

## تقدير درجات العجز الناجمة عن الإصابات الرضية للأطراف من وجهة نظر طبية شرعية

محمد فوزي النجار\*

### الملخص

خلفية البحث: تعدُّ مشكلة تحديد العجز في الإصابات الرضية من المشاكل الحقيقية في عمل المحاكم بسبب غياب طريقة موحدة تتوافق مع القانون الجزائي السوري وقانون التأمين من جهة وتتوافق مع المعنى الحقيقي لمفهوم العجز من وجهة نظر القانون الجنائي من جهة أخرى، مما حدا بالأطباء الشرعيين إلى اعتماد جداول العجز الخاصة بالتأمينات الاجتماعية لتقدير درجات العجز من وجهة نظر قضائية.

هدف البحث: إيجاد طريقة لتقدير درجات العجز القضائي تتوافق مع خصائص المجتمع السوري (بالنسبة للقانون الجزائي وقانون التأمين) مستفيدين من كل الطرائق الماضية بحيث تكون هذه الطريقة سهلة التطبيق - علمية قابلة للقياس - منطقية بعيدة عن التقديرات الشخصية للأطباء الشرعيين.

المواد والطرائق: إن أهم الطرائق المستعملة لتقدير درجات العجز هي طريقة الجداول الشمولية (د.ماهر) وطريقة رايس والطريقة الأمريكية والكندية. ولكل طريقة من هذه الطرائق مساوئها التي تجعلها غير قابلة للتطبيق في المجتمع السوري.

النتائج والخلاصة: تم إيجاد عشر معادلات بسيطة تحدد أشكال الإصابات الرضية كلّها. كما أوجد البحث مفهوم التثقل الخاص بالإصابات الخاصة التي تؤثر فيها بعض العوامل كالعمر والجنس، فضلاً عن جدول خاص لتقدير إمكانية حدوث العاهات الدائمة في بعض الإصابات الرضية.

\* أستاذ مساعد - قسم الطب الشرعي - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

## **Disability Evaluation of Traumatic Injuries of Extremities From The Forensic Medicine Standpoint**

**Mohammed Fawzi All-najjar\***

---

### **Abstract**

**Background:** the problem of disability evaluation of traumatic injuries is one of the real problems in the work of courts because of the absence of a standardized method consistent with the Syrian Penal Code and the law of insurance and cope with the real meaning of the concept of disability from the viewpoint of the Criminal Code, leading forensic doctors to adopt schedules disability of social insurance to estimate the disability from the standpoint of the judiciary.

**Objective:** our goal is to find a method to assess the degree of disability judicial compatible with the characteristics of the Syrian society (for Penal and Insurance Act) beneficiaries of all methods. this method must be easy application-scientific-measurable- logical and far from the personal forensic physicians estimates.

**Methods:** he most important methods used to estimate the degree of disability are “totalitarian tables (d. Maher) ,Rice method ,American method and Canadian. Every one of these methods disadvantages which make it inapplicable in Syria.

**Results and Conclusion:** Ten simple equations has been found to define all forms of Traumatic injuries of limbs.

Our research also created concept of wind weighting for some special injuries which are influenced by some factors as age, sex.

in addition to, the agenda to estimate the possibility of a permanent impairment in some Traumatic injuries was given.

---

\*Prof. Ass.Disability Evaluation of Traumatic Injuries of Limbs from the Medicine Standpoint, Damascus Univrsity.



### مقدمة:

تعدُّ مسألة تحديد نسب العجز القضائي من المسائل الإشكالية في مراكز الطبابة الشرعية و في أروقة المحاكم السورية بسبب اللغظ السائد حول هذا المفهوم، والذي يمكن إرجاعه إلى الخلط بين هذا المفهوم وبين مفهوم العجز العمالي حسب قانون التأمينات الاجتماعية، أو بسبب سهولة التعامل مع المفهوم الثاني بسبب ورود مسميات الإصابات فيه بشكل واضح يسهل معها على الطبيب الشرعي مقارنة اسم الإصابات واستخراج نسبة العجز مع جهل الأطباء المكلفين بالطب الشرعي بالفروق الكبيرة بين هذين المفهومين بسبب اختلاف الغاية من استعمال كل منهما. ولإجراء مقارنة سريعة بين المفهومين نورد النقاط الآتية:

- 1- يهتم مفهوم العجز القضائي بمقدار الخلل الناجم عن الإصابة الرضية وتأثيرها في فعاليات ووظائف العضوية باعتبار العضوية وحدة متكاملة تتمتع بفعالية كاملة بنسبة 100% في حين يهتم مفهوم العجز العمالي بنسبة تأثير الإصابة في قدرة المصاب في تحصيل رزقه ومن ثم قدرته على ممارسة مهنته.
- 2- يهتم مفهوم العجز العمالي بالإصابات الناجمة عن العمل وبذلك فهو خاص لتحديد العجز الناجم عن هذه الإصابات ضمن العمر الإنتاجي الوظيفي وليس العضوي، ويجب أن لا يطبق على غير العاملين من العاطلين عن العمل أو المتقاعدين. بينما يهتم مفهوم العجز القضائي بالإصابات الرضية الناجمة عن أي شكل من أشكال الرض وفي أي عمر ونسبة تأثير هذه الإصابة في الوظائف العامة للعضوية وفي البقيا وفي قدرة العضوية بالاستمرار في الحياة بغض النظر عن الوظيفة المعيشية التي كانت تمارسها العضوية.
- 3- يعطي مفهوم العجز العمالي بعض نسب العجز لإصابات لا تعدُّ عاهات دائمة، ويمكن في كثير من الأحيان أن تشفى بشكل طبيعي كالكسور مثلا معتبرا أن العظم المكسور يشكل نقطة ضعف لدى المصاب يخفف من إمكانية تحمله للأعمال المجهدة.

