديمه فعلاً في مراكز الرعاية الصحية.	0.001
0.001	0.670**	8	تُقدم مرافق الرعاية الصحية خدماتها لذوي الإعاقة بدون تمييز.	0.001

\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05. \*\* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

### 3.8.3 صدق الاتساق البنائي:

يُبين جدول رقم (9.3) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمجال، ويتضح من الجدول أن معاملات الارتباط في جميع الأبعاد دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01، مما يؤكد أن الأبعاد تتسق في قياس ما يقيسه مجال (معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية)، وعليه تعتبر الأداة صادقة ومُنسقة لما وضعت لقياسه.

جدول 9.3: معامل الارتباط بين درجة كل بعد من مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) والدرجة الكلية للمجال نفسه.

مستوى الدلالة	قيمة معامل ارتباط بيرسون	أبعاد الدراسة	
0.001	0.668**	البُعد الأول: التوافر	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
0.001	0.889**	البُعد الثاني: إمكانية الوصول	
0.001	0.827**	البُعد الثالث: القبول	
0.001	0.902**	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف	
0.001	0.739**	البُعد الخامس: الملاءمة	

\*\*الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

### 4.8.3 ثبات الاستبانة:

ثبات الاستبانة يعني الاستقرار في نتائج الاستبانة وعدم تغيرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على الأفراد خلال فترات زمنية معينة وتحت نفس الظروف، وقد تحققت الباحثة من معامل ثبات استبانة الدراسة بطريقتين هما: طريقة ألفا كرونباخ (Cronbach Method) وطريقة التجزئة النصفية (Alpha Coefficient)، وكانت النتائج تدل على ثبات عالي كما هي مبينة في جدول رقم (10.3).

جدول 10.3: نتائج مؤشرات الثبات لمتغيرات الدراسة.

التجزئة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	أبعاد الدراسة
0.950	0.917	8	البُعد الأول: التوافر
0.872	0.857	8	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
0.836	0.822	8	البُعد الثالث: القبول
0.889	.8810	8	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
0.864	.8780	8	البُعد الخامس: الملاءمة
0.910	0.893	40	المجال: معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية

أولاً: نتيجة ثبات الاستبانة باستخدام معامل ألفا كرونباخ

يُعتبر معامل ألفا كرونباخ الأنسب لقياس الثبات في البيانات عند استخدام مقياس ليكرت، وتتراوح قيمة معامل ألفا كرونباخ بين (0-1)، كلما اقتربت قيمته من 1 زاد الاتساق الداخلي لفقرات أداة الدراسة، واتضح تجانس المقياس، وعندما يكون المقياس متجانساً فإن كل فقرة فيه تقيس نفس العوامل العامة التي يقيسها المقياس (Taherdoost, 2016)، وكما تُظهر النتائج الموضحة في الجدول رقم (10.3) أعلاه، فإن جميع قيمة معامل ألفا كرونباخ لكافة الأبعاد في إطار مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية كانت مُرتفعة، إذ أنه وفقاً لهذا الطريقة فقد تراوحت بين (0.822) للبُعد الثاني "القبول"، و(0.917) للبُعد الأول "التوافر"، وعلى مستوى المجال الكلي الخاص بمُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية فقد بلغت قيمة معامل الثبات (0.893)، وتُشير جميع النتائج السابقة إلى وجود درجة مرتفعة من الثبات في البيانات التي تم جمعها، مما يؤكد على ثبات الأداة وصلاحيتها للاستخدام.

ثانياً: نتيجة ثبات الاستبانة باستخدام طريقة التجزئة النصفية:

يتم قياس الثبات في البيانات باستخدام طريقة التجزئة النصفية حيث تعتمد هذه الطريقة على تجزئة الفقرات المُراد قياس الثبات لها إلى نصفين، ومن ثم يتم حساب معامل الارتباط بين النصفين، النصف الأول يضم الفقرات الفردية، والنصف الثاني يضم الفقرات الزوجية (Fery, 2018)، ومن ثم يتم تعديله باستخدام معادلة سبيرمان براون (Spearman-Brown). ومن خلال الجدول رقم (10.3) يتضح أن معامل الارتباط المعدل باستخدام معادلة سبيرمان براون للتجزئة النصفية لمجال الدراسة الخاص بمُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية قد بلغ (0.910)، مما يؤكد على ثبات وصلاحية الأداة، وبذلك تكون الاستبانة في صورتها النهائية قابلة للتوزيع، الملحق رقم (2).

### 9.3 اختبار التوزيع الطبيعي

تم استخدام اختبار كولموجوروف-سمرنوف (K-S) Kolmogorov-Smirnov Test لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مُبينة في جدول رقم (11.3).

جدول 11.3: نتائج نتائج اختبار التوزيع الطبيعي.

المعنوية Sig.	كولموجوروف-سمرنوف K-S	عدد الفقرات	أبعاد الدراسة
0.140	0.100	8	البُعد الأول: التوافر
0.061	0.119	8	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
0.200	0.070	8	البُعد الثالث: القُبول
0.133	.1140	8	البُعد الرابع: القُدرة على تحمل التكاليف
0.068	61.10	8	البُعد الخامس: المُلاءمة
0.200	0.064	40	المتغير: معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية

تظهر النتائج الموضحة في جدول (11.3) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) لجميع أبعاد الدراسة كانت أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبذلك فإن توزيع البيانات لهذه الأبعاد يتبع التوزيع الطبيعي، وعليه سيتم استخدام الاختبارات المعلمية البراميتريّة للإجابة عن تساؤلات وفرضيات الدراسة.

### 10.3 جَمع البيانات

اعتمدت الباحثة على أداة الاستبانة لجمع البيانات من الأشخاص ذوي الإعاقة (الحركية، السمعية، والبصرية) المسجلين لدى الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، وذلك بعد تحديد حجم المجتمع وتمثيله باستخدام العينة العنقودية ذات المرحلة الواحدة التي تم الوصول إلى مفرداتها من خلال تطبيق إجراء أخذ العينات العشوائية البسيطة، حيث قامت الباحثة بحصر مجتمع الدراسة البالغ عدده 905 من الأشخاص ذوي الإعاقة (الحركية، السمعية، والبصرية) المُسجلين لدى الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، حيث قامت الباحثة باعتبار كل شكل من أشكال الإعاقة (حركية، سمعية، بصرية) بمثابة عنقود، وقامت بتحديد الوزن النسبي لكل شكل من أشكال الإعاقة في إطار مجتمع الدراسة الكلي، وبعد الحصول على اعداد كل شكل وفقاً لنسبة انتشارها بين مجتمع الدراسة باعتبار كل شكل منها بمثابة عنقود قامت بالوصول إلى المفردات داخل العناقيد بالاعتماد على تقنية الاختيار العشوائي لتصل إلى العدد الإجمالي كل شكل وفقاً لنسبته من مجتمع الدراسة الكلي، ومن ثم تجميع هذه الاختيارات لتحصل على العينة الإجمالية.

ونظراً لعدم تواجد الأشخاص ذوي الإعاقة في مقر الاتحاد بشكل دوري، تم تصميم استبانة إلكترونية، وقد أرسلت للأشخاص ذوي الإعاقة أو ذويهم في إطار قاعدة بيانات الاتحاد، وتعاون مع الباحثة في هذه المرحلة مساعد باحث، وبعد إتمام عملية إرسال الاستبانة قام فريق البحث بالاتصال بأفراد العينة، لتوضيح هدف الاستبانة ومحتواها والغرض منها والفوائد المتوقعة من الدراسة، كما تم إبلاغهم بأن المشاركة طوعية وليس لها أي تأثير على تلقي الخدمات في الوقت الحاضر أو في المستقبل. بالإضافة إلى ذلك، تم إبلاغهم بأن الباحثة متواجدة في مقر الاتحاد في الفترة 2023/3/23 إلى 2023/4/8 لمساعدة من يرغب في المشاركة ويستطيع الحضور خلال تلك الفترة، وعلى إثره أُجري 24 استطلاع داخل مقر الاتحاد باستخدام أسلوب المقابلة القائمة على الاستبيان، وقد تعاون مع الباحثة في ذلك مترجم للغة الإشارة للقيام بعملية الترجمة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية، إذ قام الاتحاد بتوفيره كمساهمة منه في إنجاح العمل البحثي.

بدأت عملية جمع البيانات بتاريخ 2023/3/23، واستمرت على مدار أسبوعين لإتاحة الوقت الكافي للمستجيبين. وبدأ تحليل البيانات بعد إغلاق الاستطلاع بتاريخ 2023/4/8، حيث تم تصدير بيانات الاستطلاع إلى برنامج (SPSS-v.26)، وبعد ذلك تم جدولة الإجابات وتحليلها وتفسيرها باستخدام الأدوات الإحصائية المناسبة.

### 1.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل

أُجري التحليل على 225 استبانة صالحة لأغراض التحليل باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences-SPSS V.26)، حيث تم الاعتماد على استخدام الاختبارات الإحصائية المتنوعة والتي يتم توضيحها في الجدول التالي:

جدول 12.3: الاختبارات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الاختبار المستخدم	مكونات الاختبار
اختبارات لقياس الصدق متغيرات الدراسة	صدق الاتساق الداخلي من خلال (معامل ارتباط بيرسون). الصدق البنائي من خلال (معامل ارتباط بيرسون).
اختبارات لقياس الثبات متغيرات الدراسة	طريقة كرونباخ ألفا. طريقة التجزئة النصفية.
اختبارات لقياس التحليل الوصفي لمتغيرات (أبعاد ومجال الدراسة)	الجداول التكرارية والنسب المئوية. الوسط الحسابي. الوزن النسبي.

الاختبار المستخدم	مكونات الاختبار
	<p>الانحراف المعياري.</p> <p>اختبار ت لعينة واحدة (One Sample T-test) لاختبار متوسطات الإجابات لأبعاد ومحاور الاستبانة حول القيمة (3) التي تعبر عن الدرجة المتوسطة. الأشكال البيانية.</p>
اختبار فرضيات الفروق	<p>تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاختبار الفروق بين متغيرات الدراسة واختبار فرضيات الدراسة.</p> <p>اختبار (Independent Samples T-test) لاختبار الفروق بين متغيرات الدراسة واختبار فرضيات الدراسة، ويستخدم للمقارنة بين مجموعتين مستقلتين.</p>

## الفصل الرابع

### تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة

#### 1.4 المقدمة

تُعتبر نتائج الدراسة المُوجه الأهم للباحثة في قبول أو رفض الفرضيات والإجابة عن التساؤلات البحثية، وبالتالي تمكينها من الوصول إلى أهداف الدراسة النهائية. يتضمن هذا الفصل عرضاً لتحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة، واستعراض أبرز نتائج الاستبانة والتي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، والوقوف على وصف العوامل الفردية التي اشتملت على (الجنس، العُمر، مكان السكن، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، مستوى دخل الأسرة، طبيعة العمل، نوع بطاقة التأمين الصحي، المؤهل العلمي)، هذا بالإضافة إلى وصف واقع المتغيرات البحثية المتمثلة بمُعوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم، كما ويتضمن هذا الفصل إجراء الاختبارات المناسبة لفرضيات الدراسة، وقد تم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

## 2.4 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة

### 1.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الشخص الذي يُجيب عن الأسئلة:

يُوضح الجدول (1.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الشخص الذي يُجيب عن الأسئلة، حيث يظهر أن نسبة (55.6%) من الذين أجابوا على أداة الدراسة هم الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم، و (44.4%) كانوا من أسرة الشخص ذو الإعاقة.

جدول 1.4: توزيع متغير الشخص الذي يُجيب عن الأسئلة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	الشخص الذي يُجيب عن الأسئلة
55.6	125	الشخص الذي يعاني من الإعاقة
44.4	100	أحد أفراد الأسرة
100.0	225	الإجمالي

### 2.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير علاقة المجيب بالشخص المعاق:

يوضح الجدول (2.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير علاقة المجيب بالشخص المعاق وذلك عند إجابة أحد أفراد أسرة الشخص ذو الإعاقة على أداة الدراسة، ويظهر أن 46% منهم كانوا على قرابة بصفة (أب/ أم) للشخص المعاق، بينما أخذ ما نسبته 27% منهم على قرابة بصفة (أخ/ أخت)، فيما استحوذ ما نسبته 15% على صفة (زوج/ زوجة)، وأخيراً فقد استحوذ ما نسبته 12% منهم على صفة (ابن/ ابنة) للشخص المعاق.

جدول 2.4: توزيع متغير علاقة المجيب بالشخص الذي يُعاني من الإعاقة (عند إجابة أحد أفراد أسرة الشخص المعاق على أداة الدراسة) على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	علاقة المجيب بالشخص الذي يُعاني من الإعاقة
46.0	46	أب/ أم
27.0	27	أخ/ أخت
15.0	15	زوج/ زوجة
12.0	12	ابن/ ابنة
100.0	100	الإجمالي

### 3.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس:

يوضح الجدول رقم (3.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس للشخص الذي يُعاني من الإعاقة، حيث يتضح أن (57.8%) من الأشخاص ذوي الإعاقة هم من الذكور، بينما شكل الإناث ما نسبته (42.2%) منهم.

جدول 3.4: توزيع متغير جنس الشخص الذي يُعاني من الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	الجنس
57.8	130	ذكر
42.2	95	أنثى
100.0	225	الإجمالي

### 4.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير عُمر الشخص الذي يُعاني من الإعاقة:

يوضح الجدول (4.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير عُمر الشخص الذي يُعاني من الإعاقة حيث يتضح أن 36% من المبحوثين تتراوح أعمارهم من (25 إلى أقل من 35 سنة)، وهي الفئة التي استحوذت على الوزن النسبي الأكبر بين المبحوثين، واستحوذت الفئة (45 سنة فأكثر) على وزن نسبي بلغ 19.1%، تلاها الفئة العمرية (18 إلى أقل من 25) بوزن نسبي بلغ 16.9%، فيما استحوذت الفئة العمرية (أقل من 18) عاماً على وزن نسبي بلغ 14.2%، أما الفئة العمرية (35 إلى أقل من 45) سنة فقد استحوذت على وزن نسبي بلغ 13.8%.

جدول 4.4: توزيع متغير عُمر الشخص الذي يُعاني من الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	العمر
36.0	81	25 إلى أقل من 35 سنة
19.1	43	45 سنة فأكثر
16.9	38	18 إلى أقل من 25
14.2	32	أقل من 18
13.8	31	35 إلى أقل من 45 سنة
100.0	225	الإجمالي

\*متوسط الاعمار يقع بالفئة الثالثة من 25-أقل من 35 سنة

#### 5.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير مكان السكن:

يوضح الجدول (5.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مكان السكن، حيث يتضح أن النسبة الأكبر من أفراد العينة يسكنون القرى وبنسبة (51.6%)، تلاها السكن في المدن بنسبة (38.2%)، بينما استحوذ السكن في المخيم على المرتبة الأخيرة وبنسبة (10.2%).

جدول 5.4: توزيع متغير مكان سكن الشخص ذو الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	مكان السكن
51.6	116	قرية
38.2	86	مدينة
10.2	23	مخيم
100.0	225	الإجمالي

#### 6.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع الإعاقة:

يوضح الجدول (6.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع الإعاقة، حيث يتضح أن الإعاقة الحركية حازت على النسبة الأكبر بين أنواع الإعاقة المشمولة في الدراسة وبوزن نسبي بلغ (64.9%)، بينما احتلت الإعاقة السَمعية المرتبة الثانية وبوزن نسبي بلغ (20.4%)، والإعاقة البصرية المرتبة الأخيرة بين المبحوثين وبوزن نسبي بلغ (14.7%).

جدول 6.4: توزيع متغير نوع الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	نوع الإعاقة
64.9	146	حركية
20.4	46	سَمعية
14.7	33	بصرية
100.0	225	الإجمالي

#### 7.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير سبب الإعاقة:

يوضح الجدول (7.4) توزيع أفراد مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير سبب الإعاقة، حيث يتضح أن النسبة الأكبر من مسببات الإعاقة ارتبطت بالولادة وشكلت ما نسبته (32%) من أفراد العينة، بينما احتلت العوامل الوراثية المرتبة الثانية من حيث مسببات الإعاقة وبوزن نسبي بلغ (29.8%)، فيما شكلت الحالات المرضية المُسبب الثالث للإعاقة وبوزن نسبي بلغ (18.2%)، أما الحوادث كأحد مسببات الإعاقة فقد احتلت المرتبة الرابعة وبوزن نسبي بلغ (17.3%)، وجاء في المرتبة الأخيرة المُسببات الأخرى بوزن نسبي بلغ (2.7%).

جدول 7.4: توزيع متغير سبب الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	سبب الإعاقة
32.0	72	أثناء الولادة
29.8	67	وراثية
18.2	41	مرضية
17.3	39	حوادث
2.7	6	أخرى (اعتداء إسرائيلي، شظايا، اعتقال. الخ)
100.0	225	الإجمالي

#### 8.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير مستوى الدخل:

يُوضح الجدول (8.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير مستوى الدخل، حيث يتضح أن 39.1% من أفراد عينة الدراسة ينحصر مستوى دخل أسرهم في إطار الفئة (1700 إلى أقل من 2700 شيقل)، وجاءت الفئة (أقل من 1700 شيقل) بوزن نسبي بلغ 39.1%، بينما جاءت الفئة (2700 فأكثر) في المرتبة الأخيرة وبوزن نسبي بلغ ما نسبته 21.8%.

جدول 8.4: توزيع متغير مستوى الدخل على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	مستوى الدخل
39.1	88	أقل من 1700 شيقل
39.1	88	1700 إلى أقل من 2700 شيقل
21.8	49	2700 شيقل فأكثر
100.0	225	الإجمالي

#### 9.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير طبيعة العمل:

يوضح الجدول (9.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير طبيعة العمل، حيث يتضح أن النسبة الأكبر من أفراد العينة بدون عمل وقد بلغت نسبتهم (30.2%)، وقد انقسمت هذه النسبة ما بين (14.2%) ما دون سن 18 عام كأطفال و(16.2%) ممن هم فوق 18 عاماً. بينما يعمل ما نسبته (24%) منهم في القطاع الخاص، أما العاملون في القطاع الأهلي فقد بلغت نسبتهم (18.7%)، واستحوذ القطاع الحكومي على ما نسبته (16%) كمشغل لذوي الإعاقة، وأخيراً بلغ الوزن النسبي للعاملين من ذوي الإعاقة كأصحاب مشاريع خاصة (11.1%).

جدول 9.4: توزيع متغير طبيعة العمل للشخص ذو الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	طبيعة العمل
30.2	68	بدون عمل
24.0	54	موظف قطاع خاص
18.7	42	موظف قطاع أهلي
16.0	36	موظف قطاع عام
11.1	25	صاحب مشروع
100.0	225	الإجمالي

#### 10.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع بطاقة التأمين الصحي:

يوضح الجدول (10.4) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع بطاقة التأمين الصحي، حيث يتضح أن النسبة الأكبر من أفراد العينة يمتلكون تأمين صحي حكومي، وبوزن نسبي بلغ (91.1%)، بينما يمتلك (4.9%) منهم بطاقة تأمين خاص، ويمتلك ما نسبته (1.3%) منهم بطاقات تأمين تابعة لمنظمات أهلية.

وينبغي الإشارة إلى أن الإتحاد العام لذوي الإعاقة يتولى مسؤولية تسليم بطاقات التأمين الصحي المجاني لذوي الإعاقة، ولذلك، فإن غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة المسجلين لدى الإتحاد هم أشخاص قد حصلوا على هذه البطاقة، وهو ما يفسر النسبة المرتفعة لتغطية التأمين الصحي الحكومي بين أفراد عينة الدراسة.

جدول 10.4: توزيع متغير نوع بطاقة التأمين الصحي على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	نوع بطاقة التأمين الصحي
93.8	211	حكومي
4.9	11	خاص
1.3	3	أهلي
100.0	225	الإجمالي

#### 11.2.4 توزيع أفراد عينة تبعاً لمتغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة:

يوضح الجدول (11.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة، حيث يتضح أن النسبة الأكبر من أفراد العينة يمتلكون معرفة محدودة باستحققاتهم القانونية، وبوزن نسبي بلغ (39.1%)، بينما لا يمتلك (37.3%) منهم أي معرفة باستحققاتهم القانونية، فيما يمتلك ما نسبته (23.6%) فقط مثل تلك المعرفة بهذه الاستحقاقات.

جدول 11.4: توزيع متغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	المعرفة بالاستحقاقات القانونية
39.1	88	معرفتي محدودة بتلك الاستحقاقات
37.3	84	لا علم لدي
23.6	53	أعرف
100.0	225	الإجمالي

#### 12.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي:

يوضح الجدول (12.4) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، حيث يتضح أن النسبة الأكبر من أفراد العينة هم من حملة المؤهل العلمي الابتدائي ونسبة (30.2%)، أما حملة شهادة الثانوية فيشكلون ما نسبته (27.1%) من أفراد العينة، بينما يُشكل حملة الشهادة الجامعية ما نسبته (23.1%)، بينما جاءت فئة الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة في المرتبة الأخيرة ويُشكلون ما نسبته (19.6%). وعليه يمكن القول أن الأفراد ذوي الإعاقة يميلون إلى إنهاء مراحل التعليم الدنيا وهو ما قد يؤثر إلى وجود معيقات كبيرة أمام تحصيلهم العلمي.