أما مفهوم العجز القضائي فلا يعطي نسب عجز للإصابات الشافية دون مضاعفات تؤثر في الوظيفة الطبيعية للطرف المكسور على اعتبار أنه يأخذ في الحسبان الوظائف العامة للعضوية اللازمة لممارسة الأعمال اليومية الاعتيادية وليس الاختصاصية.

4- إن مفهوم العجز العمالي الذي يهتم أصلاً بشريحة عمرية محددة (العمر الإنتاجي الوظيفي) لا يهتم بعمر المصاب وجنسه بينما يأخذ مفهوم العجز القضائي العمر والجنس بالحسبان في بعض الحالات لاختلاف تأثير الإصابة نفسها في الوظائف العامة للعضوية، فنسبة العجز الناجمة عن فقد الخصية بسبب رضي عند كهل أتم العمر الإيجابي (لديه أطفال) وتجاوز العمر الجنسي لا تساوي نسبة العجز الناجمة عن الإصابة نفسها لدى شاب غير متزوج أو لم يتجاوز العمر الإيجابي والجنسي. وكذلك عند الأطفال حيث تؤثر بعض الإصابات في اضطرابات النمو المستقبلي، وقد تجعلهم هذه الإصابات غير قادرين على الاعتماد على أنفسهم مما يضطرهم للحاجة إلى معيل مرافق مدى الحياة أحياناً وبالوقت نفسه فإن هذه الإصابات عند الكهول الذين تجاوزوا سن النمو قد لا يكون لها التأثير السيئ نفسه.

5- تختلف نسب العجز اختلافاً واضحاً وللإصابات نفسها حسب المفهومين فالعجز العمالي يعطي لفقد العين الواحدة أو فقد وظيفتها نسبة 35% في حين يعطي العجز القضائي نسبة 40-60% للإصابة نفسها على اعتبار أن البصر هو الحاسة الأهم بالنسبة لقدرة العضوية على ممارسة أعمالها العامة الاعتيادية.

في دراسة أجريت بإشرافنا لنسب العجز المعطاة للإصابات الرضية في مركز الطبابة الشرعية بدمشق تبين أن 27 حالة من أصل 126 حالة أعطيت فيها درجات عجز لإصابات لم تكن تستحق نسب عجز أصلاً، وكانت أغلبها كسوراً أجريت لها عمليات وتم شفاؤها كاملاً، وأن 17 حالة أخرى أعطيت فيها نسب عجز أعلى بكثير من النسب الواجبة منطقياً بسبب الاعتماد على جداول التأمينات، فضلاً عن عدد آخر

كانت النسب فيها أعلى من النسب المتوقعة ب 2-7%، وبحساب مادي بسيط إذا أخذنا بالحسبان أن معظم هذه الإصابات ناجمة عن حوادث سير فإن مؤسسة التأمين قد دفعت خلال العام الذي أجرينا فيه الدراسة مبلغاً يقارب الخمسة ملايين ليرة سورية أكثر من اللازم دفعه وفي مركز واحد من مراكز الطبابة المنتشرة في سورية.

- من المشاكل الأساسية الأخرى التي تؤثر تأثيراً مباشراً في تقدير نسب العجز نظام الضمان الصحي والقانون الجزائي للدولة ونظام التأمين على الأشخاص وممتلكاتهم. ففي الغرب بوجود الضمان الصحي الكامل والضمان الاجتماعي الشامل لم يعد هناك داع لمفهوم العجز القضائي والعمالي فمقدار التعويض المادي أصبح بوجود الضمان الصحي والتأمين الشامل مدفوعاً من قبل هذه المؤسسات دون التطرق إلى نسب المسؤولية عن الحادث أو مكان حدوث الإصابة (خارج أوقات الدوام أو داخلها) وأصبح التعامل بين طرفي القضية (المسبب والمتضرر) هو تعامل بين هيئات ومؤسسات ولذلك توحدت طرائق تقدير نسب العجز حسب المفهومين على أساس طبي بحت، ونرى أنه لا بد حين اقتراح جداول العجز من الأخذ بالحسبان النظام الصحي ونظام التأمين على الأشخاص وممتلكاتهم في سورية، وكذلك القانون الجزائي، والمدني الذي يسهم ببعض خصائصه بفرض واقع معين حين تقدير النسب وبشكل خاص لدى تحديد المدة التي يجب انقضاؤها حتى ثبات الإصابة كعاهة دائمة تستحق نسبة العجز. فضلاً عن أن ذلك يشكل سبباً آخر يؤدي بالأطباء الشرعيين إلى الوقوع بالخطأ حين محاولتهم الاعتماد على الطرائق الغربية لتقدير نسب العجز.

- الطرائق المتبعة لتقدير نسب العجز عالمياً:

#### 1- الجداول الشمولية: totalitarian tables:

توجد الكثير من الجداول المعتمدة عالمياً من أجل هذه الغاية، و لكن معظم هذه الجداول تفتقر إلى تفصيلات الحالات الخاصة، فجدول الدكتور ماهر يحدد الإصابات العامة بناء على فقد المنفعة الكلية للعضو وليس على فقد المنفعة الجزئية له. فعلى

سبيل المثال يعدُّ تحدد الحركة في مفصل الركبة من الإصابات الشائعة بعد رضوض الطرف السفلي وتثبيت الكسور ويورد الدكتور ماهر حالتين فقط هما الالتصاق الجزئي والتام للركبة بمجال حركي مقداره 10% علماً بأن تحدد الحركة يجب تقديره حسب زاوية الحركة المفقودة وحالة العضلات وحالة المفاصل فوق الركبة وتحتها، فالتقدير في هذا الجدول تقدير عمومي ويعتمد على قدرة الطبيب الشرعي على قياس الحالات. وكذلك فإنه حين يورد أن فقد البصر في العين يستحق درجة عجز مقدارها 40-60% فإنَّ مجال 20% ليس محدداً بأيّة عوامل ويسمح بتدخل التقدير الشخصي في درجات العجز، وهذا يقلب اختصاص الطب الشرعي من فرع علمي قابل للقياس إلى فرع تقديري يفقد صفة العلمية.

وعلى الرغم من الاعتراف أن وضع جداول متناهية في الدقة أمر مستحيل تقريباً لأنه لا يمكن تحديد الإصابات ضمن مجموعات تحمل صفة القاعدة لعدم وجود حالات تشبه بعضها تماماً، إلا أن إلقاء الأمر جزافياً إلى هذه الدرجة لا يؤدي إلى الهدف المنشود وهو العدالة والحق.

## 2- طريقة حساب العجز الجزئي المتعدد: **Multi partial disability Method**

تعتمد هذه الطريقة درجات العجز الموجودة في الجداول السابقة عادة والمهم فيها عند وجود أكثر من إصابة في الجسم، فإننا نحسب نسبة العجز المتخلفة عن الإصابة الأولى، ثم تحدد نسبة الإصابة الثانية من النسبة العامة المتبقية بعد حذف نسبة الإصابة الأولى من أصل 100%.

## 3- طريقة راييس: **Rice method**

اعتمدت الطريقة على قياس حركية المفصل لتقدير درجة العجز في الأطراف، وقد أضاف مفهوماً جديداً وهو درجة أهمية المفاصل بالنسبة لعمل الطرف واعتبر أن كل مفصل هو وحدة حركية مستقلة، وهذه الطريقة فعالة جداً لدى تقدير درجات العجز التي يمكن حسابها بشكل عام بالمعادلة:

نسبة العجز = درجة أهمية المفصل بالنسبة للطرف × نسبة الفقد الحركي للمفصل ×  
نسبة فقد الطرف كاملاً

لكن ما يؤخذ على هذه الطريقة:

- اعتبرت أن لكل مفصل حركة أساسية وأهم الحركات الأخرى، واعتبر أن فقد هذه الحركات لا يؤثر في وظيفة الطرف، ومن ثم في حال فقد هذه الحركات أو تحددتها فلا تستحق هذه الإصابات أي درجة عجز.

- حددت درجة أهمية المفاصل فقط للطرف العلوي ومن ثم فإن تحديد درجات العجز في إصابات الطرف السفلي حسب هذه الطريقة غير ممكن.

- على الرغم من أن الطريقة قدمت المعادلة الشهيرة في حساب نسبة العجز إذ اعتبرت أن مجموع قيم العجز الناجمة عن تعطيل كل مفاصل عضو ما يجب أن تساوي 100% مرتبطة بدرجة أهمية كل طرف وعلى سبيل المثال: لدى إصابة إصبع اليد (المفاصل الثلاثة - الدانية والمتوسطة و القاصية) بعجز تام فإن المعادلة تحدد درجة أهمية المفصل الداني ب 50% والمتوسط ب 65% و القاصي ب 55% وهذه النسب محكومة بالمعادلة الآتية:

$100 = 300 \setminus 55 + 200 \setminus 65 + 100 \setminus 50$  تقريباً. إلا أن هذه المعادلة تعتمد فقط على وظيفة العضو دون الأخذ بالحسبان الشكل الجمالي للعضو ولا تفرق بين بتر العضو أو مجرد فقد هذا العضو لوظيفته إذ يعد أن فقد الإصبع مماثل تماماً لوجود الالتصاقات التامة في مفاصل هذه الإصبع. وبشكل ملخص يمكن إجمال نقاط ضعف هذه الطريقة بما يأتي:

- 1- إهمال الحركات المتممة غير الأساسية للمفاصل.
- 2- إهمال الشكل الجمالي للعضو واعتبار فقد الوظيفة الحركية للطرف هو العامل الوحيد المؤثر بتقدير نسب العجز.