جدول 12.4: توزيع متغير المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة على عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	المؤهل العلمي
30.2	68	ابتدائي
27.1	61	ثانوي
23.1	52	جامعي
19.6	44	أُمي
100.0	225	الإجمالي

#### 3.4 تحليل نتائج معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية

يعرض هذا القسم تحليل نتائج المجال الثاني في أداة الدراسة "مجال معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية" بأبعاده الخمسة: التوافر، إمكانية الوصول، القبول، الملاءمة، والقدرة على تحمل التكاليف، وقد تكون كل بعد من ثماني فقرات، ولتحليل هذه الفقرات تم استخدام الاختبارات المعلمية (اختبار T لعينة واحدة) لمعرفة متوسطات درجات الاستجابة.

##### 1.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبُعد الأول "التوافر":

فيما يلي عرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البُعد الأول المتمثل بـ "التوافر" والذي يندرج تحت مجال "معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية"، حيث تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من فقرات هذا البُعد، ومن ثم تم حساب المتوسط العام والانحراف المعياري للدرجة الكلية للبعد، كما تم التحقق من مساواة متوسطات الإجابة على فقرات البعد للقيمة (3) التي تُعبر عن الدرجة الحيادية باستخدام اختبار (One Sample T-Test)، والجدول رقم (15.4) يوضح نتائج التحليل.

جدول 13.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعء التوافر.

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البعء الأول: التوافر	
قليلة	8	0.001	-7.83	48.36	1.12	2.42	تُوفّر المرافق الصحية خدمات الدعم النفسي لذوي الإعاقة بشكل مُستدام.	1
قليلة	7	0.001	-7.23	49.42	1.10	2.47	تُوفّر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة مثل (العصا - عكازات - كرسي متحرك - أجهزة مساعدة للسمع...) لتسهيل وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية.	2
قليلة	6	0.001	-7.08	49.87	1.07	2.49	تحرص إدارة المرافق الصحية على توفير الخدمات الصحية لذوي الإعاقة بالوقت المناسب بحيث لا يضطرون إلى قضاء فترات طويلة من الحجز والانتظار للحصول عليها.	3
قليلة	5	0.001	-6.69	50.13	1.11	2.51	تُوفّر مرافق الرعاية الصحية كوادر طبية تخصصية للتعامل مع حالات الإعاقة التي تحتاج إلى مهارات خاصة.	4
قليلة	4	0.001	-6.64	50.31	1.09	2.52	تُوفّر مرافق الرعاية الصحية خدمات التأهيل بشكل مستدام لتعزيز كفاءة خدمات الرعاية الصحية الخاصة بذوي الإعاقة.	5

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الوزن النسبي %	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البعد الأول: التوافر
قليلة	3	0.001	-5.81	51.91	1.04	2.60	تتوفر الأدوية والمستلزمات الطبية الخاصة بذوي الإعاقة بمرافق الرعاية الصحية بشكل دائم.
متوسطة	2	0.001	-4.22	53.78	1.11	2.69	تتوفر لذي معلومات كافية حول خدمات ومرافق الرعاية الصحية المنتشرة.
متوسطة	1	0.02	-2.34	56.71	1.05	2.84	تُخصص مرافق الرعاية الصحية أماكن لذوي الإعاقة بهدف تسهيل حصولهم على الخدمة الطبية.
قليلة		0.001	-8.22	51.31	0.79	2.57	البُعد الأول: التوافر

يتضح من جدول رقم (15.4) أن الوسط الحسابي لإجمالي بُعد "التوافر" بلغ (2.57)، وانحراف معياري بلغ 0.79، وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، أما فيما يتعلق بالفقرات المُكونة لهذا البعد فقد احتلت الفقرة الثامنة (تُخصص مرافق الرعاية الصحية أماكن لذوي الإعاقة بهدف تسهيل حصولهم على الخدمة الطبية) المرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (2.84) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، بينما احتلت الفقرة الأولى (توفر المرافق الصحية خدمات الدعم النفسي لذوي الإعاقة بشكل مُستدام) المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.42) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وعليه يُمكن القول أن درجة الموافقة على توافر خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر ذوي الإعاقة كانت قليلة، وبالتالي فإن ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم يُواجهون مستويات مرتفعة من صعوبات التوافر كأحد معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، إذ تتنوع أشكال مُعوقات الوصول ما بين الافتقار إلى الأماكن المخصصة لذوي الإعاقة وتوافر الأجهزة المساعدة والأدوية والمستلزمات الطبية؛ امتداداً إلى الصعوبات المرتبطة بتوافر الخدمات الطبية التي يحتاجونها والمعلومات حولها، وأخيراً المعوقات المرتبطة بتوافر الكوادر الطبية التخصصية.

#### 2.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبُعد الثاني "إمكانية الوصول":

فيما يلي عرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البُعد الثاني المُتمثل ب "إمكانية الوصول" الذي

يندرج تحت مجال الدراسة "مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية"، حيث تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من فقرات البُعد، ومن ثم تم حساب المتوسط العام والانحراف المعياري للدرجة الكلية للبُعد، كما تم التحقق من مساواة متوسطات الإجابة على فقرات البعد للقيمة (3) التي تُعبر عن الدرجة المحايدة باستخدام اختبار (One Sample T-Test)، والجدول رقم (16.4) يوضح نتائج التحليل.

جدول 14.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد إمكانية الوصول.

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
قليلة	8	0.001	-8.86	0.93	2.45	تتميز فقرات تقديم خدمات الرعاية الصحية بامتلاكها لتجهيزات تتلاءم مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة.
متوسطة	7	0.001	-4.09	1.14	2.69	تتوفر وسائل نقل خاصة تسهل إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
متوسطة	6	0.001	-4.02	1.08	2.71	تتسم عملية تنقلي إلى مرافق الرعاية الصحية خارج المنزل بخلوها من المخاطر التي تمنعني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
متوسطة	5	0.17	-1.38	1.11	2.90	تتوفر خدمات الرعاية الصحية بأماكن قريبة يسهل الوصول إليها من قبل ذوي الإعاقة.
متوسطة	4	0.31	-1.01	1.05	2.93	أستطيع الوصول إلى أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية بوقت قصير.
متوسطة	3	0.80	-0.25	1.07	2.98	أمتلك المعرفة الكافية بأماكن تقديم الخدمات أو الدعم أو الأشخاص المخولين للمساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
متوسطة	2	0.68	0.42	1.11	3.03	تتسم عملية التسجيل لدى وزارة الصحة بالبساطة بما يُسهل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
كبيرة	1	0.001	7.36	1.11	3.55	أمتك الأوراق الثبوتية اللازمة (بطاقة صحة، جواز سفر. الخ) التي تُمكنني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
متوسطة		0.03	-2.13	0.67	2.91	البُعد الثاني: إمكانية الوصول

تُظهر النتائج أعلاه في الجدول (14.4) أن الوسط الحسابي لإجمالي بعد إمكانية الوصول كأحد معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية قد بلغ (2.91) وانحراف معياري بلغ 0.67 وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وقد احتلت الفقرة الثامنة (أمتك الأوراق الثبوتية اللازمة (بطاقة صحة، جواز سفر. الخ) التي تُمكنني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) المرتبة الأولى بوسط حسابي قدره (3.55) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، بينما احتلت الفقرة الأولى (تتميز مقرات تقديم خدمات الرعاية الصحية بامتلاكها لتجهيزات تتلاءم مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة) المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2.45) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وعليه يُمكن القول أن درجة الموافقة على إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر ذوي الإعاقة كانت متوسطة، وبالتالي فإن تحليل هذا البُعد يُظهر العديد من صعوبات إمكانية الوصول سواءً تلك المرتبطة بتجهيزات المرافق الصحية أو بمدى قربها من أماكن تواجد ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى صعوبات توافر وسائل النقل الملائمة لذوي الإعاقة، وقلة المعرفة الكافية لديهم بأماكن تقديم الخدمات، كما أظهر التحليل صعوبات أخرى ترتبط بالمخاطر المرتبطة بالتنقل خارج المنزل.

#### 3.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبُعد الثالث "القبول":

فيما يلي عرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البُعد الثالث المتمثل بـ "القبول" الذي يندرج تحت مجال الدراسة "معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية"، حيث تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من فقرات البُعد، ومن ثم تم حساب المتوسط العام والانحراف المعياري للدرجة الكلية للبُعد، كما تم

التحقق من مساواة متوسطات الإجابة على فقرات البعد للقيمة (3) التي تُعبر عن الدرجة الحيادية باستخدام اختبار (One Sample T-Test)، والجدول رقم (15.4) يوضح نتائج التحليل.

جدول 15.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد القبول.

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البعد الثالث: القبول
قليلة	8	0.001	-9.57	0.88	2.44	تتناسب خدمات الرعاية المقدمة في المرافق الصحية والاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة.
قليلة	7	0.001	-8.98	0.91	2.46	تتناسب التجهيزات الخاصة بمقرات تقديم خدمات الرعاية الصحية مع طبيعة الاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة.
قليلة	6	0.001	-7.59	0.94	2.52	تُقدم المرافق الصحية خدمات تخصصية ذات صلة وثيقة بخصوصية الحالة الصحية الخاصة بذوي الإعاقة.
متوسطة	5	0.001	-4.63	0.95	2.71	تُوفر مرافق الرعاية الصحية خدمات تتسم بالجودة المقبولة لذوي الإعاقة.
متوسطة	4	0.001	3.63	1.10	3.27	يتم احترام خصوصية الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية.
متوسطة	3	0.001	4.48	1.06	3.32	تتسم الطواقم الطبية العاملة بالمرافق الصحية بحسن التصرف وإظهار الدعم للمعاق وأسرته.
متوسطة	2	0.001	5.28	1.05	3.37	أشعر بالراحة في أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية.
كبيرة	1	0.001	14.64	1.16	4.13	يُعتبر إشراك ذوي الإعاقة في اتخاذ القرار العلاجي الخاص بهم من الأسباب التي تُشجعهم على الذهاب لتلقي خدمات الرعاية الصحية.
متوسطة		0.54	0.62	0.63	3.03	البعد الثالث: القبول

يتضح من جدول رقم (15.4) أن الوسط الحسابي لإجمالي بُعد "القبول" بلغ (3.03)، وانحراف معياري بلغ 0.63، وعليه يُمكن القول أن درجة الموافقة على مقبولية خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر ذوي الإعاقة كانت متوسطة، وتشير نتائج التحليل الخاصة بهذا البعد على استحوذ الفقرة الثامنة التي تنص على (يُعتبر إشراك ذوي الإعاقة في اتخاذ القرار العلاجي الخاص بهم من الأسباب التي تُشجعهم على الذهاب لتلقي خدمات الرعاية الصحية) على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (4.13) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، بينما استحوذت الفقرة الأولى التي تنص على (تتناسب خدمات الرعاية المُقدمة في المرافق الصحية والاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة) على المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2.44) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، ومن الملاحظ هنا عدم وجود انحراف للوسط الحقيقي للبيانات البالغ (3.03) عن الوسط الحسابي الافتراضي عند الدرجة الحيادية (3) الأمر الذي جعل حالة من عدم وجود فروق في الاستجابات عن القيمة الحيادية وهو ما جعل مستوى الدلالة الاجمالية للبعد غير معنوية وبلغت (0.54)، اما على مستوى الفقرات فقد اختلفت المتوسطات عن الدرجة الحيادية وهو ما يشير الى وجود فروق في الاستجابات على مستوى الفقرات لذلك اخذت مستوى الدلالة على مستوى الفقرة الطابع المعنوي، الا انه وبحساب المتوسط الإجمالي لمتوسطات الفقرات لاستخراج متوسط البعد فقد توافق مع المتوسط الافتراضي وهو ما خلق حالة من عدم معنوية البعد كنتيجة لعدم وجود فروق في استجابات الأفراد الاجمالية حوله.

وتُشير النتائج العامة إلى وجود مجموعة واسعة من الصعوبات المرتبطة ببعد القبول إلا أنها بمستوى متوسط وفقاً لتقديرات الأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، وتتنحصر تلك المُعوقات ما بين عدم ملائمة خدمات الرعاية الصحية لاحتياجات ذوي الإعاقة وعدم ملائمة التجهيزات في المرافق الصحية مع احتياجات ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى ضعف قُدرة هذه المرافق على توفير خدمات تتسم بالجودة المقبولة لذوي الإعاقة وغيرها من الصعوبات المُوضحة في الجدول أعلاه.

#### 4.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبُعد الرابع " القُدرة على تحمل التكاليف":

فيما يلي عرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البُعد الرابع المتمثل ب "القُدرة على تحمل التكاليف" الذي يندرج تحت مجال الدراسة "مُعوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية"، حيث تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل فقرة من فقرات البعد، ومن ثم تم حساب المتوسط العام والانحراف المعياري والوزن النسبي للدرجة الكلية للبُعد، كما تم التحقق من مساواة متوسطات الإجابة على فقرات البعد للقيمة (3) التي تُعبر عن الدرجة الحيادية باستخدام اختبار (One Sample T-Test)، والجدول رقم (16.4) يوضح نتائج التحليل.

جدول 16.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعء القدرة على تحمل التكاليف.

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
قليلة	8	0.001	-8.13	1.07	2.42	تُوفّر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة.
قليلة	7	0.001	-6.67	1.00	2.56	تتسم تكلفة شراء العلاج غير المتوفر في المرافق الصحية والتي يقيد بها الطبيب المعالج في الوصفة العلاجية بتناسبها مع إمكانيات المادية.
متوسطة	6	0.001	-4.71	1.01	2.68	تتوفر مراكز تقديم خدمات الرعاية الصحية بأماكن قريبة من مكان إقامتي مما يُسهّم بتخفيض تكلفة الوصول إليها.
متوسطة	5	0.001	-3.68	1.09	2.73	تُوفّر مرافق خدمات الرعاية الصحية الأدوية المجانية التي تُشجّعني من الذهاب لتلقي خدمة الرعاية الصحية بتلك المرافق.
متوسطة	4	0.03	-2.19	1.10	2.84	تُسهّم قدرتي على الذهاب لتلقي الخدمة الصحية دون مرافقة على ثبات تكلفة وصولي إليها.
متوسطة	3	0.46	0.74	1.18	3.06	تُعتبر تكلفة المواصلات المنخفضة أحد العوامل التي تُعزز من إمكانية وصولي إلى مرافق الرعاية الصحية.
متوسطة	2	0.33	0.98	1.09	3.07	تتسم التكلفة المنخفضة لخدمات الرعاية الصحية بتناسبها مع قدرتي على الحصول عليها.
متوسطة	1	0.001	5.11	1.06	3.36	تُوفّر بطاقة التأمين تغطية للخدمات الطبية، حيث تكون معظم الخدمات مجانية.
متوسطة		0.001	-3.31	0.73	2.84	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف

يتضح من جدول رقم (16.4) أن الوسط الحسابي لإجمالي بُعد القدرة على تحمل التكاليف بلغ (2.84) وانحراف معياري بلغ 0.73 وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وتُظهر نتائج التحليل الخاصة بفقرات هذا البعد استحواذ الفقرة الثامنة التي تنص على (تُوفّر بطاقة التأمين

تغطية للخدمات الطبية، حيث تكون معظم الخدمات مجانية) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (3.36) وكان ذا دلالة إحصائية عالية (>0.001) مقارنة بالقيمة الحيادية، بينما كانت الفقرة الأولى (توفر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2.42) وكان ذا دلالة إحصائية عالية (>0.001) مقارنة بالقيمة الحيادية، وعليه يتضح من تحليل مكونات هذا البعد وجود مجموعة واسعة من مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المرتبطة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل التكاليف، وتشمل افتقار المرافق الصحية للقدرة على إمداد ذوي الإعاقة بالأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة، وضعف تناسب تكلفة الأدوية مع الإمكانيات المالية لذوي الإعاقة، وعدم شمولية التأمين الصحي للعديد من الخدمات، يُضاف إلى ذلك تكلفة النقل والمرافقة.

#### 5.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبُعد الخامس "الملاءمة":

فيما يلي عرض لأهم نتائج التحليل الإحصائي لفقرات البُعد الخامس المتمثل بـ "الملاءمة" الذي يندرج تحت مجال الدراسة "مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية"، حيث تم حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل فقرة من فقرات البُعد، ومن ثم تم حساب المتوسط العام والانحراف المعياري للدرجة الكلية للبُعد، كما تم التحقق من مساواة متوسطات الإجابة على فقرات البعد للقيمة (3) التي تُعبر عن الدرجة الحيادية باستخدام اختبار (One Sample T-Test)، والجدول رقم (17.4) يوضح نتائج التحليل.

جدول 17.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد الملاءمة.

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد الخامس: الملاءمة
قليلة	8	0.001	-9.63	0.95	2.39	تتناسب الأجهزة الطبية المتوفرة في مرافق تقديم الخدمة مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة.
قليلة	7	0.001	-10.38	0.88	2.39	تُلبي التجهيزات داخل المرافق الصحية العامة احتياجات ذوي الإعاقة في الحصول على خدمة صحية مناسبة.
قليلة	6	0.001	-8.64	0.93	2.47	تتسم تصميمات المباني بتناسبها مع احتياجات ذوي الإعاقة في الحصول على خدمة الرعاية الصحية.
متوسطة	5	0.001	-6.69	0.90	2.60	تمتلك الطواقم الصحية العاملة بالمرافق العامة للمهارات الفنية الملائمة للتعامل مع ذوي الإعاقة.
متوسطة	4	0.001	-5.32	0.97	2.66	تتلاءم مهارات التواصل التي تتمتع بها

درجة الموافقة	ترتيب الفقرة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	البُعد الخامس: الملاءمة
						الطواقم الطبية العاملة بمرافق الرعاية الصحية للتعاطي مع ذوي الإعاقة.
متوسطة	3	0.001	-2.86	1.00	2.81	تتلاءم سياسات ووزارة الصحة مع حقوق واحتياجات ذوي الإعاقة
متوسطة	2	0.02	-2.28	0.96	2.85	تتفق الاتجاهات المعلنة من قبل الجهات الرسمية المتعلقة بتوفير احتياجات ذوي الإعاقة وما يتم تقديمه فعلاً في مراكز الرعاية الصحية.
كبيرة	1	0.001	14.16	1.00	3.95	تُقدم مرافق الرعاية الصحية خدماتها لذوي الإعاقة بدون تمييز.
متوسطة		0.001	-5.83	0.61	2.76	البُعد الخامس: الملاءمة

يتضح من جدول رقم (17.4) أن الوسط الحسابي لإجمالي بُعد الملاءمة بلغ ( 2.76 ) وانحراف معياري (0.61) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وفي إطار التحليل التفصيلي لفقرات هذا البُعد يتضح أن الفقرة الثامنة التي تنص على (تُقدم مرافق الرعاية الصحية خدماتها لذوي الإعاقة بدون تمييز) احتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.95) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، بينما احتلت الفقرة الأولى التي تنص على (تتناسب الأجهزة الطبية المتوفرة في مرافق تقديم الخدمة مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة) المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2.39) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، ويتضح من نتائج التحليل التفصيلية الخاصة بفقرات هذا البُعد وجود مجموعة متنوعة من الصعوبات الخاصة بمستوى ملاءمة خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة كجزء من مُعيقات الوصول إلى تلك الخدمات، إذ تنوعت تلك المُعيقات ما بين ضعف في ملاءمة تصميمات المباني لاحتياجات ذوي الإعاقة، وضعف في ملاءمة التجهيزات داخل مرافق الرعاية الصحية العامة، مروراً بضعف في المهارات الفنية ومهارات التواصل للطواقم الطبية العاملة في المرافق العامة، بالإضافة إلى السياسات والنهج الذي تتبعه وزارة الصحة في التعامل مع ذوي الإعاقة.

## 4.4 اختبار فرضيات الدراسة

### 1.4.4 الفرضية الرئيسية الأولى:

تُوجد مجموعة واسعة من المُعيقات الخاصة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية التي ترتبط ب (التوافر، الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) في محافظة بيت لحم.