#### 4- الطريقة الأمريكية:

أو طريقة كارولينا الشمالية، وهي طريقة بسيطة جدا تستعمل عادة لتقدير نسب العجز لدى وجود أكثر من إصابة ولاسيما في طرف واحد. ومبدأ الطريقة هو أن نسبة العجز النهائية تساوي نسبة العجز الناجمة عن الإصابة الأولى مضافاً إليها نصف مجموع نسب العجز الناجمة عن الإصابات الأخرى.

#### 5- الطريقة الكندية:

يعدُّ معهد المعلومات الكندي Canadian Legal Information Center من أكبر المراكز المهتمة بتقدير نسب العجز وله يعود الفضل في التفريق بين مفهومي الإعاقة الدائمة permanent impairment وهو مفهوم طبي بحث يحدده الأطباء، ومفهوم العجز الدائم permanent disability وهو مفهوم قضائي بحث تشارك في تقديره لجان خاصة غير طبية تأخذ بالحسبان عمر المصاب وجنسه وعمله وظروفه الاجتماعية ونسبة مسؤوليته عن الإصابة. كما أنه يعود إليه الفضل في طرح نسب التثقيب التي اقترح استعمالها لدى غياب الحركة نفسها من طرفين مماثلين حيث يصبح المصاب غير قادر مثلا على رفع الذراعين أو استعمال السبابة في كلتا اليدين. وقد ركزت دراسات المركز على النقاط التسع لدى تحديد نسبة العجز والتي تعدُّ مبادئ عامة لتحديد نسب العجز، وقد قسم المعهد طرائق دراسة نسب العجز إلى مجموعات: تعنى المجموعة الأولى بنسب العجز الناجمة عن بتر الأعضاء، وتعنى المجموعة الثانية بنسب العجز الناجمة عن نقص الأداء الوظيفي الجزئي والكلي للأعضاء، ومجموعة أخيرة تعنى ببعض الإصابات الخاصة كقصر الأطراف مثلا. إن ميزات دراسات المعهد الكندي كثيرة جداً كما تم إيرادها ولكنها لا تخلو من بعض السلبيات في التطبيق ولاسيما على واقعنا وأهم هذه السلبيات:

- لم تميز الطريقة بين مفهومي العجز العمالي والقضائي، وهذا ليس خللاً في الطريقة إذ إنه يتمشى مع ما تم ذكره من حيث توحد هذه القوانين في الغرب.

- أعطت هذه الطريقة نسب عجز لإصابات طفيفة لا تؤثر تأثيراً واضحاً في عمل العضوية حيث اعتبرت مثلاً الالتصاق الجزئي في المفصل السلامي الأوسط والقاصي للخنصر عاهة دائمة تستحق نسبة عجز، وهذا يناقض قرار محكمة النقض السورية (تاريخ 1955/7/11 وقرار محكمة النقض المصرية والقاضي بعدم اعتبار فقد جزء من صيوان الأذن مثلاً عاهة دائمة) القاضي بعدم اعتبار مثل هذه الإصابات عاهات دائمة لأنها لا تؤثر في عمل العضوية بشكل كامل.

- مع اعتبار أن جداول العجز الثابتة كجدول الدكتور ماهر هي جداول للاسترشاد وهي غير ملزمة للأطباء الشرعيين إلا أن الفروق الكبيرة في تحديد درجات العجز للإصابات نفسها بين هذه الجداول وبين طريقة المركز الكندي تشير إلى خلل واضح في تقدير النسب، فعلى سبيل المثال فإن نسبة العجز الناجمة عن بتر الخنصر حسب د. ماهر تتراوح بين 1-8% في حين حسب المركز هي 2%، وكذلك فإن نسبة العجز الناجمة عن بتر السبابة وفق د ماهر 5-15% في حين هي حسب المركز 5%. إن هذه الفروق في التقدير تفرض إيجاد طريقة ثالثة تعطي تبريراً لكل نسبة معطاة بسند وأسلوب منطقي.

- يشدد المركز على ضرورة ثبات شكل الإصابة قبل تحديد نسبة العجز النهائية وهذا أمر منطقي ولكن المدة التي يضعها المركز حتى ثبوت الإصابة و استحقاقها درجة العاهة الدائمة طويلة جداً وهذا يشكل في حال الأخذ بهذه الطريقة خللاً كبيراً في عمل المحاكم السورية إذ قد يكون ذلك مسوغاً لبقاء التقارير الطبية مفتوحة لمدة طويلة وبرأينا فإن هذا يعرقل سير القضاء من جهة ويسبب مشكلة حياتية ومعيشية كبيرة للمسبب في الحوادث العرضية التي لا تتوافر فيها النية الجرمية ولا سيما في حوادث السير التي تعدّ إجمالاً من الحوادث غير المقصودة و تحمل سائق العربية عدا تكليف الحادث حملاً مادياً إضافياً بحبسه و تعطل مركبته. و نرى أن انتظار مثل هذه الفقرات يفرض نفسه في بعض الإصابات العصبية ذات الإنذار غير الواضح. أما في غالبية

الإصابات فيجب الاكتفاء بتخمين الوضع النهائي للإصابات بالمسار الطبيعي لعملية الشفاء وبالعلاج الطبيعي، وفي كل الأحوال للمصاب الحق بالتقدم بشكوى ثانية في حال ظهور أعراض لم تكن واردة من خلال السير الطبيعي للعلاج والشفاء ويعالجها القانون حين ثبوتها كتفاقم للإصابة الأساسية الأولى (قاعدة 337- قرار محكمة النقض السورية رقم 748 تاريخ 1985/7/25). لذلك نرى أنه من المنطق إغلاق التقارير الطبية بالسرعة الممكنة بتخمين الشكل النهائي للإصابة وإنذارها بالتشاور مع الطبيب الاختصاصي المعالج معتمدين على الأصول العلمية في دراسة خواص الإصابة وظروفها من حيث الخطورة والعمر ووجود الأمراض أو الاضطرابات المرافقة التي قد تؤثر في سرعة الاندماج كالكسور السكرية وأدواء نقص الكلس (المرضي أو بسبب تعدد الحمل عند النساء في بلادنا) والاعتماد على مؤشرات شفاء الإصابة الشعاعية والمخبرية، فبالنسبة للكسور المعالجة بالطريق الجراحي أو المحافظ فإن مؤشر الشفاء هو بداية تشكل الدشبذ دون عوارض التهابية مع الانتباه للحالات الخاصة التي تحتاج بشكل خاص إلى بعض الدقة كالكسور المفتوحة لعظم الساق عند اتصال الثلث المتوسط بالثلث السفلي مثلاً حيث يكثر تواردها للإصابة بذات العظم والنقي والذي كثيراً ما يحتاج إلى مدة علاجية طويلة وقد ينتهي بشكل كارثي بالنسبة للمصاب. كما يجب الحذر لدى تقييم كسور المفاصل أو الكسور القريبة منها والتي تقتضي تثبيت المفاصل مدة طويلة و بوضعيات شاذة أحياناً إذ إن تثبيت هذه المفاصل مدة طويلة حين وجود عوامل الخطر المرافقة (العمر - الجنس - الإصابات والأمراض المرافقة - مكان توضع الكسر) يعطي مؤشراً لإمكانية حدوث خلل في عمل هذه المفاصل على شكل تحددات حركية مستقبلية قد تكون غير قابلة للزوال التام بالعلاج الفيزيائي.

المبادئ العامة لتحديد نسب العجز القضائي: principles of estimation judicial disability

- إن مفهوم العجز مرتبط بمفهوم العاهة الدائمة ولا يمكن تقدير نسبة العجز التالية لإصابة رضية ما لم يثبت وجود العاهة الدائمة غير القابلة للشفاء بالعلاجات المتوافرة داخل القطر.

- يجب التمييز بين المدة اللازمة لإغلاق التقارير الطبية والتي يجب أن يتم بالسرعة الممكنة بعد دراسة خواص الإصابة و العوامل المرافقة (العمر - مكان الإصابة - وجود الأمراض العضوية التي تؤثر في عملية الشفاء) والمدة اللازمة لتحديد نسبة العجز.

- إن المدة الدنيا الواجب مرورها قبل تحديد نسبة العجز هي مدة التعطيل عن العمل المقدرة للإصابة. وهي المدة المتوقعة لعودة العضو المصاب إلى وظيفته الأصلية بانتهاء جميع العلاجات اللازمة للشفاء.

- إن أقل نسبة عجز يمكن إعطاؤها لعاهة دائمة هي 1%، ولذلك فإن كل الإصابات التي تسبب نسب عجز أقل من 1% لا تحتسب كعاهة دائمة.

- يجب الأخذ بالحسبان لدى تحديد درجات العجز جميع الوظائف الحركية والحسية والجمالية للعضو.

- يتم تحديد نسبة العجز القضائي بغض النظر عن العمر والجنس بشكل عام (الإعاقة الدائمة) ثم استعمال نسب التثقيب لبعض الحالات الخاصة من قبل الطبيب الشرعي، ويفضل اقتراحها للقاضي لأنه المعني باعتمادها.

- إن القيمة العظمى لنسب العجز الناتجة عن فقد الأطراف كاملة هي الآتية:

- فقد الطرف العلوي المسيطر 80% - فقد وظيفة الطرف 75%

- فقد الطرف العلوي غير المسيطر 70% - فقد وظيفة الطرف 65%

- فقد أحد الأطراف السفلية 70% - فقد وظيفة الطرف 65%

- فقد طرفين متماثلين أو فقد منفعتهما 100%

- يجب التمييز ما بين فقد العضو أو فقد منفعته إذ قد يبقى العضو موجوداً جمالياً ولكنه غير مفيد وظيفياً، وهذا يشكل فرقاً لدى التمييز بين بتر الطرف أو شلل الأعصاب المحركة له. وللتمييز بين الحالتين تحسب درجات العجز في حالات البتور من النسبة الكاملة لفقد الطرف، في حين تحسب الدرجات في حالات فقد الوظيفة من النسبة العامة لفقد وظيفة الطرف (درجة البتر الكاملة - 5%)

- تعتمد الطريقة كما في راييس على اعتبار المفاصل وحدات حركية تتمتع بقدرة محددة من الحركات وتسهم كل نوع من الحركات بدرجة أهمية بالنسبة لعمل المفصل حسب مساهمة هذه الحركة في الوظيفة العامة للمفصل، كما يتمتع كل مفصل بدرجة أهمية بالنسبة للعضو الذي ينتمي إليه المفصل تحددتها نسبة مساهمة هذا المفصل في وظيفة الطرف العامة.