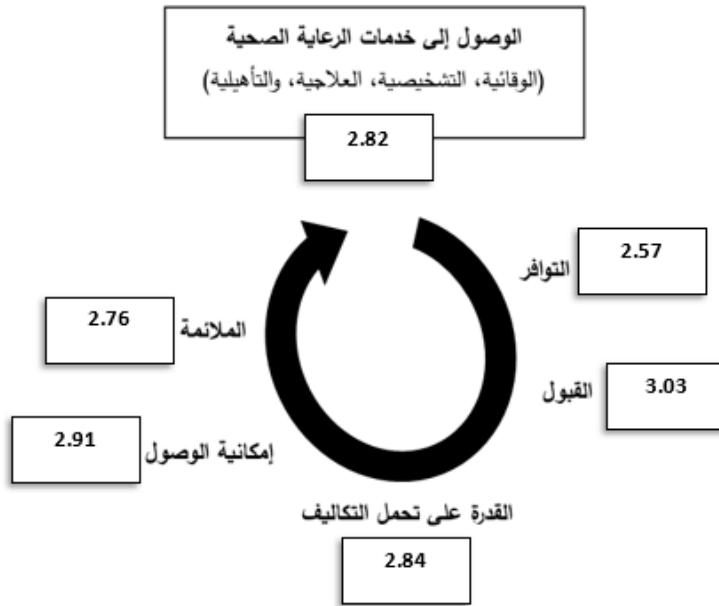
استناداً إلى نتائج تحليل إجابات المبحوثين، أظهرت النتائج وجود مجموعة من مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم من وجهة نظر ذوي الإعاقة، حيث أكدت النتائج المُستخلصة من التحليل أن هذه المُعيقات ارتبطت في كل من التوافر، إمكانية الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، والملاءمة، كما يظهر في الجدول التالي:

جدول 18.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لمجال معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

درجة الموافقة	المعنوية p-value	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية	
قليلة	0.001	-8.22	0.79	2.57	التوافر	1
متوسطة	0.001	-5.83	0.61	2.76	الملاءمة	5
متوسطة	0.001	-3.31	0.73	2.84	القدرة على تحمل التكاليف	4
متوسطة	0.03	-2.13	0.67	2.91	إمكانية الوصول	2
متوسطة	0.54	0.62	0.63	3.03	القبول	3
متوسطة	0.001	-5.06	0.53	2.82	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية	

من خلال جدول (18.4) يتضح أن الوسط لإجمالي مجال معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بلغ (2.82) وانحراف معياري بلغ (0.53). وفي الإطار الترتيبي لمُعيقات الوصول احتل البعد الأول "التوافر" المرتبة الأولى من حيث المُعيقات التي تواجه ذوي الإعاقة في المحافظة، إذ بلغ متوسط إجابات المبحوثين على قبول توافر خدمات الرعاية الصحية (2.57)، بينما جاء في المرتبة الثانية بُعد الملاءمة بمتوسط حسابي قدره (2.76)، فيما احتل بُعد القدرة على تحمل التكاليف المرتبة الثالثة من حيث المعوقات بمتوسط حسابي بلغ (2.84)، أما بُعد إمكانية الوصول فقد جاء في المرتبة الرابعة، بوسط حسابي قدره (2.91)، أما ادنى المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى تلك الخدمات فتمثلت

بالقبول بوسط حسابي بلغ (3.03)، ويلاحظ ان كافة ابعاد محور معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية كانت ذات دلالة إحصائية باستثناء بعد القبول حيث بلغ مستوى الدلالة له (0.54)، ومن الملاحظ هنا عدم وجود انحراف للوسط الحقيقي للبيانات البالغ (3.03) عن الوسط الحسابي الافتراضي عند الدرجة الحيادية (3) الامر الذي جعل حالة من عدم وجود فروق في الاستجابات عن القيمة الحيادية وهو ما جعل مستوى الدلالة الاجمالية للبعد غير معنوية وبلغت (0.54).



شكل 1.4: الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

المصدر: الشكل من إعداد الباحثة، بناءً على نتائج الدراسة.

بناءً على الجدول أعلاه، يمكن القول أن الأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم يواجهون كافة أشكال صعوبات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في المحافظة، والتي تشمل (التوافر، إمكانية الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) ولكن بدرجة متوسطة، هذا الاستنتاج المستند إلى نتائج تحليل أبعاد مجال الدراسة يثبت صحة الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على "توجد مجموعة واسعة من المعوقات الخاصة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية التي ترتبط ب (التوافر، الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) في محافظة بيت لحم".

#### 2.4.4 الفرضية الرئيسية الثانية:

تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط استجابات المبحوثين حول معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى للعوامل الفردية (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع بطاقة التأمين، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، طبيعة العمل) في محافظة بيت لحم.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) في حالات العينتين المستقلتين لاختبار الفروق للمتغيرات التي تتكون من مجموعتين، بينما تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لاختبار الفروق التي تُعزى للمتغيرات الأخرى التي تتكون من أكثر من مجموعتين، وفيما يلي اختبار الفرضية الرئيسية الثانية وفقاً للعوامل الفردية. الجدول رقم (19.4) يوضح ذلك.

جدول 19.4: نتائج اختبار الفروق في متوسط استجابة المبحوثين حول معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي تُعزى للعوامل الفردية.

مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية				العوامل الفردية
النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار الإحصائي	الاختبار	
يُوجد فروق وكانت الفروق لصالح الذكور بمتوسط بلغ 2.89 بينما الإناث 2.72	0.018	2.375	اختبار (ت) لعينتين مستقلتين	الجنس
لا يوجد فروق	0.296	1.238	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	العمر
يوجد فروق	0.014	4.372	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	مكان السكن
لا يوجد فروق	0.415	0.955	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	نوع الإعاقة
لا يوجد فروق	0.337	1.093	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	مستوى الدخل
لا يوجد فروق	0.610	0.609	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	نوع بطاقة التأمين الصحي
لا يوجد فروق	0.209	1.578	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	المعرفة

مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية				العوامل الفردية
النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار الإحصائي	الاختبار	
				بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة
لا يوجد فروق	0.078	2.297	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة
لا يوجد فروق	0.152	1.697	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	سبب الإعاقة
لا يوجد فروق	0.997	0.037	اختبار "التباين الأحادي" ANOVA	طبيعة العمل

يوضح الجدول (19.4) نتائج اختبار الفروق في متوسطات استجابات المبحوثين حول مُعيقات الوصول، إذ أنه في حال كان مستوى الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05 نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المبحوثين حول مُعيقات الوصول تُعزى للعوامل الفردية، بينما إذا كان مستوى الدلالة الإحصائية أقل من 0.05 نستنتج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات المبحوثين حول معيقات الوصول تُعزى للعوامل الفردية.

يظهر من تلك النتائج أن استجابات ذوي الإعاقة قد أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات المبحوثين ارتباطاً بمتغير الجنس وكانت هذه الفروق لصالح الذكور، كما وأظهرت النتائج وجود مثل هذه الفروق التي تعزى لمتغير مكان السكن وكانت هذه الفروق لصالح المدينة، بينما لم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية لكافة المتغيرات المستقلة الأخرى، وهذه النتيجة تُجيب على فرضية الدراسة الرئيسية الثانية التي تنص على "تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط استجابات المبحوثين حول مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى للعوامل الفردية (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، نوع بطاقة التأمين، مستوى الدخل، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، طبيعة العمل) في محافظة بيت لحم".

#### 3.4.4 الإطار التفصيلي لنتائج اختبارات الفروق:

##### 1.3.4.4 المتغير (الجنس):

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كانت قيمته المعنوية 0.018، الأمر الذي يُشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابة المبحوثين حول مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير الجنس، وكانت الفروق لصالح الذكور بمتوسط بلغ 2.89 بينما الإناث 2.72.

جدول 20.4: نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين تُعزى لمتغير الجنس.

النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة الاختبار الإحصائي	المتوسطات	الجنس	
لا يوجد فروق	0.659	0.442	2.59	ذكر	البُعد الأول: التوافر
			2.54	أنثى	
يوجد فروق	0.032	2.154	2.99	ذكر	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.79	أنثى	
لا يوجد فروق	0.053	1.948	3.10	ذكر	البُعد الثالث: القبول
			2.93	أنثى	
يوجد فروق	0.004	2.940	2.96	ذكر	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.68	أنثى	
لا يوجد فروق	0.058	1.905	2.83	ذكر	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.68	أنثى	
يوجد فروق	0.018	2.375	2.89	ذكر	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.72	أنثى	

#### 2.3.4.4 العمر:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية)، حيث كان مستوى الدلالة 0.296 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

جدول 21.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير العمر.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	العمر	
معنوية (توجد فروق إحصائية)	0.008	3.560	2.72	أقل من 18	البُعد الأول: التوافر
			2.18	18 إلى أقل من 25	
			2.71	25 إلى أقل من 35 سنة	
			2.63	35 إلى أقل من 45 سنة	
			2.47	45 سنة فأكثر	
			2.57	الإجمالي	

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	العمر	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.967	0.141	2.93	أقل من 18	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.90	18 إلى أقل من 25	
			2.93	25 إلى أقل من 35 سنة	
			2.83	35 إلى أقل من 45 سنة	
			2.89	45 سنة فأكثر	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.944	0.189	3.09	أقل من 18	البُعد الثالث: القَبُول
			2.97	18 إلى أقل من 25	
			3.03	25 إلى أقل من 35 سنة	
			2.99	35 إلى أقل من 45 سنة	
			3.05	45 سنة فأكثر	
			3.03	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.137	1.764	3.00	أقل من 18	البُعد الرابع: القُدرة على تحمل التكاليف
			2.60	18 إلى أقل من 25	
			2.81	25 إلى أقل من 35 سنة	
			2.93	35 إلى أقل من 45 سنة	
			2.92	45 سنة فأكثر	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.577	0.723	2.79	أقل من 18	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.63	18 إلى أقل من 25	
			2.83	25 إلى أقل من 35 سنة	
			2.78	35 إلى أقل من 45 سنة	
			2.73	45 سنة فأكثر	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.296	1.238	2.91	أقل من 18	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.66	18 إلى أقل من 25	
			2.86	25 إلى أقل من 35 سنة	
			2.83	35 إلى أقل من 45 سنة	
			2.81	45 سنة فأكثر	
			2.82	الإجمالي	

اما على المستوى التفصيلي فقد أظهرت النتائج وجود الفروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير العمر حول بعد التوافر، ولمعرفة اتجاه الفروق داخل هذا البعد وطبيعة تلك الفروق فقد تم اجراء اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه والذي يظهره الجدول التالي:

جدول 22.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شيفيه للبعد الأول مع متغير العمر

أقل من 18	أقل من 18 إلى 25	أقل من 25 إلى 35	أقل من 35 إلى 45	أكثر من 45 سنة	
0.24491	0.09375	0.00733	0.53783*		أقل من 18 سنة / متوسط=2.72
-	-	-	-	-	18 إلى أقل من 25 سنة/ متوسط =2.18
0.29292	.44408*	.53050*			25 إلى أقل من 35 سنة/ متوسط =2.71
0.23758	0.08642				35 إلى أقل من 45 سنة/ متوسط =2.63
0.15116					45 سنة فأكثر /متوسط =2.47

البُعد الأول:  
التوافر

يتضح من خلال اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه انه يوجد فروق ذات دلالة معنوية لصالح الفئة العمرية اقل من 18 سنة بمتوسط بلغ 2.72.

#### 3.3.4.4 مكان السكن:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أقل من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كان مستوى الدلالة 0.014 الأمر الذي يُشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الباحثين حول إجمالي محور معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير مكان السكن، وكانت الفروق لصالح القرية بمتوسط استجابة بلغ 2.95.

جدول 23.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير مكان السكن.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	مكان السكن	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.055	2.933	2.73	قرية	البُعد الأول: التوافر
			2.47	مخيم	
			2.45	مدينة	
			2.57	الإجمالي	
معنوية (توجد فروق إحصائية)	0.006	5.318	3.08	قرية	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.77	مخيم	
			2.93	مدينة	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.737	0.305	3.07	قرية	البُعد الثالث: القبول
			3.01	مخيم	
			2.97	مدينة	
			3.03	الإجمالي	
معنوية (توجد فروق إحصائية)	0.005	5.472	3.03	قرية	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.75	مخيم	
			2.57	مدينة	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.123	2.115	2.86	قرية	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.73	مخيم	
			2.59	مدينة	
			2.76	الإجمالي	
معنوية (توجد فروق إحصائية)	0.014	4.372	2.95	قرية	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.75	مخيم	
			2.70	مدينة	
			2.82	الإجمالي	

أما على المستوى التفصيلي فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مكان السكن حول كل من (التوافر، إمكانية الوصول، القدرة على تحمل التكاليف)، ولمعرفة اتجاه الفروق داخل كل بعد وطبيعة تلك الفروق فقد تم إجراء اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه والذي يظهره الجدول التالي:

جدول 24.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شيفيه مع متغير مكان السكن.

مدينة	مخيم	قرية		
-0.28109	-.25692*		قرية/ متوسط=2.73	البُعد الأول: التوافر
0.02418			مخيم / متوسط=2.47	
			مدينة/ متوسط=2.45	
-0.15672	-.30441*		قرية/ متوسط=3.08	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
-0.14769			مخيم / متوسط=2.77	
			مدينة/ متوسط=2.93	
-.27331*	0.18366		قرية/ متوسط=3.03	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
-.45696*			مخيم / متوسط=2.75	
			مدينة/ متوسط=2.57	
-.20338*	0.04611		قرية/ متوسط=2.95	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
-.24949*			مخيم / متوسط=2.75	
			مدينة/ متوسط=2.70	

يتضح من خلال نتائج اختبار المقارنات البعدية لشيفيه وجود فروق في استجابة المبحوثين حول معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية المرتبطة ببعد التوافر بين القرية والمخيم وكانت هذه الفروق لصالح القرية بمتوسط 2.73، كما وأشارت النتائج الى وجود فروق في بُعد إمكانية الوصول بين القرية والمخيم وكانت هذه الفروق لصالح القرية أيضاً بمتوسط 3.08، وأخيراً أظهرت نتائج التحليل وجود فروق في بعد القدرة على تحمل التكاليف بين القرية والمدينة وكانت الفروق لصالح القرية بمتوسط 3.03، كما وجدت فروق بين المخيم والمدينة وكانت هذه الفروق لصالح المخيم بمتوسط 2.75.

#### 4.3.4.4 نوع الإعاقة:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كان مستوى الدلالة 0.415 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير نوع الإعاقة.

جدول 25.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير نوع الإعاقة.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	نوع الإعاقة	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.330	1.149	2.58	حركية	البُعد الأول: التوافر
			2.61	بصرية	
			2.39	سمعية	
			2.57	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.878	0.227	2.92	حركية	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.90	بصرية	
			2.83	سمعية	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.683	0.499	3.07	حركية	البُعد الثالث: القبول
			3.00	بصرية	
			2.94	سمعية	
			3.03	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.064	2.460	2.83	حركية	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.73	بصرية	
			2.76	سمعية	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.522	0.752	2.79	حركية	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.63	بصرية	
			2.72	سمعية	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.415	0.955	2.84	حركية	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.77	بصرية	
			2.73	سمعية	
			2.82	الإجمالي	

#### 5.3.4.4 مستوى الدخل:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية)، حيث كان مستوى الدلالة 0.337 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير مستوى الدخل.

جدول 26.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير مستوى الدخل.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	مستوى الدخل	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.114	2.194	2.69	أقل من 1700 شيقل	البُعد الأول: التوافر
			2.52	1700 إلى أقل من 2700 شيقل	
			2.41	2700 شيقل فأكثر	
			2.57	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.466	0.766	2.93	أقل من 1700 شيقل	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.94	1700 إلى أقل من 2700 شيقل	
			2.80	2700 شيقل فأكثر	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.948	0.053	3.01	أقل من 1700 شيقل	البُعد الثالث: القبول
			3.04	1700 إلى أقل من 2700 شيقل	
			3.03	2700 شيقل فأكثر	
			3.03	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.201	1.618	2.93	أقل من 1700 شيقل	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.82	1700 إلى أقل من 2700 شيقل	
			2.71	2700 شيقل فأكثر	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.676	0.393	2.78	أقل من 1700 شيقل	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.78	1700 إلى أقل من 2700 شيقل	
			2.70	2700 شيقل فأكثر	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.337	1.093	2.87	أقل من 1700 شيقل	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.82	1700 إلى أقل من 2700 شيقل	
			2.73	2700 شيقل فأكثر	
			2.82	الإجمالي	

#### 6.3.4.4 نوع بطاقة التأمين الصحي:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعَيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية)، حيث كان مستوى الدلالة 0.610 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال مُعَيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير نوع بطاقة التأمين الصحي.

جدول 27.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير نوع بطاقة التأمين الصحي.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	نوع بطاقة التأمين	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.653	0.543	2.55	حكومي	البُعد الأول: التوافر
			2.66	خاص	
			2.42	أهلي	
			2.57	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.254	1.366	2.90	حكومي	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			3.13	خاص	
			2.25	أهلي	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.959	0.102	3.03	حكومي	البُعد الثالث: القبول
			3.01	خاص	
			2.96	أهلي	
			3.03	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.577	0.661	2.83	حكومي	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			3.11	خاص	
			2.63	أهلي	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.068	2.403	2.76	حكومي	البُعد الخامس: الملاءمة
			3.13	خاص	
			2.88	أهلي	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.610	0.609	2.81	حكومي	مُعَيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			3.01	خاص	
			2.63	أهلي	
			2.82	الإجمالي	

#### 7.3.4.4 المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كان مستوى الدلالة 0.209 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة.

جدول 28.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	المعرفة بالاستحقاقات القانونية	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.499	0.697	2.60	أعرف	البُعد الأول: التوافر
			2.49	لا علم لدي	
			2.62	معرفتي محدودة	
			2.57	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.557	0.586	2.92	أعرف	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.84	لا علم لدي	
			2.95	معرفتي محدودة	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.215	1.548	2.91	أعرف	البُعد الثالث: القبول
			3.03	لا علم لدي	
			3.10	معرفتي محدودة	
			3.03	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.137	2.008	2.75	أعرف	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.77	لا علم لدي	
			2.96	معرفتي محدودة	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.142	1.970	2.76	أعرف	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.67	لا علم لدي	
			2.86	معرفتي محدودة	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.209	1.578	2.79	أعرف	معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.76	لا علم لدي	
			2.90	معرفتي محدودة	
			2.82	الإجمالي	

#### 8.3.4.4 المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كان مستوى الدلالة 0.148 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة.

جدول 29.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	المؤهل العلمي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.409	0.967	2.58	أمي	البُعد الأول: التوافر
			2.47	ابتدائي	
			2.55	ثانوي	
			2.71	جامعي	
			2.57	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.508	0.777	3.03	أمي	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.91	ابتدائي	
			2.82	ثانوي	
			2.89	جامعي	
			2.91	الإجمالي	
معنوية (يوجد فروق إحصائية)	0.002	5.056	3.31	أمي	البُعد الثالث: القبول
			3.06	ابتدائي	
			2.87	ثانوي	
			2.91	جامعي	
			3.03	الإجمالي	
معنوية (توجد فروق إحصائية)	0.006	4.315	3.15	أمي	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.73	ابتدائي	
			2.69	ثانوي	
			2.89	جامعي	
			2.84	الإجمالي	

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	المؤهل العلمي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.464	0.856	2.88	أمي	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.75	ابتدائي	
			2.69	ثانوي	
			2.77	جامعي	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.078	2.297	2.99	أمي	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.78	ابتدائي	
			2.73	ثانوي	
			2.84	جامعي	
			2.82	الإجمالي	

أما على المستوى التفصيلي فقد أظهرت النتائج وجود النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة حول كل من (القبول، القدرة على تحمل التكاليف)، ولمعرفة اتجاه الفروق داخل كل بعد وطبيعة تلك الفروق فقد تم إجراء اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه والذي يظهره الجدول التالي:

جدول 30.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شيفيه للبعد الثالث والرابع مع متغير المؤهل العلمي

جامعي	ثانوي	ابتدائي	أمي		
.39904*	.43955*	.24816*		أمي / متوسط = 3.31	البُعد الثالث: القبول
0.15088	0.19139			ابتدائي / متوسط = 3.06	
-0.04051				ثانوي / متوسط = 2.87	
				جامعي / متوسط = 2.91	
0.26639	.46079*	.41995*		أمي / متوسط = 3.15	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
-0.15356	0.04083			ابتدائي / متوسط = 2.73	
-0.19440				ثانوي / متوسط = 2.69	
				جامعي / متوسط = 2.89	

يتضح من خلال اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار شففيه بين البعد الثالث (القبول) وبين متغير المؤهل العلمي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح (أمي) بمتوسط بلغ 3.31، كما وتظهر نتائج هذا الاختبار بين البعد الرابع (القدرة على تحمل التكاليف) وبين متغير المؤهل العلمي وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح (أمي) بمتوسط بلغ 3.15.

#### 9.3.4.4 سبب الإعاقة:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كان مستوى الدلالة 0.152 الأمر الذي يُشير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الباحثين حول إجمالي مجال مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير سبب الإعاقة.

جدول 31.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير سبب الإعاقة.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	سبب الإعاقة	
معنوية (توجد فروق إحصائية)	0.003	4.140	2.53	وراثية	البُعد الأول: التوافر
			2.56	أثناء الولادة	
			2.69	مرضية	
			2.35	حوادث	
			3.67	أخرى	
			2.57	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.190	1.547	3.01	وراثية	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.92	أثناء الولادة	
			2.86	مرضية	
			2.71	حوادث	
			3.21	أخرى	
			2.91	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.102	1.958	3.06	وراثية	البُعد الثالث: القبول
			3.15	أثناء الولادة	
			2.96	مرضية	
			2.82	حوادث	
			2.92	أخرى	
			3.03	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.413	0.992	2.82	وراثية	

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	سبب الإعاقة	
إحصائية)			2.85	أثناء الولادة	البُعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف
			2.88	مرضية	
			2.74	حوادث	
			3.35	أخرى	
			2.84	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.778	0.442	2.80	وراثية	البُعد الخامس: الملاءمة
			2.71	أثناء الولادة	
			2.78	مرضية	
			2.74	حوادث	
			3.00	أخرى	
			2.76	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.152	1.697	2.84	وراثية	مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.84	أثناء الولادة	
			2.84	مرضية	
			2.67	حوادث	
			3.23	أخرى	
			2.82	الإجمالي	

أما على المستوى التفصيلي فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير سبب الإعاقة حول بعد التوافر، ولمعرفة اتجاه الفروق داخل هذا البعد وطبيعة تلك الفروق فقد تم إجراء اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار شيفيه والذي يظهره الجدول التالي:

جدول 32.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شيفيه للبعد الأول مع متغير سبب الإعاقة

أخرى	حوادث	مرضية	أثناء الولادة	وراثية		
-1.14055-*	0.17676	-0.16595	-0.02944		وراثية/ متوسط = 2.53	البُعد الأول: التوافر
-1.11111-*	0.20620	-0.13652			أثناء الولادة/ متوسط = 2.56	
-.97459-*	.34271*				مرضية/ متوسط = 2.69	
-1.31731-*					حوادث/ متوسط = 2.35	
					أخرى (اعتداء إسرائيلي، شظايا، اعتقال. الخ) / متوسط = 3.67	

يتضح من خلال اختبار المقارنات البعدية باستخدام اختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية وكانت هذه الفروق لصالح أخرى (اعتداء إسرائيلي، شظايا، اعتقال. الخ) بمتوسط بلغ 3.67

#### 10.3.4.4 طبيعة العمل:

تُظهر نتائج التحليل أن القيمة الاحتمالية (Sig.) المقابلة لاختبار "التباين الأحادي" أكبر من مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) بالنسبة لإجمالي مجال (مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) حيث كان مستوى الدلالة 0.997 الأمر الذي يُشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات المبحوثين حول إجمالي مجال معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى لمتغير طبيعة العمل.