- تهتم الطريقة بدراسة نسب العجز الناجمة عن الإصابات الرضية حسب الأشكال السريرية الممكنة وهي بتر الأطراف الجزئي والكامل - الشلل الجزئي والكامل للطرف - تحدد حركات مفاصل الطرف الجزئي والكامل - التصاقات المفاصل بالوضعيات الشاذة - اضطراب الحس.

**ثانياً - تقدير نسب العجز في إصابات الطرف العلوي:**

وستُدرَسُ النقاطُ الأساسية الآتية:

1- درجة أهمية مفاصل الطرف العلوي بالنسبة لوظيفة الطرف كاملاً.

2- حركات الأطراف وزوايا الحركة الطبيعية لكل مفصل.

3- تقدير درجات العجز الناجمة عن تحدد حركات المفاصل

4- تحديد درجات العجز الناجمة عن بتور أجزاء الأطراف العلوية

**1- درجة أهمية المفاصل:**

إن التركيز على حركية المفاصل دون الأخذ بالوظائف الحسية للطرف أمر غير منطقي، لذلك نرى تحديد نسبة 5% لاضطرابات الحس أو فقده بشرط أن لا تعطى

- هذه النسبة أو قسم منها حسب شدتها إلا بوجود اضطراب حركي (عاهة دائمة حركية) وتبقى النسبة الباقية و مقدارها 95% لتوزع كدرجة أهمية لكل مفصل كما يأتي:
- درجة أهمية مفصل الكتف = 50% من وظيفة الطرف
  - درجة أهمية مفصل المرفق = 50% من وظيفة الطرف
  - درجة أهمية مفصل الرسغ و اليد كوحدة كاملة = 75% من وظيفة الطرف
  - وهي عبارة عن 10%(للرسغ بالخاصة)+ 65% لليد والأصابع ليشكل المجموع المعادلة الآتية:  $100 \times 50 + 200 \times 50 + 300 \times 75 = 100\%$
- أما ضمن اليد فإن درجة أهمية مفاصل الأصابع الخمسة بمجموعها تشكل 65% وتوزع كما يأتي:
- الإبهام ومفاصلها = 25% بحيث إن أهمية كل مفصل 10% وحركة التقريب 5% من وظيفة الطرف
  - السبابة ومفاصلها = 20% بحيث إن أهمية المفصل القريب = 10% والمتوسط والبعيد 5% من وظيفة الطرف
  - الوسطى ومفاصلها = 10% بحيث إن أهمية كل من المفصلين القريبين = 4% والبعيد = 2% من وظيفة الطرف العلوي
  - الخنصر والبنصر ومفاصلهما = 5% لكل منهما بحيث توزع أهمية المفصلين القريبين لكل منهما 2% من وظيفة الطرف وأهمية المفصل البعيد = 1% من وظيفة الطرف.
  - الأمشاط والمفاصل العلوية لها: 2% من وظيفة الطرف العلوي كاملاً لكل مشط، وتشكل مجموعة الأمشاط ومفاصلها 10% من وظيفة الطرف.
- 2- المجال الحركي لمفاصل الطرف العلوي:
- حركات الكتف الطبيعية:
  - \* حركة رفع الذراع الأمامي الخلفي الكاملة = 225 درجة

\* حركة رفع الذراع الجانبي = 170 درجة

\* حركة الدوران = 140 درجة

وتوزع درجة أهمية هذه الحركات بالنسبة إلى المفصل 60% لكل من حركتي الرفع و 30% للدوران

- حركات المرفق الطبيعية:

\* حركة العطف و البسط = 145 درجة و أهميتها 80% بالنسبة للمفصل

\* حركة الكب و الاستلقاء = 155 درجة و أهميتها 40% بالنسبة للمفصل

- حركات المعصم الطبيعية:

\* حركة العطف الظهرى و الراحى = 150 درجة و أهميتها 80% للمفصل

\* حركة الانحراف الكعبرى و الزندى = 50 درجة و أهميتها 40% للمفصل

- حركات الإبهام الطبيعية:

\* حركة المفصل القريب = 50 درجة وأهميتها 100% من القدرة العامة للمفصل

\* حركة المفصل البعيد = 80 درجة وأهميتها 100% من القدرة العامة للمفصل

- حركات مفاصل الأصابع الطبيعية:

\* حركة المفصل القريب = 90 درجة

\* حركة المفصل المتوسط = 90 درجة

\* حركة المفصل البعيد = 60 درجة. علماً بأن درجة أهمية كل مفصل يشكل 100%

من القدرة الكلية لهذا المفصل كما تم ذكره في الفقرة السابقة من قيمة الطرف.

ملاحظة: يفضل دائماً قياس المجال الحركى للطرف السليم واتخاذ معياراً للفقد

الحركى ولاسيماً عند المصابين الكهول ممن تجاوزوا سن الأربعين أو المصابين

بالأمراض التنكسية التي تسبب بنفسها تحددات حركية. كما أن هذه الطريقة تمنع

المصاب من تضخيم حجم المشكلة إذ إنه لدى فحص الطرف السليم عادة ما يحاول

المصاب تحديد حركات هذا الطرف أيضاً وليس فقط الطرف المصاب وبالنسبة نفسها.