جدول 33.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير طبيعة العمل.

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	طبيعة العمل	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.558	0.753	2.58	موظف قطاع عام	البُعد الأول: التوافر
			2.52	موظف قطاع خاص	
			2.43	موظف قطاع أهلي	
			2.63	صاحب مشروع	
			3.03	بدون عمل	
			2.54	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.730	0.508	2.89	موظف قطاع عام	البُعد الثاني: إمكانية الوصول
			2.95	موظف قطاع خاص	
			2.78	موظف قطاع أهلي	
			2.93	صاحب مشروع	
			2.69	بدون عمل	
			2.88	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.916	0.238	2.98	موظف قطاع عام	البُعد الثالث: القبول
			2.99	موظف قطاع خاص	
			3.09	موظف قطاع أهلي	
			3.00	صاحب مشروع	
			2.97	بدون عمل	
			3.01	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.853	0.337	2.76	موظف قطاع عام	البُعد الرابع: القدرة على

النتيجة	القيمة الاحتمالية (Sig.)	قيمة الاختبار F	المتوسطات	طبيعة العمل	
إحصائية)			2.85	موظف قطاع خاص	تحمل التكاليف
			2.90	موظف قطاع أهلي	
			2.75	صاحب مشروع	
			2.59	بدون عمل	
			2.82	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.837	0.359	2.79	موظف قطاع عام	التباعد الخامس: الملاءمة
			2.78	موظف قطاع خاص	
			2.78	موظف قطاع أهلي	
			2.80	صاحب مشروع	
			2.41	بدون عمل	
			2.78	الإجمالي	
غير معنوية (لا توجد فروق إحصائية)	0.997	0.037	2.80	موظف قطاع عام	معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية
			2.82	موظف قطاع خاص	
			2.80	موظف قطاع أهلي	
			2.82	صاحب مشروع	
			2.74	بدون عمل	
			2.81	الإجمالي	

## الفصل الخامس

---

### النتائج والتوصيات

#### 1.5 مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

هدفت هذه الدراسة في المقام الأول إلى تشخيص المعوقات التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة عند محاولتهم الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم بالاعتماد على خمسة أبعاد للوصول وهي: التوافر، القدرة على تحمل التكاليف، إمكانية الوصول، الملائمة، والقبول. ولتحقيق هذا الهدف تم صياغة مجموعة من الأسئلة البحثية حول تلك الأبعاد ويقدم هذا القسم الفرعي نتائج هذه الدراسة من أجل الإجابة على الأسئلة البحثية وتحقيق الهدف الرئيسي.

#### 1.1.5 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الرئيس:

ما هي طبيعة المعوقات التي تحول دون وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟

من خلال الجدول (18.4) يتضح وجود مستوى متوسط من معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم، حيث بلغ الوسط الحسابي الإجمالي لتلك المعوقات (2.82).

وفي الإطار الترتيبي لمُعيقات الوصول احتل البعد الأول احتل البعد الأول "التوافر" المرتبة الأولى من حيث المُعيقات التي تواجه ذوي الإعاقة في المحافظة، إذ بلغ متوسط موافقة المبحوثين على بعد توافر خدمات الرعاية الصحية (2.57)، بينما جاء في المرتبة الثانية بُعد الملاءمة بمتوسط حسابي قدره (2.76)، فيما احتل بُعد القدرة على تحمل التكاليف المرتبة الثالثة من حيث المعيقات بمتوسط حسابي بلغ (2.84)، وبُعد إمكانية الوصول في المرتبة الرابعة، بوسط حسابي قدره (2.91)، أما أدنى المعيقات التي تواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى تلك الخدمات فتمثلت ببعد القبول بوسط حسابي بلغ (3.03)، ويلاحظ أن كافة أبعاد محور معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية كانت ذات دلالة إحصائية باستثناء بعد القبول حيث بلغ مستوى الدلالة له (0.54)، ومن الملاحظ هنا عدم وجود انحراف للوسط الحقيقي للبيانات البالغ (3.03) عن الوسط الحسابي الافتراضي عند الدرجة الحيادية (3) الأمر الذي جعل حالة من عدم وجود فروق في الاستجابات عن القيمة الحيادية وهو ما جعل مستوى الدلالة الإجمالية للبعد غير معنوية وبلغت (0.54)

وعليه فإنه يمكننا القول إن الأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم يواجهون كافة أشكال معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، والتي تشمل (التوافر، إمكانية الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) ولكن بدرجة متوسطة، هذا الاستنتاج المُستند إلى نتائج تحليل أبعاد مجال الدراسة يُجيب على تساؤل الدراسة الرئيس.

وفي إطار تفسير وجود حجم وطبيعة هذه المعيقات التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة في فلسطين فقد أشار (Giacama, 2021) أن ذوي الإعاقة في فلسطين يواجهون حرمان غير عادل في الوصول إلى الرعاية الصحية كنتيجة للصعوبات التي تواجههم كنتيجة مباشرة لضعف خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم، وهو ما أكده (المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، 2020) حين أشار إلى وجود معيقات تواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى الخدمات الأساسية في قطاع غزة، هذا الاتجاه في رصد تلك الصعوبات قد أشار إليه (وراسنة وأبو سرور وعبد المجيد، 2015) الذين أكدوا وجود مجموعة واسعة من معيقات وصول الأطفال ذوي الإعاقة إلى الخدمات المتنوعة ومنها خدمات الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية.

وفي هذا السياق فإن هذا المستوى المتوسط في تلك المُعيقات يرتبط بواقع فئة ذوي الإعاقة في فلسطين التي لازالت تواجه مجموعة واسعة من الصعوبات والتحديات القائمة، التي تُؤثر سلباً على فرص اندماجهم في الحياة الاجتماعية، إذ تتمثل أهم تلك التحديات في فرص الحصول على الخدمات الصحية، وتوفير فرص العمل والتأهيل والإرشاد، والعمل الاجتماعي (غانم، 2015)، يضاف إلى ذلك معاناة هذه الفئة من ضعف قدرتهم على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وهو ما أكده السماك

(2021) الذي أشار إلى أن احتياجات ذوي الإعاقة في المجال الصحي تتجسد في تعزيز سُبل وصولهم الى الأجهزة والمعدات والأدوية العلاجية، والمعينات السمعية والبصرية والمستلزمات الطبية الخاصة وغيرها.

وارتباطاً بهذا الجانب فإن فئة ذوي الإعاقة عموماً تواجه صعوبات في الوصول في البيئات المتنوعة، إلا أن الاختلاف في مستوى تلك الصعوبات التي يواجهونها، ففي السياق الدولي أشارت دراسة كل من (Chaiban et al.,2022) ؛ (Najafi et al.,2021)؛ (Pinto et al.,2021) إلى وجود مجموعة واسعة من معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية، إلا أنها اختلفت في مستوى هذه الصعوبات، التي اتسمت بالمستوى المرتفع، بينما كانت هذه الصعوبات منخفضة المستوى في المملكة العربية السعودية وفقاً لما أشار إليه (George et al.,2018) الذي أكد وجود مستوى منخفض من معيقات وصول ذوي الإعاقة الحركية إلى مدينة الملك عبد العزيز الطبية بالرياض بالمملكة العربية السعودية.

وعليه فإن معيقات الوصول التي تواجه ذوي الإعاقة موجودة بالرغم من اختلاف بيئات التطبيق في تلك الدراسات، وتعرزو الباحثة نقاط التوافق مع الدراسات السابقة الى أن طبيعة خصائص الفئة المستهدفة واحدة، إلا أن الاختلاف هنا في مستوى ودرجة هذه الصعوبات فاختلفت درجة تلك الصعوبات التي أوردتها الدراسات السابقة ترتبط بمدى تطور الأنظمة الصحية والسياق الاقتصادي والاجتماعي في تلك الدول، ويتوافق هذا التفسير مع دراسة (Eide et al., 2015) التي أكدت على الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية بين الدول كأحد الأسباب التي تؤدي الى وجود تباين في مستوى المعوقات المتصورة.

### 2.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الأول:

ما هي طبيعة المعوقات الخاصة بتوافر خدمات الرعاية الصحية بأشكالها المتنوعة في محافظة بيت لحم؟

من خلال جدول رقم (13.4) يتضح وجود مستوى منخفض من توافر خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، إذ بلغ الوسط الحسابي لاستجابات المبحوثين حول توافر خدمات الرعاية الصحية (2.57)، هذا المستوى المنخفض من التوافر يُشير إلى صعوبات كبيرة تُواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وقد أظهرت النتائج التفصيلية لفقرات هذا البعد تنوع أشكال تلك المعوقات ما بين الافتقار إلى الأماكن المخصصة لذوي الإعاقة في المرافق الصحية وتوافر الأجهزة المساعدة والأدوية والمستلزمات الطبية؛ امتداداً إلى الصعوبات المرتبطة بتوافر الخدمات الطبية التي

يحتاجونها والمعلومات حولها، بالإضافة الى المعوقات المرتبطة بتوافر الكوادر الطبية التخصصية الملائمة للتعامل مع ذوي الإعاقة، جميع هذه المؤشرات تُجيب على تساؤل الدراسة الفرعي الأول الذي ينص على ما هي طبيعة المُعوقات الخاصة بتوافر خدمات الرعاية الصحية بأشكالها المتنوعة في محافظة بيت لحم؟.

هذا الاتجاه المرتفع في معوقات بعد التوافر قد ارتبط بضعف توافر خدمات صحية مناسبة وتخصصية لهذه الفئة في مراكز الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية (Ghanem et al,2016)، كما ويعتبر نقص توافر المعلومات حول تلك الخدمات لفئة ذوي الإعاقة أحد المسببات المساهمة في وجود مثل هذه المعوقات المرتبطة ببعد توافر خدمات الرعاية الصحية (وراسنة وأبو سرور وعبد المجيد، 2015)؛ (Grills et al, 2017)، وفي سياق رصد مسببات ضعف توافر خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة فقد أكد (خرما و نجار، 2019) أن تلك المعوقات ترتبط بندرة توافر مراكز العلاج الفيزيائي التي تقدم خدمات الرعاية لذوي الإعاقة، يضاف الى ذلك نقص توافر وسائل النقل وتوافر الخدمات، وعدم كفاية الأدوية والمُعدات لذوي الإعاقة (Eide et al,2015).

هذه النتائج التي أكدت وجود معوقات ترتبط ببعد توافر خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة التي اتسمت بالطابع المتوسط قد توافقت مع نتيجة دراسة (المهيري وآخرون، 2015) التي أشارت الى وجود مستوى متوسط من توافر الخدمات الصحية التخصصية لذوي الإعاقة في إمارة أبو ظبي، إلا أنها اختلفت في نتائج مستوى تقديم الخدمات الصحية العامة إذ كانت مرتفعة في دراسة المهيري وآخرون. كما واتفقت أيضاً مع دراسة (Smythe et al, 2022) التي أظهرت محدودية توافر خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة كأحد معوقات وصولهم الى الرعاية في زيمبابوي، يضاف الى ذلك توافرها مع نتيجة دراسة (Najafi et al,2021) التي أظهرت وجود ندرة في الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة في إيران.

### 3.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثاني:

ما هي طبيعة المُعوقات الخاصة بإمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟

من خلال الجدول (14.4) يتضح وجود مستوى متوسط من صعوبات "إمكانية الوصول" لذوي الإعاقة الى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم، حيث بلغت قيمة الوسط الحسابي لإجمالي هذا البعد (2.91) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وهو ما يشير الى وجود فروق في تقديرات المبحوثين حول هذا البعد، هذا وقد أظهرت نتائج التحليل وجود العديد من صعوبات إمكانية الوصول سواءً تلك المرتبطة بتجهيزات المرافق الصحية أو بمدى قربها من أماكن تواجد ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى صعوبات توافر وسائل النقل الملائمة لذوي الإعاقة، وقلة المعرفة الكافية لديهم بأماكن تقديم الخدمات، كما أظهر التحليل صعوبات أخرى ترتبط بالمخاطر المرتبطة بالتنقل خارج المنزل، وهو ما يُجيب على تساؤل الدراسة الفرعي الثاني الذي ينص على ما هي طبيعة المعوقات الخاصة بإمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟.

وفي سياق المعوقات المرتبطة ببعيد إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية فإن وجود مثل هذه المعوقات في سياق البيئة الفلسطينية ترتبط بمجموعة من المسببات التي يقف في مقدمتها ضعف ملائمة التجهيزات الخاصة بالمرافق الصحية لاحتياجات ذوي الإعاقة، يضاف الى ذلك افتقار بعض المناطق الفلسطينية للبنية التحتية المؤهلة لإمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة لتلك الخدمات وخصوصاً في المنطقة (ج) التي تقتصر الى التأهيل الكافي لتلبية احتياجاتهم (عابدين، 2021)، وفي اطار المسببات التنفيذية المرتبطة بوزارة الصحة الفلسطينية توجد مجموعة واسعة من المعوقات المرتبطة بعدم توفر لغة الإشارة في أقسام ودوائر ومراكز وزارة الصحة، بالإضافة الى عدم مراعاة الفروق الفردية واحتياجات الأفراد وخاصة النساء ذوات الإعاقة، وطول فترة الانتظار في مراكز وعيادات وزارة الصحة وهو ما يعزز معوقات التوافر في البيئة الفلسطينية (التميمي، 2018)، وقد أكد وجود مثل هذه المعوقات ما أورده (Torsha et al., 2022) الذي أكد أن معوقات إمكانية الوصول الى خدمات الرعاية الصحية ترتبط بضعف البنية التحتية للمرافق الصحية، بالإضافة الى ذلك تربط الباحثة صعوبات إمكانية الوصول بوقائع البيئة الفلسطينية التي يغلب عليها طابع التقسيم والحوجز المنتشرة بفعل الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية وإجراءاته التعسفية (Ghanem et al., 2016).

وتتوافق نتيجة هذا البعد مع دراسة (Smythe et al, 2022) التي أظهرت محدودية إمكانية الوصول الى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في زيمبابوي، واتفقت هذه النتيجة أيضاً مع دراسة Grills (et al, 2017) ودراسة (Rotarou & Sakellariou, 2017) في أن ضعف إمكانية الوصول المادي الى مرافق الرعاية الصحية هو أحد المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة، كما واتفقت مع دراسة Najafi (et al, 2021) ودراسة (Grills et al, 2017) ودراسة (Eide et al , 2015) في وجود معوقات ترتبط بوسائل النقل وتحدي من إمكانية الوصول. بينما اختلفت نتيجة هذا البعد مع دراسة Pinto et

(al.2021) التي أظهرت مستوى منخفض من معيقات إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية في البرازيل.

#### 4.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثالث:

ما مدى قبول الأشخاص ذوي الإعاقة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم في محافظة بيت لحم؟

تشير نتائج التحليل الخاصة بهذا البعد الى وجود مجموعة واسعة من المعوقات المرتبطة ببعد القبول إلا أنها بمستوى متوسط وفقاً لتقديرات الأشخاص ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، وتتنحصر تلك المعوقات ما بين عدم ملائمة خدمات الرعاية الصحية لاحتياجات ذوي الإعاقة وعدم ملائمة التجهيزات في المرافق الصحية العامة مع احتياجات ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى ضعف قدرة هذه المرافق على توفير خدمات تتسم بالجودة المقبولة لذوي الإعاقة، وغيرها من المؤشرات الموضحة في الجدول (15.4) والتي بينت أن الوسط الحسابي لإجمالي بُعد " القبول " بلغ (3.03)، وانحراف معياري بلغ 0.63. وفي سياق تحليل مستوى دلالة بعد القبول التي أظهرها التحليل والتي بلغت (0.54)، فإن هذه القيمة ليست دالة إحصائياً، وترتبط عدم دلالة هذا البعد بتوافق استجابات المبحوثين من ذوي الإعاقة مع الوسط الافتراضي للبيانات حول القيمة الحيادية (3)، حيث بلغ الوسط الحسابي الحقيقي لمتوسط استجاباتهم حول هذا البعد (3.03) الأمر الذي يشير الى عدم وجود فروق في استجابات هذه الفئة حول هذا البعد، فجميع الأشخاص المستجيبين من ذوي الإعاقة يميلون الى التوافق الإجمالي حول مستوى قبولهم لخدمات الرعاية الصحية المتوفرة، وان الاختلاف كان على مستوى الفقرات التفصيلية الخاصة بهذا البعد التي أظهرت وجود مثل هذه الفروقات للفقرات التي كانت ذات دلالة إحصائية ، إلا انه وبحساب المتوسط الإجمالي لمتوسطات الفقرات لاستخراج متوسط البعد فقد توافق مع المتوسط الافتراضي وهو ما خلق حالة من عدم معنوية البعد كنتيجة لعدم وجود فروق في استجابات الأفراد الإجمالية حوله، وهذه النتيجة تجيب على تساؤل الدراسة الفرعي الثالث الذي ينص على ما مدى قبول الأشخاص ذوي الإعاقة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم في محافظة بيت لحم؟.

ويمكن تفسير وجود مثل هذه المعوقات المرتبطة ببعد القبول بمجموعة من الأسباب التي يقف في مقدمتها ضعف مستويات رضا المبحوثين من ذوي الإعاقة عن إجراءات الحصول على الخدمة الصحية وعن أسلوب تقديم الخدمة (عبد الحميد، 2020)، وهو ما أكدته (Smythe et al, 2022) الذي أشار الى محدودية قبول ذوي الإعاقة لمستوى خدمات الرعاية الصحية، يضاف الى ذلك ما أكدته عابدين (2021) من اتجاهات ترتبط بضعف قبول الأشخاص ذوي الإعاقة لمستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم في

السياق الفلسطيني، إذ تعتبر هذه المعوقات مسببات تسهم في من قبول ذوي الإعاقة للخدمات المقدمة لهم بالرغم من توفير رعاية صحية يمكن الوصول إليها وبأسعار معقولة (Scheffler et al., 2015).

### 5.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الرابع:

ما هي طبيعة المعوقات الخاصة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟

يتضح من جدول رقم (16.4) وجود مجموعة واسعة من معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المرتبطة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل التكاليف بدرجة متوسطة، حيث بلغ الوسط الحسابي لإجمالي بُعد القدرة على تحمل التكاليف بلغ (2.84) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيدانية، وتُظهر نتائج التحليل الخاصة بفقرات هذا البعد استحواذ الفقرة الثامنة التي تنص على (توفر بطاقة التأمين تغطية للخدمات الطبية، حيث تكون معظم الخدمات مجانية) المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (3.36) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيدانية، وهو ما يمكن تفسيره بالاتجاه نحو إقرار نظام التأمين الصحي لذوي الإعاقة (2021) الذي تضمن تدعيم حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة بتوسيع قاعدة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم والتي تشمل سلة من الخدمات الصحية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية الشاملة والمجانية، وآليات المراقبة والمحاسبة والشفافية في المعلومات التي نص عليها النظام (عابدين، 2021).

بينما كانت الفقرة الأولى (توفر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2.42) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيدانية، وهو ما يمكن تفسيره بحالة الافتقار التي لا تزال تعاني منها وزارة الصحة في تزويد ذوي الإعاقة بالأجهزة والأدوات المساعدة ضمن نظام التأمين الصحي، مما يُعيق قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها، ويجعل أسرهم يتحملون أعباء إضافية في توفير الأجهزة والوسائل المساعدة التي تتناسب مع احتياجاتهم (الهيئة الفلسطينية لحقوق المواطن، 2004)؛ (التميمي، 2018).