إن الحركات التي تم إيرادها هي الحركات الأهم للمفاصل. أما التفاصيل الدقيقة للحركات الأخرى غير الرئيسية وكيفية تقييم هذه الحركات والوضعيات التي تحكم المجال الحركي للمفاصل فنتركها للأطباء إذ لا يمكن الإحاطة بها وهي ليست هدف بحثنا هنا.

### 3- تقدير درجات العجز الجزئي:

3-1- تقدير درجات العجز الجزئي للمفاصل:

تعتمد الطريقة على نسب درجة المجال الحركي المفقودة إلى مجال الحركة الكلي لمعرفة نسبة نقص المجال الحركي المفقود الذي سببته الأذية، ثم تضرب النسبة بدرجة أهمية الحركة بالنسبة للمفصل، ثم تضرب بدرجة أهمية المفصل بالنسبة للطرف، وأخيراً تضرب بنسبة العجز الناجمة عن فقد وظيفة الطرف كاملاً (75%).  
أي:

(قاعدة 1) نسبة العجز لدى تحدد حركة واحدة من حركات المفصل هي:

نسبة فقد الحركة × أهمية الحركة للمفصل × أهمية المفصل للطرف × النسبة الكلية لفقد وظيفة الطرف

مثال 1: لنفرض أن الإصابة أدت إلى تحدد المجال الحركي لمفصل الكتف بحيث فقدت زاوية حركة الرفع الأمامي بمقدار 110 درجة فإن نسبة العجز النهائية التي سببتها هذه الأذية هي:

$$110 \times 220 \times 60\% \times 50\% \times 75\% = 11,25\% = 12\% \text{ من وظيفة الجسم الكلية}$$

(قاعدة 2) لدى تحدد أكثر من حركة في مفصل واحد فإن نسبة العجز النهائية =

$$1\text{ن} + 2\text{ن} + 3\text{ن}$$

(قاعدة 3): يمكن تثقيل نسبة العجز النهائية في التصاقات المفاصل بالوضعيات

الشاذة

والاستعمال هنا واجب و ليس اقتراحاً من الطبيب للقاضي.

### 3-2- حساب نسب العجز المتخلفة عن إصابات الأصابع:

- لحساب نسب العجز الناجمة عن تحدد حركة مفاصل الأصابع فقد تم حساب نسب أهمية مفاصل الأصابع بالنسبة إلى الطرف مباشرة وليس إلى اليد أو إلى كتلة اليد والمعصم.

مثال 4:

لنفرض أن الإصابة أدت إلى تحدد حركات مفاصل السبابة بشكل كامل فإن نسبة العجز الناجمة عن هذه الإصابة = نسبة أهمية السبابة بالنسبة للطرف × درجة العجز الناجمة عن فقد منفعة الطرف =  $75\% \times 20\% = 15\%$ .

أما في حال تحدد حركة المفصل الأخير للخنصر مثلاً فإن درجة العجز النهائية =  $75\% \times 1\% = 0,8\%$  وهي أقل من 1% ولذلك لا تحتسب هذه الإصابة عاهة دائمة.

( قاعدة 4): لا تحتسب الإصابات التي تقل نسبة العجز الناجمة عنها عن 1% عاهات دائمة.

(قاعدة 5): عند وجود أكثر من إصابة في إصبع واحدة أو أكثر فإن نسبة العجز النهائية تساوي المجموع البسيط لنسب العجز الناجمة عن كل إصابة على حدة.

### 3-3- تقدير درجات العجز المتعدد في الطرف العلوي:

إن معظم الإصابات التي تؤدي إلى التصاق في المفاصل غالباً ما تؤدي إلى قصور وظيفي في المستوى ما تحت المفصل لذلك فإن الطريقة المثلى لدى وجود أكثر من إصابة هي طريقة حساب العجز المتعدد. وذلك بجمع نسبة العجز الناجمة عن الإصابة الكبرى إلى نسبة العجز الناجمة عن الإصابة التي تليها مضروبة المتبقية من القدرة الكلية. وهكذا لدى وجود أكثر من إصابة أي:

(قاعدة 6)

لدى وجود أكثر من إصابة في طرف واحد أو طرفين:  $n = n + 1 + 2n - 100$

$(n + 1) + 3n - 100$  (ن)

حيث:

ن ن = نسبة العجز النهائية

ن1 و ن2 و ن3 = هما نسبة العجز الأولى و الثانية و الثالثة القدرة بشكل منفصل

ن = ن1 + ن2 (100- ن1)

#### 4- حساب نسب العجز المتخلفة عن البتر:

إنَّ البتر يعني فقد جميع الوظائف الحركية و الحسية و الجمالية للطرف و من ثمَّ تعطى البتور أعلى النسب الناجمة عن فقد هذه الوظائف جميعاً أسفل مستوى البتر والأشكال الممكنة للبتور حسب موقعها قد تكون ما يأتي:

1-4- بتر الطرف من المفصل الكتفي كاملاً: وتعطى درجة العجز الكاملة وهي 80% للطرف القاهر و 70% للطرف الآخر.