وفي هذا السياق فإن أهم المسببات التي تحول دون قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ترتبط بهشاشة هذه الفئة اقتصادياً وضعف قدراتهم المالية (CBM, 2016)، وهي ذات الأسباب المتوافقة مع الواقع الفلسطيني الذي يعاني منه فئة ذوي الإعاقة من ضعف قدرتهم على تحمل التكاليف الخاصة بخدمات الرعاية الصحية (Ghanem et al., 2016)، كما وأن هذه الإشكالية ممتدة إلى اللاجئين الفلسطينيين من ذوي الإعاقة في المخيمات الفلسطينية بלבنا حيث تشكل صعوبات القدرة على تحمل التكاليف أبرز صعوبات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (Baroud

(Mouheildine, 2018) ، وفي هذا السياق فعلى المستوى الدولي تشكل معضلة قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية أبرز معوقات الوصول الى تلك الخدمات وهو ما أكدته دراسة (Chaiban et al., 2022) التي أشارت الى عدم قدرة المصابين بداء السكري وبتر الأطراف في لبنان على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية ، وفي ذات السياق فقد توافقت هذه النتيجة مع دراسة (Smythe et al., 2022) التي أظهرت محدودية قدرة ذوي الإعاقة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية في زيمبابوي، ودراسة (Clemente et al., 2022) التي أشارت الى وجود معوقات تتعلق بالقدرة المالية لذوي الإعاقة تحد من وصولهم الى الخدمات الصحية في البرازيل، وكذلك دراسة (Rotarou & Sakellariou, 2017) التي أظهرت أن الشيليين من ذوي الإعاقة يواجهون مشاكل في القدرة على تحمل تكاليف العلاج والحصول على الأدوية.

وعليه يتضح من تحليل مكونات هذا البُعد وجود مجموعة واسعة من مُعيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المرتبطة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل التكاليف، وتشمل افتقار المرافق الصحية للقدرة على إمداد ذوي الإعاقة بالأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة، وضعف تناسب تكلفة الأدوية مع الإمكانيات المالية لذوي الإعاقة، وعدم شمولية التأمين الصحي للعديد من الخدمات، يُضاف إلى ذلك تكلفة النقل والمرافقة وفقاً لآراء الباحثين، وهو ما يجيب على تساؤل الدراسة الفرعي الرابع الذي ينص على ما هي طبيعة المُعيقات الخاصة بقدرة ذوي الإعاقة على تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم؟.

### 6.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الخامس:

ما هي طبيعة المُعيقات الخاصة بمستوى مُلاءمة خدمات الرعاية الصحية المُقدمة لذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم؟

يتضح من جدول رقم (17.4) وجود مجموعة متنوعة من مُعيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية المرتبطة ببعد الملاءمة، تتصف بالمستوى المتوسط وفقاً لتقديرات ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، إذ بلغ الوسط الحسابي لإجمالي بُعد الملاءمة ( 2.76 ) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، وفي إطار التحليل التفصيلي لفقرات هذا البُعد يتضح أن الفقرة الثامنة التي تنص على (تُقدم مرافق الرعاية الصحية خدماتها لذوي الإعاقة بدون تمييز) احتلت المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (3.95) وكان ذا دلالة إحصائية عالية ( $>0.001$ ) مقارنة بالقيمة الحيادية، بينما احتلت الفقرة الأولى التي تنص على (تتناسب الأجهزة الطبية المتوافرة في مرافق تقديم الخدمة مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة) المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدره (2.39) وكان ذا دلالة إحصائية عالية

( $0.001 >$ ) مقارنة بالقيمة الحيدية، ويتضح من نتائج التحليل التفصيلية الخاصة بفقرات هذا البُعد تعدد أشكال المُعيقات ما بين ضعف في ملاءمة تصميم المباني لاحتياجات ذوي الإعاقة، وضعف في ملاءمة التجهيزات داخل مرافق الرعاية الصحية العامة، مروراً بضعف في المهارات الفنية ومهارات التواصل للطواقم الطبية العاملة في المرافق العامة، بالإضافة إلى السياسات والنهج الذي تتبعه وزارة الصحة في التعامل مع ذوي الإعاقة وفقاً لآراء المبحوثين.

وتُفسر الباحثة وجود مثل هذه المُعيقات بمجموعة من الأسباب التي يقف في مُقدمتها ضعف عمليات التحديث والتطوير للبنى التحتية للمرافق الصحية العامة، إذ يتسم جزء من هذه المرافق بقدمه وعدم ملائمتها لاحتياجات ذوي الإعاقة وهو ما يضاعف جانب الملموسية في جودة الخدمة الصحية المقدمة لهذه الفئة فعدم جدية الوزارة في إجراء الترتيبات التيسيرية من مواءمات فيزيائية للمباني والمرافق الصحية وتأهيل وتدريب الكوادر الطبية للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة يشكل أحد أهم صعوبات الوصول الى تلك الخدمات (التميمي، 2018)، وقد اتفقت نتائج هذا البعد مع نتيجة دراسة ( Smythe et al., 2022) التي أظهرت ضعف ملاءمة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لاحتياجات ذوي الإعاقة، وكذلك دراسة ( Torsha et al., 2022) التي أظهرت ضعف ملاءمة مرافق الصحة العامة لاحتياجات ذوي الإعاقة، كما واتفقت مع دراسة (Kuper et al., 2016) التي أكدت على وجود معيقات ناتجة عن عدم تكييف وملائمة برامج الحماية الاجتماعية مع احتياجات ذوي الإعاقة، ومع دراسة (Najafi 2021) et al., و دراسة (Clemente et al., 2022) في وجود معيقات تتعلق بصعوبة التواصل بين المرضى من ذوي الإعاقة ومقدمي الرعاية.

### 7.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي السادس:

ما هي طبيعة الفروقات في استجابات المبحوثين من ذوي الإعاقة التي قد تُعزى إلى المتغيرات الديموغرافية التي تشمل (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع بطاقة التأمين، نوع الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، سبب الإعاقة، طبيعة العمل) في محافظة بيت لحم؟

يتضح من نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لقياس الفروق في استجابات المبحوثين حول مُعيقات الوصول والموضح في الجدول (19.4) أن استجابات ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم لم تُظهر فروقاً معنوية في معظم المتغيرات المدروسة باستثناء متغير الجنس الذي أظهر فروقاً كانت لصالح الذكور بمتوسط بلغ 2.89، ومتغير مكان السكن الذي أظهر فروقاً لصالح المدينة بمتوسط استجابة بلغ 2.95.

وتُفسر الباحثة وجود فروق في استجابات المبحوثين من ذوي الإعاقة تُعزى لمتغير الجنس وتميل لصالح الذكور الى أن خصوصية العامل الجندي المتعلق بالإعاقة يفرض نفسه على طبيعة الاحتياج وبالتالي طبيعة الاستجابة، إذ أن احتياجات الذكور ذوي الإعاقة وتقديراتهم قد تختلف باختلاف العامل الجندي كون الذكور ربما أكثر قدرةً على تخطي تلك المُعيقات والتعامل معها، بخلاف الإناث اللواتي قد تختلف تقديراتهن لتلك المُعيقات ارتباطاً باختلاف احتياجاتهن، فاختلاف القدرات الجسمانية والنفسية للذكور ذوي الإعاقة عن الإناث قد جعل من نظرتهم لمعيقات الوصول متغايرة ارتباطاً بطبيعة الجنس، يضاف الى ذلك أن الاحتياجات الخاصة بالذكور تختلف عن الاحتياجات الخاصة للإناث من طبيعة خدمات الرعاية الصحية، إذ أن بعض تلك الخدمات مرتبط بالطبيعة الأنثوية التي تختلف عن احتياجات الذكور، وبالتالي فإن اختلاف هذا الاحتياج أسهم في اختلاف وجهات نظرهم حول معيقات الوصول ارتباطاً بمتغير الجنس. أما فيما يتعلق بوجود مثل هذه الفروقات المرتبطة بمكان السكن وتميل لصالح المدينة فهي مرتبطة وبشكل مباشر بطبيعة البيئة التي يعيشها الشخص ذوي الإعاقة، فالقرى تتسم بصغر حجمها وتركز تقديم الخدمات ضمن مسافات أقرب يمكن الوصول إليها بشكل أسهل من تلك المتوافرة في المدن التي قد تتطلب قطع مسافات أطول وترتبط بمخاطر قد تكون مرتفعة كنتيجة لبعدها المسافات بين مكان السكن ومكان تقديم الخدمة في بعض الحالات ( Torsha et al., 2022 )، هذه التقديرات المرتبطة بالديموغرافيا السكنية للأشخاص ذوي الإعاقة انعكست على استجاباتهم، فسكان القرى كان لهم رأي مختلف عن سكان المدن فيما يتعلق بتلك الصعوبات ارتباطاً بهذا الجانب وهو ما يفسر وجود مثل هذه الفروق.

أما فيما يتعلق بعدم وجود فروق في استجابات المبحوثين حول مُعيقات الوصول تُعزى لكل من (العمر، نوع الإعاقة، الدخل، نوع بطاقة التأمين الصحي، المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة، المؤهل العلمي، سبب الإعاقة، طبيعة العمل)، فإن هذا الجانب يرتبط بمعايشة هذه الفئة لذات الظروف، وخُصوعهم لذات الأنظمة والبيئات التي يتعاملون معها، وهو ما يتوافق مع ما أورده دراسة البطسامي (2013) عن عدم وجود فروق في استجابات ذوي الإعاقة ترتبط بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي وشدة الحالة ونوع الإعاقة فيما يتعلق باستراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لذوي الإعاقة في محافظة نابلس كون فئة الإعاقة خاضعة لذات الظروف وتواجه ضغوطاً نفسية متشابهة وبالتالي تماثل الظروف الحياتية لتلك الفئة جعل هناك اتفاقاً في آرائهم حول تلك طبيعة تلك الضغوطات بغض النظر عن تلك المتغيرات، وقد توافقت هذا الاتجاه مع ما أورده دراسة العدة (2016) التي أشارت الى عدم وجود مثل هذه الفروق في تقديرات ذوي الإعاقة المرتبطة بالصعوبات التي يواجهها الطلبة ذوي الإعاقة في الجامعات الأردنية تُعزى لنوع الإعاقة كونهم يواجهون ذات الصعوبات التي تحفز إجاباتهم نحو الاتفاق

في طبيعة تشخيصها. ومن الجدير بالذكر أن غالبية ذوي الإعاقة المسجلين لدى الاتحاد العام لذوي الإعاقة هم أفراد قد حصلوا على بطاقة التأمين الصحي الحكومي وهو ما يفسر عدم وجود فروق تعزى لمتغير نوع بطاقة التأمين الصحي.

### 8.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

والتي تنص على: تُوجد مجموعة واسعة من المعوقات الخاصة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية التي ترتبط ب (التوافر، الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) في محافظة بيت لحم.

تشخص النتائج المستخلصة من واقع تحليل أبعاد معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الواردة في الجدول (18.4) واقع وطبيعة تلك الصعوبات، إذ أكدت نتائج تحليل مجال وأبعاد الدراسة أن الوسط الحسابي لإجمالي مجال معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بلغ (2.82)، وفي الإطار الترتيبي لمُعوقات الوصول احتل البعد الأول "التوافر" المرتبة الأولى من حيث المُعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في المحافظة، إذ بلغ متوسط إجابات المبحوثين على قبول توافر خدمات الرعاية الصحية (2.57)، بينما جاء في المرتبة الثانية بُعد الملاءمة بمتوسط حسابي قدره (2.76)، فيما احتل بُعد القدرة على تحمل التكاليف المرتبة الثالثة من حيث المعوقات بمتوسط حسابي بلغ (2.84)، أما بُعد إمكانية الوصول فقد جاء في المرتبة الرابعة، بوسط حسابي قدره (2.91)، أما ادنى المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى تلك الخدمات فتمثلت بالقبول بوسط حسابي بلغ (3.03)، فهذه النتائج تشير الى وجود مجموعة من المعوقات المرتبطة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في فلسطين، وقد توافقت هذه النتائج مع ما أوردته الأدبيات التي تناولت المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في السياق الفلسطيني التي تؤكد نتيجة ما توصلت اليه الباحثة في الدراسة الحالية، ففي هذا الإطار فان ضعف البنى التحتية للمرافق الصحية الملائمة لاحتياجات ذوي الإعاقة وضعف الترتيبات الخاصة بمواءمة المباني في جانبها الفيزيائي لهذه الاحتياجات الذي يترافق معه ضعف توافر كوادر مدربة ومؤهلة بمراكز تقديم خدمات الرعاية الصحية للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة يشكل أحد أهم صعوبات الوصول الى تلك الخدمات (التميمي، 2018)، وفي هذا السياق فان ضعف توافر خدمات صحية مناسبة وتخصية لفئة ذوي الإعاقة في مراكز الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية يشكل تحدياً يعيق وصولهم إلى تلك الخدمات، كما وأن الظروف القائمة في الأراضي الفلسطينية والتي يغلب عليها طابع التراجع الاقتصادي قد فرضت نفسه على فئة ذوي الإعاقة التي تعاني من ضعف قدرتها على تحمل تكاليف الرعاية الصحية التي أصبحت أحد التحديات الهامة التي تحول دون وصولهم المتكامل إلى تلك الخدمات

(Ghanem et al.,2016)، وهو اطار يخضع اليه اللاجئين الفلسطينيين من ذوي الإعاقة في المخيمات الفلسطينية بلبنان حيث تشكل صعوبات القدرة على تحمل التكاليف أبرز صعوبات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية (Baroud & Mouheildine, 2018)، يضاف الى ذلك محدودية قدرات وزارة الصحة التي لا تزال تعاني من حالة من ضعف بمجموعة واسعة من القدرات التنفيذية الخاصة بتزويد ذوي الإعاقة بتلك الخدمات والتي تشمل ضعف توفر لغة الإشارة في أقسام ودوائر ومراكز وزارة الصحة، بالإضافة الى عدم مراعاة الفروق الفردية واحتياجات الأفراد وخاصة النساء ذوات الإعاقة، وطول فترة الانتظار في مراكز وعيادات وزارة الصحة وهو ما يعزز معيقات التوافر في البيئة الفلسطينية (التميمي، 2018) فجميع تلك المسببات التي توصلت اليها الدراسة وعززتها نتائج الأدبيات تثبت نتيجة فرضية الدراسة الرئيسية الأولى التي تنص على " تُوجد مجموعة واسعة من المُعيقات الخاصة بوصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية التي ترتبط ب (التوافر، الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) في محافظة بيت لحم.

#### 9.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

والتي تنص على: تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط استجابات المبحوثين حول معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تُعزى للعوامل الفردية (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، مكان السكن، الدخل، نوع بطاقة التأمين، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، المعرفة بالاستحقاقات القانونية، طبيعة العمل) في محافظة بيت لحم.

يتضح من جدول (21.4) أن استجابات ذوي الإعاقة لم تُظهر فروقاً معنوية في كافة المتغيرات باستثناء متغير الجنس الذي أظهر فروقاً كانت لصالح الذكور ومتغير مكان السكن الذي أظهر فروقاً لصالح المدينة، في إطاره الإجمالي المرتبط بمعيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم، ويرتبط وجود مثل هذه الفروقات المرتبطة بالجانب الجندي بالقدرات الحركية والقوة البدنية للذكور المختلفة عن الإناث، هذا بالإضافة الى اختلاف طبيعة الاستجابة للمؤثرات الحسية الخاصة بهم، كما أن اختلاف السلوكيات والعلاقات الاجتماعية المرتبطة بعامل الجنس يفرض نفسه على استجاباتهم (Yu & Choe,2021)، وهذه الفروق مرتبطة باختلاف الجوانب التكوينية والفسولوجية للإناث مقارنة بالذكور، كون الذكور ربما أكثر قدرةً على تخطي تلك المُعيقات والتعامل معها، بخلاف الإناث اللواتي قد تختلف تقديراتهن لتلك المُعيقات ارتباطاً باختلاف احتياجاتهن، لذا اختلفت استجابات المبحوثين من ذوي الإعاقة من الذكور عن الإناث حول طبيعة مُعيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية، وانعكس هذا الاختلاف على استجاباتهم التي مالت لصالح الذكور.

أما فيما يتعلق بعدم وجود فروق في استجابات المبحوثين حول مُعيقات الوصول تُعزى لكل من (العمر، نوع الإعاقة، الدخل، نوع بطاقة التأمين الصحي، المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة، المؤهل العلمي، سبب الإعاقة، طبيعة العمل)، فإن هذا الجانب يرتبط بمعايشة هذه الفئة لذات الظروف، وخُضوعهم لذات الأنظمة والبيئات التي يتعاملون معها، إذ أكدت دراسة البطسامي (2013) عدم وجود فروق في استجابات ذوي الإعاقة ترتبط بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي وشدة الحالة ونوع الإعاقة فيما يتعلق باستراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لذوي الإعاقة في محافظة نابلس كون فئة الإعاقة خاضعة لذات الظروف وتواجه ضغوطا نفسية متشابهة وهو ما جعل تماثل في التقديرات لهذه الفئة بغض النظر عن شكل الإعاقة والأوضاع الاقتصادية التي تتشابه بينهم وقد توافق هذا الاتجاه مع ما أوردته دراسة العدة (2016) التي أشارت الى عدم وجود مثل هذه الفروق في تقديرات ذوي الإعاقة المرتبطة بالصعوبات التي يواجهها الطلبة ذوي الإعاقة في الجامعات الأردنية تعزى لنوع الإعاقة

## 2.5 الاستنتاجات

1. يمثل ذوي الإعاقة أحد الشرائح المجتمعية الهامة التي تطورت النظرة إليها من النموذج الطبي في التعاطي معها الى النهج المبني على الحقوق، وتشكل هذه الشريحة أحد المركبات السكانية الفلسطينية البالغ 2.1% من مجمل السكان في فلسطين، وتنتشر الإعاقة في المجتمع الفلسطيني بفعل مجموعة واسعة من المسببات التي تشمل الوراثة منها والمرضية، والحوادث، وجانب منها مرتبط بعوامل أخرى أهمها الاحتلال الإسرائيلي وما نجم عن سياساته القمعية.
2. ويواجه الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع الفلسطيني تحديات مركبة وواسعة، جزء من تلك التحديات يرتبط بالبيئة الفلسطينية الداخلية والجزء الآخر يرتبط بسياق الاحتلال الإسرائيلي وإجراءاته التي نجم عنها تقطيع أوصال المناطق الفلسطينية والنهج القائم على التمييز والتعسف، فالجزء الداخلي المرتبط بهذه المعوقات يرجع الى البنى التحتية الضعيفة والإمكانات غير الكافية للوصول إلى نظام صحي متكامل يضمن تميز الخدمات المقدمة لهذه الفئة، فبالرغم من الجهود المبذولة من قبل وزارة الصحة الفلسطينية لتوفير خدمات متكاملة لهذه الفئة، إلا أنها لا تزال بحاجة الى بذل جهود واسعة لتخطي العقبات والمعوقات القائمة في بيئة العمل الصحي التي تحول دون الوصول الى المستوى المطلوب لخدمة هذه الفئة، وتؤكد نتائج الدراسة التطبيقية وجود درجة متوسطة من معوقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية التي يواجهها ذوي الإعاقة في بيت لحم حيث بلغ الوسط الحسابي لتقديرات ذوي الإعاقة حول تلك المعوقات (2.82)، وقد توزعت تلك المعوقات ما بين (التوافر، إمكانية الوصول، القبول، القدرة على تحمل التكاليف، الملاءمة) ليحتل بعد التوافر المرتبة الأولى من حيث المعوقات بمتوسط حسابي (2.57)، يليه بُعد الملاءمة بمتوسط حسابي قدره (2.76)، فيما احتل بُعد القدرة على تحمل التكاليف المرتبة الثالثة من حيث المعوقات بمتوسط حسابي بلغ (2.84)، وبعُد إمكانية الوصول المرتبة الرابعة، بوسط حسابي قدره (2.91)، أما أدنى المعوقات التي تواجه ذوي الإعاقة في الوصول إلى تلك الخدمات فتمثلت ببعُد القبول بمتوسط حسابي بلغ (3.03).
3. تنتوع معوقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية في محافظة بيت لحم، وارتباطاً بالعوامل الفردية للمبحوثين من ذوي الإعاقة فقد أظهرت النتائج فروقاً لصالح سكان المدينة ترتبط بمتغير مكان السكن، إضافة الى الفروق المرتبطة بجنس ذو الإعاقة، هذه الفروق ترجع الى اختلاف القدرات الجسمانية والتقديرات النفسية والحسية بين الذكور والإناث، يضاف الى ذلك اختلاف خصائص تقديم الخدمة في المدن عنها في القرى والمخيمات التي تتسم بطابعها الضيف نسبياً، وفي ذات السياق فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق تعزى للعوامل الفردية الأخرى للمبحوثين وتشمل (العمر، المؤهل العلمي، الدخل، نوع بطاقة التأمين، نوع الإعاقة، سبب الإعاقة، المعرفة

بالاستحقاقات القانونية، طبيعة العمل) وهو ناجم عن تشابه الظروف التي تعاشها هذه الفئة والتوافق في اتجاهاتهم حول تقدير المعوقات التي تواجههم، وفي اطار هذه الاستنتاجات تقدم الباحثة مجموعة من التوصيات الي يمكنها الإسهام في تطوير جوانب تقديم خدمات الرعاية الصحية لهذه الفئة.

### 3.5 التوصيات

بناءً على نتائج الدراسة التي تم التوصل إليها ومناقشتها من خلال الإجابة عن تساؤلات الدراسة كلً على حده، أوصت الدراسة بالتوصيات التالية والتي يتطلب تنفيذها إشراك قطاعات مختلفة كوزارة الصحة والتعليم والنقل ومنظمات المجتمع المدني، وذوي الإعاقة وأسرههم.

1. تُوصي الدراسة بضرورة تركيز وزارة الصحة الفلسطينية على بُعد توافر خدمات الرعاية الصحية الخاصة بذوي الإعاقة، وعلى وجه التحديد توفير الأجهزة المُساعدة مثل (العصا - عكازات - كرسي متحرك - أجهزة مساعدة للسمع...)، هذا بالإضافة إلى توفير خدمات التأهيل لذوي الإعاقة بشكل مستدام، مع الاهتمام بتطوير آليات خاصة لتقديم الخدمات لذوي الإعاقة بحيث لا يضطرون إلى قضاء فترات طويلة للحصول عليها.
2. تُوصي الدراسة وزارة الصحة بإنشاء المزيد من العيادات ورفع مستوى الخدمات المقدمة فيها لا سيما في المناطق المهمشة والأكثر احتياجاً وذلك لضمان وصول ذوي الإعاقة الى الرعاية الصحية الأولية في تلك المناطق.
3. تُوصي الدراسة الجهات المسؤولة في وزارة الصحة بالعمل على تهيئة بيئة مادية خالية من العوائق في مرافقها، لضمان وصول ذوي الإعاقة الى مباني العيادات والمستشفيات العامة ودخولهم إليها، وخروجهم منها دون مساعدة وبدون صعوبات لا مبرر لها.
4. على المستوى التنظيمي لمؤسسات الرعاية الصحية، تُوصي الدراسة بضرورة تقديم تدريب مستمر لجميع المتخصصين في الرعاية الصحية بشكل عام والموظفين الذين يتعاملون بشكل مباشر مع الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل خاص، والذي يتضمن التدريب على التواصل الفعال مع الأشخاص ذوي الإعاقة.
5. تُوصي الدراسة بضرورة تطوير الوعي العام بحقوق ذوي الإعاقة، ومكافحة التمييز عبر مشاريع هادفة تتبناها المنظمات الرسمية ومنظمات المجتمع المدني، تُركز على مكافحة الوصمة الخاصة بالإعاقة، وتطوير الفهم العام بأهمية هذه الفئة في البناء الاجتماعي.

6. تُوصي الدراسة مُنظمات المجتمع المدني بضرورة تركيز أنشطتها على قضايا تمكين ذوي الإعاقة، ومحاولة تجنيد التمويل لصالح توفير المستلزمات الطبية الخاصة بهم باعتبارهم أحد الفئات الهشة ذات القدرة الضعيفة على تحمل تكاليف الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

7. ارتباطاً بقدرة البحوث على توفير المعلومات اللازمة للسياسات والبرامج المتعلقة بها؛ تُوصي الدراسة بالاهتمام بمجالات البحث بقضايا الإعاقة على المستوى الوطني للكشف عن السمات والصفات والمعلومات الخاصة بالإعاقة في فلسطين.

#### 4.5 قيود الدراسة

أولاً: حُصصت الدراسة الراهنة للبحث في معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة (الحركية، السمعية، والبصرية)، بينما لم يتم تضمين الأنواع الأخرى للإعاقة في إطار الحد الموضوعي للدراسة الراهنة كالإعاقة الذهنية والنفسية وغيرها.

ثانياً: تم إجراء الدراسة على فئة ذوي الإعاقة في محافظة بيت لحم، لذا فإن نتائج الدراسة الراهنة يمكن تعميمها في إطار الحدود الجغرافية للمحافظة.

ثالثاً: حُصصت الدراسة الراهنة للبحث في معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة (الحركية، السمعية، والبصرية) المسجلين في الاتحاد الفلسطيني العام للأشخاص ذوي الإعاقة وهو ما يعني أن معظم هؤلاء الأفراد لديهم بطاقة التأمين الصحية الحكومي المجاني.

#### 5.5 موضوعات البحث المستقبلية

تقترح الباحثة إجراء دراسات مستقبلية يمكن تأطيرها في العناوين التالية:

1. تقييم مدى الالتزام بتطبيق نظام التأمين الصحي الخاص بذوي الإعاقة 2021 وانعكاسه على خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في فلسطين.
2. فعالية دور منظمات المجتمع المدني في تقديم خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة في فلسطين.

## المصادر والمراجع

### أولاً: المراجع بالعربية:

1. أبو سرور، شذى والأفندي، شروق (2021). أثر جائحة كورونا على حصول ووصول الأطفال ذوي الإعاقة للخدمات الصحية والاجتماعية في جنوب الضفة الغربية. مؤسسة إنقاذ الطفل. فلسطين.
2. أبو شخيدم، سحر واشتية، هبة. (2020). واقع التسهيلات البيئية في جامعة النجاح الوطنية من وجه نظر الطلبة ذوي الإعاقة. المجلة العربية للنشر العلمي. (21)2. 343-364.
3. أبو يحيى، محمد. دور الأسرة في منع الإعاقة ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الإسلام. سلسلة دراسات إسلامية 9. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع. 2011.
4. الإسكوا. (2018a). الدليل الإقليمي لتحسين جمع البيانات المتعلقة بالإعاقة وتحليلها في البلدان العربية. [www.escwa.un.org](http://www.escwa.un.org).
5. الإسكوا. (2018b). تعزيز الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة في البلدان العربية. الأمم المتحدة. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.
6. الشمري، مشوح (2004). تقويم فعالية برامج التأهيل المهني للمعوقين من وجهة نظر المعوقين والمشرفين ورجال الاعمال. رسالة ماجستير غير منشورة. اكااديمية نايف العربية للعلوم. المملكة العربية السعودية.
7. القصاص، مهدي (2004 ديسمبر). التمكين الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة دراسة ميدانية. المؤتمر العربي الثاني الإعاقة الذهنية بين التجنب والرعاية. جمهورية مصر العربية. جامعة أسيوط.
8. البطسامي، سلام (2013). مستوى إدارة إستراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. فلسطين.
9. الأمم المتحدة (2006). اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة والبروتوكول الاختياري. تم استرجاعه بتاريخ 2022/9/15. الموقع: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/optional-protocol.html>
10. باتشيرجي، أنول. بحوث العلوم الاجتماعية المبادئ والمناهج والممارسات. ترجمة خالد بن ناصر ال حيان. الطبعة العربية. عمان: دار اليازوي العلمية للنشر والتوزيع. 2015.

11. بايج، تيد (2019). إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة في العمل الإنساني 39 مثالاً للممارسات الميدانية، والخبرات المستفادة من 20 دولة، فيما يخص جميع مراحل الاستجابة الإنسانية. البعثة المسيحية للمكفوفين ومنظمة الإنسانية والإدماج والتحالف الدولي للإعاقة.
12. بدر الدين، ايه ومحمد، افراح (2020). واقع استخدام إستراتيجيات التدريس من قبل المعممين لتلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية في مراكز التربية الخاصة في مركز محافظة أربيل. مجلة كلية التربية. جامعة واسط. 3(38). 957-978.
13. التميمي، إسلام (2018). حق الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية الواقع الفلسطيني. رام الله. فلسطين.
14. توفيق، رانيا. (2018). الحق في الصحة، كتيب تعريفي. الوكالة الألمانية للتعاون الدولي. المجلس القومي لحقوق الإنسان.
15. جرادات، إدريس (2012 فبراير). مشاركة الطلبة ذوي الإعاقة في الأنشطة والفعاليات الجامعية اللامنهجية. أعمال المؤتمر الدولي الأول لعامة شؤون الطلبة: طلبة الجامعات الواقع والآمال. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين. 43-72.
16. جلال الدين، أميمة (2020). المشكلات السلوكية وعلاقتها بالحاجات النفسية لدى الطلاب المعاقين سمعياً بكلية الفنون الجميلة والتطبيقية جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. السودان.
17. جمعية الصحة العالمية (2021). تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. الجلسة العامة السابعة. جنيف. سويسرا.
18. جمهور، هيفاء (2017). السمعة وعلاقتها بالتدخين لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية في فلسطين. دراسات. العلوم التربوية. 44(4). 215-221.
19. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019). البيانات الرئيسية لذوي الإعاقة في محافظات الضفة الغربية. بيانات غير منشورة. رام الله. فلسطين.
20. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019). التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017 النتائج النهائية للسكان التقرير التفصيلي محافظة بيت لحم. رام الله - فلسطين.
21. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2019). التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017. رام الله. فلسطين.
22. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2021). خصائص الأفراد ذوي الإعاقة في فلسطين دراسة تحليلية تستند على بيانات تعدادي السكان والمساكن والمنشآت 2007-2017. رام الله- فلسطين.

23. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الشؤون الاجتماعية (2011). مسح الأفراد ذوي الإعاقة 2011 تقرير النتائج الرئيسية. رام الله. فلسطين.
24. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2017). السكان الفلسطينيون في فلسطين ذوي الإعاقة حسب المنطقة والمحافظات. [https://www.pcbs.gov.ps/Portals/\\_Rainbow/Documents/DISABILITY-2018-01A.html](https://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/DISABILITY-2018-01A.html)
25. حزام، فتيحة. (2019). فلسفة ومناهج العلوم القانونية. المركز الأكاديمي للنشر، الإسكندرية.
26. الحسين، هبة. (2017). الاغتراب النفسي لدى المعاقين بصرياً. مجلة نسق. العدد 14. 249-277.
27. الحسيني، نسرين والكاظم، موسى (2018). جريمة تسول ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة دراسة مقارنة. لارك للفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية. 2(31). 491-514.
28. خرما، ايغا ونجار، محمد. (2019). المعوقين حركيا في سورية بين الواقع والقوانين مدينة اللاذقية أنموذجا. مجلة جامعة تشرين. الأدب والعلوم الإنسانية. 41(5). 593-610.
29. الخياط، فاطمة (2021) ذوي الإعاقة الاحتياجات الخاصة الواقع والمأمول. المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة. 4(14). 97-104.
30. الدخيل، أحمد ومحمد، أثير. (2017) الحقوق المالية للشباب ذوي الإعاقة في القانون العراقي دراسة مقارنة مع الاتفاقية الدولية. مجلة الجامعة العراقية. 38(1). 450-468.
31. الرشيد، أحمد. (2019). دور البرامج الإذاعية في تشكيل معارف الجمهور نحو ذوي الاحتياجات الخاصة دراسة تطبيقية على الهيئة العامة للإذاعة القومية السودانية أم درمان. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أفريقيا العالمية. السودان.
32. رضوان، دلال (2011). دراسة تقييمية للخدمات التي تقدمها المؤسسات الاجتماعية لذوي الحاجات الخاصة بمحافظة شمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس. أبو ديس. فلسطين.
33. رومية، جلال ومزيد، منية (2017 ديسمبر). رؤية مقترحة لتمكين التعليم التقني لذوي الإعاقة في محافظات غزة في ظل العولمة واقع وتحديات. قدم للمشاركة في فعاليات المؤتمر العلمي الثاني الاستدامة والبيئة الإبداعية في قطاع التعليم التقني. كلية فلسطين التقنية. غزة. فلسطين. 1-32.
34. سعيد، حاتم وزيدان، عباس (2021). حق تعليم الأطفال ذوي الإعاقة في القانون والمواثيق الدولية. مجلة كلية القانون للعلوم القانونية والسياسية. 10(39). 117-141.
35. سليمان، خديجة وعلي، وحيدة (2017). فاعلية برنامج تعليمي للتدخل المبكر مستند إلى

- الصور التوضيحية في إكساب بعض المفاهيم للأطفال ذوي الإعاقة السمعية. مجلة كلية التربية للبنات. 28(5). 1489-1499.
36. صفصاف، فاطمة (2021). حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في إطار المنظومتين الدولية والأفريقية لحقوق الإنسان. الكتاب السنوي لحقوق الإنسان في افريقيا. المحكمة الافريقية لحقوق الإنسان والشعوب. تنزانيا.
37. السماك، حنين (2021). تأثير العدوان على النساء والفتيات ذوات الإعاقة والجريحت في قطاع غزة. مركز شؤون المرأة. غزة. فلسطين.
38. شحاته، سحر والقحطاني، هشام (2020). التحول نحو التعليم الرقمي وفق رؤية 0202 في ضوء بعض المتغيرات من وجهة نظر العاملين مع ذوي الإعاقة. مجلة البحوث التربوية والنفسية. 67(17). 245-267.
39. سعدي، أحمد (2021). مدى رضا المعاقين عن الخدمات الاجتماعية المقدمة بالمستشفيات الحكومية في منطقة جازان دراسة ميدانية على عينة من المعاقين بالمستشفيات الحكومية في منطقة جازان. المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات. 2(15). 159-222.
40. ضميدي، أحمد (2013). رعاية ذوي الإعاقة في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي الفلسطيني محافظة نابلس نموذجاً دراسة تحليلية مقارنة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة القدس. أبو ديس. فلسطين.
41. عابد، نايف (2022). العينة العنقودية ومتعددة المراحل. دورة متوسطة حول تصميم عينات المسوح الإحصائية. المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية. عمان. الأردن.
42. عابدين، عصام. إنفاذ الحقوق الاقتصادي والاجتماعية لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في التشريع الفلسطيني. ط 1. رام الله: مؤسسة الحق. 2021.
43. العاجز، فؤاد وعساف، محمود. (2013). أنماط رعاية الطلبة المعوقين بمدارس التعليم العام بمحافظات غزة وسبل تحسينها. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. 21(3). 199-237.
44. عباس، مروة (2020). دور وسائل الإعلام في تمكين ذوو الإعاقة للمشاركة في المجتمع دراسة ميدانية. مجلة البحوث التربوية والنفسية. 66(17). 546-570.
45. عبد الحميد، محمود. (2020). فاعلية خدمات الرعاية الصحية في برنامج الحماية الاجتماعية للمعاقين جسماً. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية. 18(2). 97-120. <https://doi.org/10.21608/JFSS.2020.106092>.
46. عبد، عمار وهراطه، هشام والأمير، فاطمة (2020). أهم المشكلات التي تواجه ذوي

- الاحتياجات الخاصة دراسة تحليلية. مجلة بابل للعلوم الإنسانية. 28(1). 59-76.
47. عبود، شيماء (2022). الضمانات التشريعية لذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة المحقق الحلبي للعلوم القانونية والسياسية. العدد 1. 884-913.
48. العدر، إبراهيم (2016). التحديات التي تواجه الطلبة ذوي الإعاقة في الجامعة الأردنية دراسة ميدانية. دراسات. العلوم الإنسانية والاجتماعية. 43(5). 2032-2013.
49. العكام، رؤى. (2019). صدق وثبات الاستبيان. جامعة بابل
50. علوان، أمل (2021). حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة بين التشريع الوضعي والتطبيق الفعلي. المجلة العراقية للبحوث الإنسانية والاجتماعية والعلمية. العدد 2. 311-332.
51. عمرو، زياد. (2001). حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة في التشريعات السارية في فلسطين. الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن. [www.piccr.org](http://www.piccr.org).
52. عودة، عقيل ومحيسن، إكرام (2022). المسؤولية الجزائية عن الادعاء بالإعاقة وفق قانون رعاية ذوي الإعاقة والاحتياجات الخاصة دراسة تحليلية. مجلة كلية القانون والعلوم السياسية. 10(17). 31-38.
53. غانم، بتول (2015). واقع الخدمات التربوية المقدمة للطالبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس الحكومية الأساسية في مدينة جنين من وجهة نظر العاملين. مجلة جامعة الأقصى. سلسلة العلوم الإنسانية. 19(1). 258-292.
54. غنايم، مدحت. (2021). ضمانات حقوق ذوي الإعاقة في مصر بين الواقع والمأمول. المجلة القانونية. 9(15). 4931-5074.
55. كواص، عبر. (2021). حقوق ذوي الإعاقة ثراء تشريعي وغياب النجاعة. حلول (قاعدة معرفية حول السياسات العمومية في تونس).
56. محمد، هناء والفريخ، امل (2018). تصور مقترح من الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية لتحسين جودة الحياة لذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة جامعة الملك خالد للعلوم الإنسانية. 5(1). 63-102.
57. المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان (2020). أوضاع الأشخاص ذوي الإعاقة في قطاع غزة في ظل جائحة كورونا تقرير خاص حول آليات التدخل لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة في ظل جائحة كورونا. غزة. فلسطين.
58. منظمة الصحة العالمية. (2016). الحق في الصحة: اجتياز المعوقات للوصول إلى الخدمات الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة 2014-2015. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
59. منظمة الصحة العالمية. (2022). الحق في الصحة. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

60. المهيري، عوشة والسرطاوي، عبد العزيز وعبدات، روجي وطه، بهاء (2015). تقييم مستوى الخدمات المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة في إمارة أبو ظبي. المجلة العلمية لكلية التربية. جامعة اسيوط. 21(1). 378-395.
61. نجم، تغريد (2017). تمكين الأشخاص ذوي الإعاقة في قطاع غزة آفاق وتحديات. سلسلة أوراق بحثية شابة. بال ثينك للدراسات الإستراتيجية. غزة. فلسطين.
62. النصراوي، حيدر (2017). الصحة النفسية لذوي الإعاقة الحركية في محافظة بغداد. مجلة البحوث التربوية والنفسية. العدد 54. 302-325.
63. هادف، نجاه (2014). دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الإداريين والأساتذة دراسة ميدانية بمؤسستي ذوي الاحتياجات الخاصة مدرسة المعوقين سمعياً والمركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنياً بولاية سكيكدة. أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة محمد خيضر. بسكرة. الجزائر.
64. الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن (2006). حقوق المعوقين في المجتمع الفلسطيني. سلسلة تقارير خاصة 47. اليوم العالمي للمعوق. رام الله. فلسطين.
65. النجار، يحيى (2012). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الأمن النفسي لدى المعوقين حركياً. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. 20(1). 557-594.
66. شامية، هيثم (2019). دور اللامركزية الإدارية في تعزيز الإدارة الاستراتيجية للمؤسسات الدولية في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة القدس. أبو ديس. فلسطين.
67. وراسنة، حسين وأبو سرور، شذى والمجيد، أيمن (2015). واقع وصول الأطفال ذوي الإعاقة للخدمات التعليمية والاجتماعية والصحية في الضفة الغربية. جمعية الشبان المسيحية. القدس. فلسطين.
68. وزارة الصحة. (2020). الإستراتيجية الصحية الوطنية 2021-2023. فلسطين.
69. وزارة الصحة. (2021). الإستراتيجية القطاعية للصحة 2021-2023. مكتب رئيس الوزراء. الخطة الوطنية التنموية. فلسطين.
70. وفا. (2022). الاتفاقيات الدولية. مركز المعلومات الوطني الفلسطيني. تم استرجاعه بتاريخ 2023/2/13. الموقع:
- [https://info.wafa.ps/ar\\_page.aspx?id=QTYyiGa4996703250aQTYyiG](https://info.wafa.ps/ar_page.aspx?id=QTYyiGa4996703250aQTYyiG)
71. وكالة الأنباء الفلسطينية وفا (2023). الأشخاص المعاقون في الأراضي الفلسطينية. تم استرجاعه بتاريخ. 2023/2/12. الموقع:
- [https://info.wafa.ps/ar\\_page.aspx?id=3196](https://info.wafa.ps/ar_page.aspx?id=3196)
72. وكالة وطن للأبناء. (2022). وزارة الصحة لوطن نسعى لزيادة ذوي الإعاقة المستفيدين من التأمين. تم استرجاعه بتاريخ 2022/10/15. الموقع:

<https://www.wattan.net/ar/video/390317.html>

73. ويس، هاجر (2020 نوفمبر). معوقات التعليم الإلكتروني للأشخاص ذوي الإعاقة وطرق علاجها الإعاقة السمعية والبصرية نموذجاً. مجلة كلية الكوت الجامعة للعلوم الإنسانية. عدد خاص لبحوث المؤتمر الدولي التاسع والعشرين "التعليم الرقمي بين الحاجة والضرورة. جامعة السليمانية. العراق. 40-52.

#### ثانياً: المراجع بالأجنبية:

1. Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). **A Framework for the Study of Access to Medical Care**. Health Services Research, 9(3), 208. [/pmc/articles/PMC1071804/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1071804/).
2. Ahumuza, S. E., Matovu, J. K. B., Ddamulira, J. B., & Muhanguzi, F. K. (2014). **Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda**. Reproductive Health, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-59/TABLES/2>.
3. Albert, B., & Hurst, R. (2012). **Disability and a human rights approach to development**. [www.disabilitykar.net](http://www.disabilitykar.net).
4. Amzat, J., & Razum, O. (2017). **Towards a sociology of health discourse in Africa. Towards a Sociology of Health Discourse in Africa**, 1–165. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-61672-8>
5. Andersen, R. M. (1995). **Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?** Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1. <https://doi.org/10.2307/2137284>.
6. Apgar, D. (2013). **Disability**. In **Encyclopedia of Social Work**. eton Hall University Department of Sociology, Anthropology, Social Work, and Criminal Justice. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.541>.
7. Baart, J., & Taaka, F. (2017). **Barriers to healthcare services for people with disabilities in developing countries: A literature review**. Disability, CBR & Inclusive Development, 28(4), 26-40.
8. Badu, E., Agyei-Baffour, P., & Opoku, M. P. (2016). **Access barriers to health care among people with disabilities in the Kumasi Metropolis of Ghana**. Canadian Journal of Disability Studies, 5(2), 131-151.
9. Baroud, M., & Mouheildine, O. (2018). **Healthcare Needs and Barriers of Persons with Disabilities: An Exploratory Study among Syrian Refugees, Palestine Refugees from Syria, and Lebanese** | Enhanced Reader.
10. Berteau, E., & Zaiț, P. A. (2013). **Scale validity in exploratory stages of research**. Management and marketing journal, 11(1), 38-46.
11. Bright, T., & Kuper, H. (2018). **A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries**. International Journal of Environmental

- Research and Public Health, 15(9).  
<https://doi.org/10.3390/IJERPH15091879>.
12. Burke, E., Kébé, F., Flink, I., Van Reeuwijk, M., & May, A. Le. (2017). **A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal.** *Reproductive Health Matters*, 25(50), 43–54. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>.
  13. Cabieses, B., & Bird, P. (2014). **Glossary of access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature.** *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 44(4), 845–861. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.J>.
  14. Chaiban, L., Benyaich, A., Yaacoub, S., Rawi, H., Truppa, C., & Bardus, M. (2022). **Access to primary and secondary health care services for people living with diabetes and lower-limb amputation during the COVID-19 pandemic in Lebanon: a qualitative study.** *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-07921-7/FIGURES/1>.
  15. Christian Blind Mission - CBM. (2016). **Inclusion Counts The Economic Case for Disability-Inclusive Development Series on Disability-Inclusive Development.** Bensheim, Germany.
  16. Clemente, K. A. P., da Silva, S. V., Vieira, G. I., de Bortoli, M. C., Toma, T. S., Ramos, V. D., & de Brito, C. M. M. (2022). **Barriers to the access of people with disabilities to health services: a scoping review.** *Revista de Saude Publica*, 56. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2022056003893>.
  17. Degener, T. (2016). **Disability in a Human Rights Context.** *Laws* 2016, Vol. 5, Page 35, 5(3), 35. <https://doi.org/10.3390/LAWS5030035>.
  18. Development Studies Center-Birzeit University. (2012). **The National Strategic Plan of the Disability Sector in the Occupied Palestinian Territories For the Supreme Council of the Affairs of Persons with Disabilities Strategic Plan Structure Introduction from the Supreme Council of the Affairs of Persons with.**
  19. Donabedian, A. (1972). **Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them.** *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103. <https://doi.org/10.2307/3349436>.
  20. Drainoni, M. L., Lee-Hood, E., Tobias, C., Bachman, S. S., Andrew, J., & Maisels, L. (2006). **Cross-disability experiences of barriers to health-care access: Consumer perspectives.** *Journal of Disability Policy Studies*, 17(2), 101–115. <https://doi.org/10.1177/10442073060170020101>.
  21. Edmonds, L. J. (2005). **Disabled people and development.** Asian Development Bank.

22. Edwin, M., Collins, S., Gladys, N. (2017). **Inclusion for Health access for older persons in the Acholi Sub Region of Northern Uganda**. Geneva Challenge.
23. Eide, A. H., Mannan, H., Khogali, M., Van Rooy, G., Swartz, L., Munthali, A., Hem, K. G., MacLachlan, M., & Dyrstad, K. (2015). **Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries**. *PloS One*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0125915>.
24. Eleweke, C. J., & Ebenso, J. (2016). **Barriers to accessing services by people with disabilities in Nigeria: Insights from a qualitative study**. *Journal of Educational and Social Research*, 6(2), 113.
25. Ferry, N. (2018). **A systematic review of cloud modeling languages**. *ACM Computing Surveys (CSUR)*, 51(1), 1-38.
26. Gaihre R, Rajbhandary R, Lohani S, Giri R, Sapkota S (2016). **Understanding the sexual and reproductive health needs of young persons with disability in Nepal**. Marie Stopes International.
27. Ganle, J. K., Otupiri, E., Obeng, B., Edusie, A. K., Ankomah, A., & Adanu, R. (2016). **Challenges Women with Disability Face in Accessing and Using Maternal Healthcare Services in Ghana: A Qualitative Study**. *PloS One*, 11(6). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0158361>
28. Gaur, A., Kumar, N., Pandey, S., Bose, S., (2016). **Accessibility Standards for Healthcare**. Ministry of Health. India.
29. George, J., Philip, W., & Ghemlas, S. (2018). **Saudi Arabia Article in Indian Journal of Public Health Research and Development**. Medical City. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00639.3>.
30. Ghanem, H. M. H., Jorgensen, S., Banerjee, A., El-Gammal, Y., Kaur, I., Hillis, S., & Pallares-Miralles, M. (2016). **Disability in the Palestinian Territories. Disability in the Palestinian Territories**. <https://doi.org/10.1596/25182>.
31. Giacaman, R. (2021). **Conceptual Frameworks of Disability in the Occupied Palestinian Territory with a focus on the Palestinian legal and health systems Literature Review**. Arts and Humanities Research Council (AH/T005440/1). [www.disabilityundersiege.org](http://www.disabilityundersiege.org).
32. Giacaman, R., Ladadwa, R., Abdul-Samad, L. (2021). **Comparison of the 1999 Palestinian Disability Law and the Draft 2019 Palestinian Disability Law**. Arts and Humanities Research Council (AH/T005440/1).
33. Grand, J. Le. (1982). **The strategy of equality: Redistribution and the social services**. *Journal of Social Policy*, 12(4), 550–551. <https://doi.org/10.1017/S0047279400013167>.
34. Grills, N., Singh, L., Pant, H., Varghese, J., Murthy, G. V. S., Hoq, M., & Marella, M. (2017). **Access to services and barriers faced by people with disabilities: A quantitative survey**. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 28(2), 23–44. <https://doi.org/10.5463/DCID.V28I2.615>.
35. Gudlavalleti, M. V. S., John, N., Allagh, K., Sagar, J., Kamalakannan, S.,

- Ramachandra, S. S., Shamanna, B. R., Noe, C., Pant, H. B., Soji, F., & Mani, S. (2014). **Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study.** *BMC Public Health*, 14(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1125/TABLES/5>.
36. Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). **What does “access to health care” mean?** *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>.
37. Hamilton, N., Olumolade, O., Aittama, M., Samoray, O., Khan, M., Wasserman, J. A., ... & Ragina, N. (2020). **Access barriers to healthcare for people living with disabilities.** *Journal of Public Health*, 1-9.
38. Harrison, J. A., Thomson, R., Banda, H. T., Mbera, G. B., Gregorius, S., Stenberg, B., & Marshall, T. (2020). **Access to health care for people with disabilities in rural Malawi: what are the barriers?** *BMC Public Health*, 20(1), 1-17.
39. Hunt, P. (2016). **Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health.** *Health and Human Rights*, 18(2), 109. [/pmc/articles/PMC5394996/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394996/).
40. Lagu, T., Hannon, N. S., Rothberg, M. B., Wells, A. S., Laurie Green, K., Windom, M. O., Dempsey, K. R., Pekow, P. S., Avrunin, J. S., Chen, A., & Lindenauer, P. K. (2013). **Access to Subspecialty Care for Patients With Mobility Impairment A Survey.** [www.annals.org](http://www.annals.org).
41. Ledger L (2016). **Access to maternal and newborn health services for women with disabilities in Timor- Leste.** *CBM Australia*
42. Lee, Y. H., Lu, C. W., Huang, C. T., Chang, H. H., Yang, K. C., Kuo, C. S., ... & Huang, K. C. (2019). **Impact of a home health care program for disabled patients in Taiwan: A nationwide population-based cohort study.** *Medicine*, 98(7).
43. Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). **Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations.** *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18/FIGURES/2>.
44. Lyra, T. M., Veloso de Albuquerque, M. S., Santos de Oliveira, R., Morais Duarte Miranda, G., Andréa de Oliveira, M., Eduarda Carvalho, M., Fernandes Santos, H., Penn-Kekana, L., & Kuper, H. (2022). **The National Health Policy for people with disabilities in Brazil: an analysis of the content, context and the performance of social actors.** *Health Policy and Planning*, 37(9), 1086–1097. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZAC051>.
45. MacLachlan, M., & Mannan, H. (2014). **The World Report on Disability and its implications for rehabilitation psychology.** *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 117–124. <https://doi.org/10.1037/A0036715>.

46. Mactaggart, I., Kuper, H., Murthy, G. V. S., Sagar, J., Oye, J., & Polack, S. (2016). **Assessing health and rehabilitation needs of people with disabilities in Cameroon and India.** *Disability and Rehabilitation*, 38(18), 1757–1764. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107765>.
47. Mahmoudi, E., & Meade, M. A. (2015). **Disparities in access to health care among adults with physical disabilities: analysis of a representative national sample for a ten-year period.** *Disability and Health Journal*, 8(2), 182–190. <https://doi.org/10.1016/J.DHJO.2014.08.007>.
48. Marie, M., & Battat, M. (2021). **Access limitation to health services in Palestine and its consequences on Palestinian mental health and wellbeing: literature review.** DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-167116/v3>.
49. Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). **Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies.** *BMC women's health*, 21, 1-23. <https://doi.org/10.1186/S12905-021-01189-5>.
50. Mavuso, S. S., & Maharaj, P. (2015). **Access to sexual and reproductive health services: Experiences and perspectives of persons with disabilities in Durban, South Africa.** *Agenda*, 29(2), 79–88. <https://doi.org/10.1080/10130950.2015.1043713>.
51. Mprah, W. (2013). **Perceptions about barriers to sexual and reproductive health information and services among deaf people in Ghana.** *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 24(3), 21–36. <https://doi.org/10.5463/DCID.V24I3.234/METRICS/>.
52. Najafi, Z., Abdi, K., Khanjani, M. S., Dalvand, H., & Amiri, M. (2021). **Convention on the rights of persons with disabilities: Qualitative exploration of barriers to the implementation of articles 25 (health) and 26 (rehabilitation) in Iran.** *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.47176/MJIRI.35.10>.
53. Nachiappan N, Mackinnon S, Ndayizeye JP, Greenfield G, Hargreaves D. Barriers to accessing health care among young people in 30 low-middle income countries. *Health Sci Rep.* 2022 Jul 20;5(4): e733. doi: 10.1002/hsr2.733. PMID: 35873403; PMCID: PMC9297382
54. Norris, T. L., & Aiken, M. (2006). **Personal access to health care: a concept analysis.** *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 23(1), 59–66. <https://doi.org/10.1111/J.0737-1209.2006.230109.X>.
55. Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., Alba, S., Dillip, A., Hetzel, M. W., Mayumana, I., Schulze, A., & Mshinda, H. (2007). **Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action.** *PLoS Medicine*, 4(10), 1584–1588. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.0040308>.
56. Odoom, A., Tauro, B., Williamson, J., Yeboah, A., Laird, C (2013). **Access to health care for persons with intellectual disabilities in Ghana: mapping the issues and reviewing the evidence.** *Star-Ghana*.

- 57.OHCHR. (2008). **Fact Sheet No. 31: The Right to Health** | OHCHR. <https://www.ohchr.org/en/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-31-right-health>.
- 58.Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). **Equity of access to health care: outlining the foundations for action**. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), 655–658. <https://doi.org/10.1136/JECH.2003.017731>.
- 59.Park, J. M. (2014). **Disability and health service utilization among old Koreans**. *Health*, 2014(05), 404–409. <https://doi.org/10.4236/HEALTH.2014.65058>.
- 60.Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction**. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>.
- 61.Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). **Poverty and access to health care in developing countries**. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. <https://doi.org/10.1196/ANNALS.1425.011>.
- 62.Peterson-Besse, J. J., Walsh, E. S., Horner-Johnson, W., Goode, T. D., & Wheeler, B. (2014). **Barriers to health care among people with disabilities who are members of underserved racial/ethnic groups: a scoping review of the literature**. *Medical Care*, S51-S63.
- 63.Pinto L, Muhache C. **Access Barriers to Health Services Perceived by People with Disabilities in Maputo-Mozambique**. *Ann Community Med Prim Health Care*. 2023; 2(1): 1015.
- 64.Pinto, A., Köpcke, L. S., David, R., & Kuper, H. (2021). **A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil-Are People with Disabilities Being Denied Their Right to Health?**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–11. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18062953>.
- 65.Quinn, G., & Degener, T. (2002). **The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability**, Geneva: United Nations.
- 66.Reoch, A., & Thomson, K. (2018). **What is Access?** Commonwealth of Australia.
- 67.Rotarou, E. S., & Sakellariou, D. (2017). **Inequalities in access to health care for people with disabilities in Chile: the limits of universal health coverage**. *Critical Public Health*, 27(5), 604–616. [https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1275524/SUPPL\\_FILE/CCPH\\_A\\_1275524\\_SM8130.PDF](https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1275524/SUPPL_FILE/CCPH_A_1275524_SM8130.PDF).
- 68.Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). **Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data**. *BMJ Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-016614>.
- 69.Shakespeare, T., Bright, T., & Kuper, H. (2018). **Access to health for persons with disabilities**. Geneva: United Nations High Commissioner for

Human Rights.

70. Saulo, B., Walakira, E., & Darj, E. (2012). **Access to healthcare for disabled persons. How are blind people reached by HIV services?** *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/J.SRHC.2011.12.004>.
71. Schneider, E., Visagie, S., & Schneider, M. (2015). **The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa.** *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.4102/PHCFM.V7I1.820>.
72. Shahri, S., Tabibi S., J., Nasiripour, A., & Ghaffari, F. (2016). **The Dimensions of health system performance evaluation with emphasis on the coverage of the vulnerable groups in Iran.** Undefined.
73. Smythe, T., Mabhena, T., Murahwi, S., Kujinga, T., Kuper, H., & Rusakaniko, S. (2022). **A path toward disability-inclusive health in Zimbabwe Part 1: A qualitative study on access to healthcare.** *African Journal of Disability*, 11. <https://doi.org/10.4102/AJOD.V11I0.990>.
74. Taherdoost, H., (2016). **Validity and Reliability of the Research Instrument", University Canada west, International.** *Journal of Academic Research in Management (IJARM)*, 5(3).
75. Tesfaye, T., Woldesemayat, E. M., Chea, N., & Wachamo, D. (2021). **Accessing healthcare services for people with physical disabilities in Hawassa city administration, Ethiopia: A cross-sectional study.** *Risk Management and Healthcare Policy*, 3993-4002.
76. Torsha, N., Rahman, F. N., Hossain, M. S., Chowdhury, H. A., Kim, M., Rahman, S. M. M., Rahman, A. K. M. F., & Rahman, A. (2022). **Disability-friendly healthcare at public health facilities in Bangladesh: a mixed-method study to explore the existing situation.** *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-08538-6/FIGURES/4>.
77. Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kyeremaa, R. K., Ngirabakunzi, E., Asiah, H., McClain-Nhlapo, C., & Moono, G. (2016). **Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia.** *Journal of the International AIDS Society*, 19(5Suppl 4). <https://doi.org/10.7448/IAS.19.5.20829>.
78. Uromi, S. M., & Mazagwa, M. I. (2014). **Challenges facing people with disabilities and possible solutions in Tanzania.** *Journal of Educational Policy and Entrepreneurial Research*, 1(2), 158-165.
79. Waddington, L., & Broderick, A. (2017). **Promoting equality and non-discrimination for persons with disabilities.** Council of Europe.
80. WHO. (2011). **Assistance and support. WORLD REPORT ON DISABILITY**, 135–165.
81. World Bank (2016). **WEST BANK AND GAZA DISABILITY IN THE**

**PALESTINIAN TERRITORIES Assessing Situation and Services for People with Disabilities (PWD). MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA REGION SOCIAL PROTECTION AND LABOR GLOBAL PRACTICE (GSPDR).**

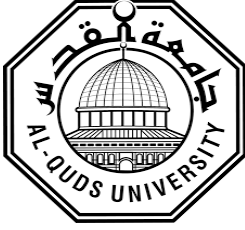
82. Yu, S., & Choe, C. (2021). **Gender differences in job satisfaction among disabled workers.** Plos one, 16(6), e0252270.
83. Aljundi, K. M. (2022). **Impact of the introduction to special education course in improving attitudes among handicapped individuals.** Journal of Education and Learning (EduLearn), 16(3), 418-424.
84. Sekaran, Uma, (2000). **Research Methods For Business.** Southern Illinois University at Carbondale. Theise.

## الملاحق

ملحق (1): قائمة بأسماء السادة محكمي الاستبانة.

#	الاسم	المؤسسة
1	أ. د. تيسير عبد الله	جامعة القدس
2	د. رانية البصير	جامعة القدس المفتوحة - فرع بيت لحم
3	د. أكرم عمرو	جامعة القدس
4	د. هديل حلاوة	جامعة القدس
5	د. أمل صرصور	باحث مشارك بجامعة الأمم المتحدة - بلجيكا
6	د. أشرف أبو سمرة	جامعة الأزهر
7	د. عزات احمد العسكري	جامعة الإسراء
	د. أيمن الصوص	جامعة الإسراء

ملحق (2): الاستبانة بصورتها النهائية.



جامعة القدس  
عمادة الدراسات العليا

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،،

### الموضوع: تعبئة استبانة

تتشرف الباحثة أن تضع بين أيديكم استبانة لإجراء بحث بعنوان: **معيقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية: حالة محافظة بيت لحم**، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في السياسات والإدارة الصحية من كلية الصحة العامة بجامعة القدس. لذا أمل من حضرتكم التكرم بالاستجابة لطلب تعبئة الاستبانة المستخدمة لأغراض البحث العلمي فقط مع الالتزام الأخلاقي والقانوني بالحفاظ على خصوصية تلك البيانات وعدم استخدامها لأية أغراض أخرى.

الباحثة/ ساجدة وليد الأعرج

يرجى التكرم باختيار الجواب المناسب لكل عبارة من العبارات التالية، وذلك بوضع إشارة (X) في المكان المناسب.

**القسم الأول: معلومات عامة**

<b>1. الشخص الذي يجيب على الأسئلة</b>	
<input type="checkbox"/> الشخص الذي يعاني من إعاقة	<input type="checkbox"/> أحد أفراد الأسرة
<b>2. علاقته بالشخص الذي يعاني من الإعاقة (في حال إجابة أحد الأطراف ذوي العلاقة بالمعاق)</b>	
<input type="checkbox"/> أب/ أم	<input type="checkbox"/> أخ/ أخت
<input type="checkbox"/> زوج/زوجة	<input type="checkbox"/> ابن/ ابنة
<input type="checkbox"/> أخرى/ حدد .....	
<b>3. جنس الشخص الذي يعاني من الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى
<b>4. عمر الشخص الذي يعاني من الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> أقل من 18 سنة	<input type="checkbox"/> 18 إلى أقل من 25 سنة
<input type="checkbox"/> 25 سنة إلى أقل من 35 سنة	<input type="checkbox"/> 35 سنة إلى أقل من 45 سنة
<input type="checkbox"/> 45 سنة إلى أقل من 55 سنة	<input type="checkbox"/> 55 سنة إلى 65 سنة
<input type="checkbox"/> 65 فأكثر	
<b>5. مكان سكن الشخص ذي الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> مدينة	<input type="checkbox"/> قرية
<input type="checkbox"/> مخيم	
<b>6. نوع الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> حركية	<input type="checkbox"/> بصرية
<input type="checkbox"/> سمعية	
<b>7. سبب الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> وراثية	<input type="checkbox"/> أثناء الولادة
<input type="checkbox"/> مرضية	<input type="checkbox"/> حوادث
<input type="checkbox"/> أخرى/ حدد.....	
<b>8. مستوى دخل الأسرة</b>	
<input type="checkbox"/> أقل من 1700 شيقل	<input type="checkbox"/> 1700 إلى أقل من 2700 شيقل
<input type="checkbox"/> 2700 إلى أقل من 3700 شيقل	<input type="checkbox"/> 3700 إلى أقل من 4700 شيقل
<input type="checkbox"/> 4700 فأكثر	
<input type="checkbox"/> لا يوجد مصدر دخل	
<b>8. طبيعة العمل إن وجد</b>	
<input type="checkbox"/> موظف قطاع عام	<input type="checkbox"/> موظف قطاع خاص
<input type="checkbox"/> موظف قطاع أهلي	<input type="checkbox"/> صاحب مشروع
<input type="checkbox"/> أخرى/ حدد.....	

<b>9. نوع بطاقة التأمين الصحي</b>	
<input type="checkbox"/> حكومي	<input type="checkbox"/> خاص
<input type="checkbox"/> أهلي	<input type="checkbox"/> أخرى / حدد .....
<b>10. المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> أعرف	<input type="checkbox"/> لا علم لدي
<input type="checkbox"/> معرفتي محدودة بتلك الاستحقاقات	
<b>12. المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة</b>	
<input type="checkbox"/> أمي	<input type="checkbox"/> ابتدائي
<input type="checkbox"/> ثانوية	<input type="checkbox"/> ثانوية عامة
<input type="checkbox"/> دبلوم متوسط	<input type="checkbox"/> بكالوريوس
<input type="checkbox"/> دراسات عليا	

القسم الثاني: مجال (معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية)

البعد الأول: التوافر					
مدى توفير المرافق والخدمات الصحية، وأن الخدمات الصحية المتاحة تُلبي احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة مع وجود موظفين مؤهلين لتقديم الرعاية الصحية.					
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الفقرة
					1. تُخصص مرافق الرعاية الصحية أماكن لذوي الإعاقة بهدف تسهيل حصولهم على الخدمة الطبية.
					2. توفر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة مثل (العصا - عكازات - كرسي متحرك - أجهزة مساعدة للسمع ...) لتسهيل وصول ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية.
					3. توفر مرافق الرعاية الصحية خدمات التأهيل بشكل مستدام لتعزيز كفاءة خدمات الرعاية الصحية الخاصة بذوي الإعاقة.
					4. تحرص إدارة المرافق الصحية على توفير الخدمات الصحية لذوي الإعاقة بالوقت المناسب بحيث لا يضطرون إلى قضاء فترات طويلة من الحجز والانتظار للحصول عليها.
					5. توفر المرافق الصحية خدمات الدعم النفسي لذوي الإعاقة بشكل مُستدام.
					6. تتوفر لذي معلومات كافية حول خدمات ومرافق الرعاية الصحية المنتشرة.
					7. توفر مرافق الرعاية الصحية كوادر طبية تخصصية للتعامل مع حالات الإعاقة التي تحتاج إلى مهارات خاصة.
					8. تتوفر الأدوية والمستلزمات الطبية الخاصة بذوي الإعاقة في مرافق الرعاية الصحية بشكل مستمر.

البعد الثاني: إمكانية الوصول						
توافر خدمة صحية جيدة على مقربة معقولة من الأشخاص ذوي الإعاقة من حيث الوقت والمسافة.						
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الفقرة	
					تتميز مقرات تقديم خدمات الرعاية الصحية بامتلاكها لتجهيزات تتلاءم مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة.	1.
					أمتك الأوراق الثبوتية اللازمة (بطاقة صحة، جواز سفر. الخ) التي تُمكنني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.	2.
					تتسم عملية التسجيل لدى وزارة الصحة بالبساطة بما يُسهل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.	3.
					تتوفر خدمات الرعاية الصحية بأماكن قريبة يسهل الوصول إليها من قبل ذوي الإعاقة.	4.
					أمتك المعرفة الكافية بأماكن تقديم الخدمات أو الدعم أو الأشخاص المخولين للمساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.	5.
					تتوفر وسائل نقل خاصة تسهل إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.	6.
					تتسم عملية تنقلي إلى مرافق الرعاية الصحية خارج المنزل بخلوها من المخاطر التي تمنعني من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.	7.
					أستطيع الوصول إلى أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية بوقت قصير.	8.

البعد الثالث: القبول

التقييم الخاص من قبل ذوي الإعاقة لفعالية الخدمات المقدمة من قبل مراكز الرعاية الصحية وقدرتها على تلبية احتياجاتهم.

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الفقرة	
					تتناسب خدمات الرعاية المقدمة في المرافق الصحية والاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة.	.1
					توفر مرافق الرعاية الصحية خدمات تتسم بالجودة المقبولة لذوي الإعاقة.	.2
					تُقدم المرافق الصحية خدمات تخصصية ذات صلة وثيقة بخصوصية الحالة الصحية الخاصة بذوي الإعاقة.	.3
					تتناسب التجهيزات الخاصة بمرافق الرعاية الصحية مع طبيعة الاحتياجات الخاصة لذوي الإعاقة.	.4
					يتم احترام خصوصية الأشخاص ذوي الإعاقة أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية.	.5
					تتسم الطواقم الطبية العامة بالمرافق الصحية بحسن التصرف وإظهار الدعم للمعاق وأسرته.	.6
					أشعر بالراحة في أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية.	.7
					يعتبر إشراك ذوي الإعاقة في اتخاذ القرار العلاجي الخاص بهم من الأسباب التي تُشجعهم على الذهاب لتلقي خدمات الرعاية الصحية.	.8

البعد الرابع: القدرة على تحمل التكاليف						
القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية، بدون ضائقة مالية.						
م.	الفقرة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1.	تتوفر مراكز تقديم خدمات الرعاية الصحية بأماكن قريبة من مكان الإقامة مما يسهم بتخفيض تكلفة الوصول إليها.					
2.	تتسم التكلفة المنخفضة لخدمات الرعاية الصحية بتناسبها مع قدرتي في الحصول عليها.					
3.	تُعتبر تكلفة المواصلات المنخفضة أحد العوامل التي تُعزز من إمكانية وصولي إلى مرافق الرعاية الصحية.					
4.	تُسهم قدرتي على الذهاب لتلقي الخدمة الصحية دون مرافقة على ثبات تكلفة وصولي إليها.					
5.	تتسم تكلفة شراء العلاج غير المتوفر في المرافق الصحية والتي يقيد بها الطبيب المعالج في الوصفة العلاجية بتناسبها مع إمكانياتي المادية.					
6.	تُوفر مرافق خدمات الرعاية الصحية الأدوية المجانية التي تُشجعي من الذهاب لتلقي خدمة الرعاية الصحية بتلك المرافق.					
7.	تُوفر بطاقة التأمين تغطية للخدمات الطبية، حيث تكون معظم الخدمات مجانية.					
8.	تُوفر مرافق الرعاية الصحية الأجهزة المساعدة بتكلفة مقبولة.					

البعد الخامس: الملاءمة

العلاقة بين تنظيم الخدمات وقدرة ذوي الإعاقة على استخدام هذه الخدمات، وسهولة التواصل مع مقدمي الخدمة.

غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	الفقرة	
					تتسم تصميمات المباني بتناسبها مع احتياجات ذوي الإعاقة في الحصول على خدمة الرعاية الصحية.	1.
					تُلبي التجهيزات داخل المرافق الصحية العامة احتياجات ذوي الإعاقة في الحصول على خدمة صحية مناسبة.	2.
					تمتلك الطواقم الصحية العاملة بالمرافق العامة للمهارات الفنية الملائمة للتعامل مع ذوي الإعاقة.	3.
					تتناسب الأجهزة الطبية المتوفرة في مرافق تقديم الخدمة مع طبيعة احتياجات ذوي الإعاقة.	4.
					تتلاءم مهارات التواصل التي تتمتع بها الطواقم الطبية العاملة بمرافق الرعاية الصحية للتعاطي مع ذوي الإعاقة.	5.
					تتلاءم سياسات ووزارة الصحة مع حقوق واحتياجات ذوي الإعاقة	6.
					تتفق الاتجاهات المعلنة من قبل الجهات الرسمية المتعلقة بتوفير احتياجات ذوي الإعاقة وما يتم تقديمه فعلاً في مراكز الرعاية الصحية.	7.
					تقدم مرافق الرعاية الصحية خدماتها لذوي الإعاقة بدون تمييز.	8.

أشكركم على حسن تعاونكم

ملحق (3): موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي.

Al-Quds University  
Jerusalem  
School of Public Health



جامعة القدس  
القدس  
كلية الصحة العامة

التاريخ: 6/2/2023

عزيزتي الطالبة سلجدة وليد الأعرج المحترمة  
برنامج ماجستير السياسات والادارة الصحية

الموضوع: موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي

قامت اللجنة الفرعية لأخلاقيات البحث التابعة لكلية الصحة العامة بمراجعة مشروع الرسالة بعنوان:

'معيقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة الى خدمات الرعاية الصحية: محافظة بيت لحم'

المقدم من (مشرف البحث/أ.د. خلود الخياط الدجاني).

يعتبر مشروعك مستوفياً لمتطلبات أخلاقيات البحث في جامعة القدس.

نتمنى لكم كل التوفيق في تسيير المشروع.

ملاحظة: في حالة الحاجة الى موافقة من اللجنة المركزية في الجامعة، تستطيع التقدم باستخدام هذه

الموافقة على الرابط: <https://research.alquds.edu/en/ethics/48-how-to-apply.html>

رئيسة اللجنة الفرعية لأخلاقيات البحث  
كلية الصحة العامة  
د. نهى الشريف



نسخة/ أعضاء لجنة البحث  
نسخة/ الملف

Jerusalem Branch/Telefax 02-27 99234  
Gaza Branch/Telefax 08-2644220 -2644210  
P.O. box 51000 Jerusalem

فرع القدس / تلفاكس 02-2799234  
فرع غزة / تلفاكس 08-264420-2644210  
ص.ب. 51000 القدس

## فهرس الملاحق

- ملحق (1): قائمة بأسماء السادة محكمي الاستبانة.....161
- ملحق (2): الاستبانة بصورتها النهائية.....162
- ملحق (3): موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي.....170

## فهرس الجداول

- جدول 1.2: أنواع الإعاقة. .... 18
- جدول 2.2: القوانين الدولية الناظمة لحقوق ذوي الإعاقة. .... 27
- جدول 3.2: القوانين الفلسطينية الناظمة لحقوق ذوي الإعاقة. .... 30
- جدول 5.2: تعريف أبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. .... 41
- جدول 6.2: إجمالي أعداد المعاقين في فلسطين. .... 50
- جدول 7.2: نسبة الإعاقة في فلسطين حسب المفهوم الضيق للإعاقة. .... 51
- جدول 8.2: انتشار الإعاقة في فلسطين حسب نوع التجمع والجنس وفق المفهوم الضيق للإعاقة. .... 51
- جدول 9.2: نسب انتشار الإعاقة بين أفراد المجتمع الفلسطيني وفقاً للتعريف الضيق والتعريف الموسع. .... 53
- جدول 10.2: دُور الإعاقة في الضفة الغربية حسب المنطقة والمحافظة. .... 54
- جدول 11.2: انتشار الإعاقة بين السكان حسب المحافظة ونوع الإعاقة وفق المفهوم الضيق. .... 55
- جدول 12.2: توزيع الإعاقة حسب نوع الإعاقة والجنس بمحافظة بيت لحم. .... 56
- جدول 1.3: توزيع مجتمع وعينة الدراسة حسب نوع الإعاقة ونسبتها. .... 79
- جدول 2.3: توزيع أبعاد الاستبانة. .... 81
- جدول 3.3: درجات المقياس. .... 82
- جدول 4.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد التوافر والدرجة الكلية للبعد. .... 84
- جدول 5.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد إمكانية الوصول والدرجة الكلية للبعد. .... 85
- جدول 6.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد القبول والدرجة الكلية للبعد. .... 86
- جدول 7.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد القدرة على تحمل التكاليف والدرجة الكلية للبعد. .... 87
- جدول 8.3: معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات بعد الملاءمة والدرجة الكلية للبعد. .... 88
- جدول 9.3: معامل الارتباط بين درجة كل بعد من مجال (مُعيمات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية) والدرجة الكلية للمجال نفسه. .... 89
- جدول 10.3: نتائج مؤشرات الثبات لمتغيرات الدراسة. .... 90
- جدول 11.3: نتائج نتائج اختبار التوزيع الطبيعي. .... 91
- جدول 12.3: الاختبارات الإحصائية المستخدمة في الدراسة. .... 92
- جدول 1.4: توزيع متغير الشخص الذي يُجيب عن الأسئلة على عينة الدراسة. .... 95
- جدول 2.4: توزيع متغير علاقة المجيب بالشخص الذي يُعاني من الإعاقة (عند إجابة أحد أفراد أسرة الشخص المعاق على أداة الدراسة) على عينة الدراسة. .... 95
- جدول 3.4: توزيع متغير جنس الشخص الذي يُعاني من الإعاقة على عينة الدراسة. .... 96
- جدول 4.4: توزيع متغير عُمر الشخص الذي يُعاني من الإعاقة على عينة الدراسة. .... 96

جدول 5.4: توزيع متغير مكان سكن الشخص ذو الإعاقة على عينة الدراسة.	97
جدول 6.4: توزيع متغير نوع الإعاقة على عينة الدراسة.	97
جدول 7.4: توزيع متغير سبب الإعاقة على عينة الدراسة.	98
جدول 8.4: توزيع متغير مستوى الدخل على عينة الدراسة.	98
جدول 9.4: توزيع متغير طبيعة العمل للشخص ذو الإعاقة على عينة الدراسة.	99
جدول 10.4: توزيع متغير نوع بطاقة التأمين الصحي على عينة الدراسة.	100
جدول 11.4: توزيع متغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة على عينة الدراسة.	100
جدول 12.4: توزيع متغير المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة على عينة الدراسة.	101
جدول 13.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد التوافر.	102
جدول 14.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد إمكانية الوصول.	104
جدول 15.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد القبول.	106
جدول 16.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد القدرة على تحمل التكاليف.	108
جدول 17.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لبعد الملاءمة.	109
جدول 18.4: الوسط الحسابي والوزن النسبي لمجال معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.	111
جدول 19.4: نتائج اختبار الفروق في متوسط استجابة الباحثين حول معيقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي تُعزى للعوامل الفردية.	113
جدول 20.4: نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين تُعزى لمتغير الجنس.	116
جدول 21.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير العمر.	116
جدول 22.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شفيه للبعد الأول مع متغير العمر.	118
جدول 23.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير مكان السكن.	119
جدول 24.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شفيه مع متغير مكان السكن.	120
جدول 25.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير نوع الإعاقة.	121
جدول 26.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير مستوى الدخل.	122
جدول 27.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير نوع بطاقة التأمين الصحي.	123
جدول 28.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة.	124
جدول 29.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA للمؤهل العلمي لصاحب الإعاقة.	125
جدول 30.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شفيه للبعد الثالث والرابع مع متغير المؤهل العلمي.	126
جدول 31.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير سبب الإعاقة.	127
جدول 32.4: المقارنات البعدية بطريقة اختبار شفيه للبعد الأول مع متغير سبب الإعاقة.	128

جدول 33.4: نتائج اختبار "التباين الأحادي" ANOVA لمتغير طبيعة العمل.....129

## فهرس الأشكال

- شكل 1.1: نموذج الدراسة يبين محددات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. .... 7
- شكل 1.2: نسب انتشار أنواع الإعاقة في محافظة بيت لحم. .... 56
- شكل 1.3: إجراءات بناء أداة الدراسة. .... 80
- شكل 1.4: الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. .... 112

## فهرس المحتويات

أ.....	إقرار:
ب.....	شكر وعرقان
ج.....	مصطلحات الدراسة:
ه.....	الملخص
ز.....	Abstract:

### 1 الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....1

1.....	1.1 مقدمة الدراسة.....
2.....	2.1 مشكلة الدراسة.....
3.....	3.1 مبررات الدراسة وأهميتها.....
4.....	4.1 أهداف الدراسة.....
4.....	5.1 أسئلة الدراسة.....
5.....	6.1 فرضيات الدراسة.....
5.....	7.1 حدود الدراسة.....
6.....	8.1 الاعتبارات الأخلاقية.....
7.....	9.1 نموذج الدراسة وإطارها المفاهيمي.....

### 2 الفصل الثاني: مراجعة الادبيات والدراسات السابقة.....9

9.....	1.2 المبحث الأول: مفهوم وأشكال الإعاقة.....
9.....	1.1.2 تمهيد:.....
10.....	2.1.2 مفهوم الإعاقة:.....
12.....	3.1.2 الخصائص العامة لذوي الإعاقة:.....
15.....	4.1.2 مناهج العمل في التعاطي مع ذوي الإعاقة:.....
15.....	1.4.1.2 المنهج (النموذج) الطبي:.....
15.....	2.4.1.2 المنهج (النموذج) الخيري أو الرعوي:.....
15.....	3.4.1.2 المنهج (النموذج) الاجتماعي:.....
16.....	4.4.1.2 المنهج القائم على حقوق الإنسان:.....
17.....	5.1.2 أنواع الإعاقة:.....
19.....	1.5.1.2 صعوبة/إعاقة البصر:.....

19	2.5.1.2 صعوبة/ إعاقة السمع:
20	3.5.1.2 صعوبة/ إعاقة الحركة واستخدام الأيدي:
20	4.5.1.2 صعوبة/ إعاقة التذكر والتركيز:
21	5.5.1.2 صعوبة/ إعاقة التواصل:
22	6.1.2 الخُلاصة:
23	2.2 المبحث الثاني: حُقوق ذوي الإعاقة في الرعاية الصحية.
23	1.2.2 تمهيد:
23	1.1.2 مفهوم حقوق الرعاية الصحية:
24	2.1.2 أهمية خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة:
25	3.1.2 حُقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في الرعاية الصحية وفقاً للقوانين الدولية والمحلية:
26	1.3.1.2 حقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة وفقاً للقوانين الدولية:
29	2.3.1.2 حُقوق الرعاية الصحية لذوي الإعاقة وفقاً للتشريعات الفلسطينية:
31	4.1.2 الخُلاصة:
33	2.2 المبحث الثالث: الوصول إلى الرعاية الصحية.
33	1.2.2 المقدمة:
33	2.2.2 تعريف الوصول إلى الرعاية الصحية:
35	3.2.2 أبعاد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية:
38	4.2.2 معوقات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية لذوي الإعاقة:
40	5.2.2 الوصول ضمن سياق هذه الدراسة:
46	6.2.2 مُعوقات وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى خدمات الرعاية الصحية في فلسطين:
49	7.2.2 الخُلاصة:
50	3.2 المبحث الرابع: حالة الإعاقة في فلسطين.
50	1.3.2 تمهيد:
50	2.3.2 انتشار الإعاقة في فلسطين:
52	3.3.2 أنواع الإعاقة في فلسطين:
53	4.3.2 ذُوو الإعاقة في محافظة بيت لحم.
53	1.4.3.2 انتشار الإعاقة في محافظة بيت لحم:
54	2.4.3.2 أنواع الإعاقة في محافظة بيت لحم:
56	3.4.3.2 توزيع الإعاقة حسب الجنس ونوع الإعاقة في محافظة بيت لحم:
57	5.3.2 الخُلاصة:

58	4.2 المبحث الخامس: الدراسات السابقة.....
58	1.4.2 تمهيد:.....
58	2.4.2 الدراسات السابقة العربية:.....
66	3.4.2 الدراسات السابقة الأجنبية:.....
74	4.4.2 التعقيب على الدراسات السابقة:.....
75	1.4.4.2 أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:.....
75	2.4.4.2 أوجه اتفاق واختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:.....
76	3.4.4.2 ما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:.....
77	<b>3 الفصل الثالث: منهجية وإجراءات الدراسة .....</b>
77	1.3 المقدمة .....
77	2.3 منهج (أسلوب) الدراسة .....
78	3.3 مجتمع وعينة الدراسة.....
79	4.3 العينة الاستطلاعية.....
80	5.3 خطوات بناء الاستبانة.....
81	6.3 أقسام أداة الدراسة.....
81	7.3 طريقة تصحيح الأداة (الاستبانة).....
82	8.3 صدق وثبات أداة الدراسة (الاستبانة).....
83	1.8.3 صدق المحتوى (صدق المحكمين) Trusties Validity : .....
83	2.8.3 صدق الاتساق الداخلي Internal Consistency:.....
89	3.8.3 صدق الاتساق البنائي:.....
89	4.8.3 ثبات الاستبانة:.....
91	9.3 اختبار التوزيع الطبيعي.....
91	10.3 جمع البيانات.....
92	1.3 الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحليل.....
94	<b>4 الفصل الرابع: تحليل البيانات واختبار فرضيات الدراسة .....</b>
94	1.4 المقدمة .....
95	2.4 الوصف الإحصائي لعينة الدراسة .....
95	1.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الشخص الذي يُجيب عن الأسئلة:.....
95	2.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير علاقة المجيب بالشخص المعاق: .....

96	3.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس:
96	4.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير عُمر الشخص الذي يُعاني من الإعاقة:
97	5.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير مكان السكن:
97	6.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع الإعاقة:
98	7.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير سبب الإعاقة:
98	8.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير مستوى الدخل:
99	9.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير طبيعة العمل:
99	10.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير نوع بطاقة التأمين الصحي:
100	11.2.4 توزيع أفراد عينة تبعاً لمتغير المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة:
101	12.2.4 توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغير المؤهل العلمي:
101	3.4 تحليل نتائج معيقات الوصول الى خدمات الرعاية الصحية:
101	1.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبعد الأول "التوافر":
103	2.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبعد الثاني "إمكانية الوصول":
105	3.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبعد الثالث "القبول":
107	4.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبعد الرابع " القدرة على تحمل التكاليف":
109	5.1.3.4 النتائج المتعلقة بالبعد الخامس "الملاءمة":
111	4.4 اختبار فرضيات الدراسة
111	1.4.4 الفرضية الرئيسية الأولى:
113	2.4.4 الفرضية الرئيسية الثانية:
115	3.4.4 الإطار التفصيلي لنتائج اختبارات الفروق:
115	1.3.4.4 المتغير (الجنس):
116	2.3.4.4 العمر:
118	3.3.4.4 مكان السكن:
121	4.3.4.4 نوع الإعاقة:
122	5.3.4.4 مستوى الدخل:
123	6.3.4.4 نوع بطاقة التأمين الصحي:
124	7.3.4.4 المعرفة بالاستحقاقات القانونية لصاحب الإعاقة:
125	8.3.4.4 المؤهل العلمي لصاحب الإعاقة:
127	9.3.4.4 سبب الإعاقة:
129	10.3.4.4 طبيعة العمل:

131	5 الفصل الخامس: النتائج والتوصيات.....
131	1.5 مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها .....
131	1.1.5 مناقشة نتائج سؤال الدراسة الرئيس:.....
133	2.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الأول:.....
134	3.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثاني:.....
136	4.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثالث:.....
137	5.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الرابع:.....
138	6.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي الخامس:.....
139	7.1.5 مناقشة نتائج السؤال الفرعي السادس:.....
141	8.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:.....
142	9.1.5 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:.....
144	2.5 الاستنتاجات.....
145	3.5 التوصيات.....
146	4.5 قيود الدراسة.....
146	5.5 موضوعات البحث المستقبلية.....
147	المصادر والمراجع.....
161	الملاحق.....
171	فهرس الملاحق.....
172	فهرس الجداول.....
176	فهرس المحتويات.....