2-4- بتر الطرف في مستوى العضد وحتى الرسغ: وهذا البتر رغم أنه يؤدي عملياً إلى فقد وظيفة الطرف إلا أن القسم المتبقي في حال كونه متحركاً (قابل للحركة) من الجذمور العضدي يساعد في تثبيت طرف صناعي قد يعيد قسماً من حركات الطرف بالإمكانات العلاجية الحديثة، أو يعوض قسماً من المظهر الجمالي للطرف والطريقة المقترحة هي (قاعدة 7) في حالات البتر:  $ن = ن ك - \{ ن ك \times (طول الجذمور المتبقي \div ضعف طول الطرف الطبيعي) \}$

حيث ن ن: هي النسبة النهائية المطلوب حسابها

ون ك: هي النسبة الناجمة عن فقد الطرف كاملاً وهي 80% للطرف القاهر و 70% للطرف الآخر.

وتفيد هذه المعادلة في كل حالات البتر حتى مستوى الرسغ، أما بتر الأصابع والكف فيتبع ما يأتي:

3-4- بتر الأصابع: يعطى بتر الإصبع الكامل (في مستوى المفصل المشطي السلامي) نسبة العجز الكاملة الناجمة عن فقد هذه الإصبع، فبتر الإبهام أو السبابة

تخلف نسبة عجز وقدرها  $25\% \times 80\% = 20\%$  أما بتر الأصابع في مستوى السلاميات فنعتمد القاعدة الآتية:

( قاعدة 8 ): لدى بتر الأصابع في مستوى السلاميات بين المفاصل السلامية أو في مستوى الأمشاط فإن

درجة العجز = (درجة فقد المفصل فوق البتر ÷ 2) + مجموع درجات فقد المفاصل تحت مستوى البتر

- إن فقد الأصابع في مستوى الأمشاط يعني فقد وظيفة الإصبع كاملة مضافاً إليه نسبة العجز الناجمة عن فقد نصف المشط.

- أما في حالات بتر الأمشاط في مستوى المفصل الرسغي مباشرة فإن:

(قاعدة 9):  $N = (2\% + \text{درجة عجز فقد الإصبع}) \times \text{درجة العجز الناجمة عن فقد الطرف كاملاً}$ .

- نسب العجز الناجمة عن شلل الطرف العلوي:

لدى الشلل الكامل للطرف مع بقاء الطرف سليماً تحذف النسبة المخصصة للوظائف الجمالية والحسية العامة وهي 5% وتبقى النسبة وهي 75% للطرف القاهر و65% للطرف الآخر، أما فقد الحس الجزئي فلا يعطى نسب عجز دون إصابة حركية واضحة أو بإثبات وجود الإصابة غير القابلة للتراجع (بتخطيط العصب بعد أسبوعين من الإصابة على الأقل) والسبب في ذلك عدم إمكانية التحقق من ادعاءات المصاب بغياب الإصابة الحركية، ورغم أن هذه النسب ضئيلة فإنها تحول المتهم ليحاكم أمام محكمة الجنايات بسبب هذه النسب البسيطة لذلك نفضل عدم إعطائها أصلاً إلا بإثباتها.

- نسب العجز الناجمة عن قصر الطرف العلوي:

المقصود بالقصر هو فرق الطول بين الطرف السليم والطرف المصاب والناجم عن الإصابة الرضية أو التداخل جراحياً لعلاج هذه الإصابة مع بقاء المفاصل موجودة،

وذلك لتفريق مفهوم القصر عن مفهوم البتر الذي يشمل فقد ما تحت منطقة القطع. أما في حالات القصر فيكون فرق الطول بين الطرف المصاب والطرف السليم ناجماً عن استئصال جزء من المناطق ما بين المفاصل أو قصر الطرف دون استئصال كما في حال الاضطرابات الاغذائية للطرف (الشلل الجزئي أو إصابة الشرايين المغذية) وتحسب نسبة العجز من المعادلة:

نسبة العجز الناجمة عن قصر الطرف = نسبة العجز الكلية للطرف × (مقدار القصر بالسم ÷ طول الطرف الطبيعي)

( قاعدة 10) لتقدير درجات العجز في حالات قصر الطرف فإن:  $N = N \times K$  ( ق ÷ ط )

حيث ق = القصر أو فرق الطول بين الطرف المصاب و السليم بالسم.  
ط = طول الطرف السليم بالسم

ثالثاً: تقدير نسب العجز الناجمة عن إصابات الطرف السفلي

سيتم اعتماد القواعد التي تم ذكرها كما في الطرف العلوي، ولكن هناك استثناء واحد وهي حالة قصر الطرف حيث تطبق القاعدة الخاصة الآتية:

(قاعدة 11): يفضل تطبيق القاعدة (10) فقط في الحالات الخفيفة عندما يكون القصر لا يتجاوز 3% من طول الطرف. أما عندما تكون نسبة القصر متوسطة ما بين 4%-10% من طول الطرف فإن النتيجة المحسوبة بالمعادلة 10 يجب أن يتم ضربها ب (5-7) وعندما تزيد نسبة القصر على 11% من طول الطرف فإن نسبة العجز النهائية تبدأ ب 45% وحتى 65%، والسبب هنا هو أن القصر في طرف سفلي واحد قد يسبب اضطراباً في حركات التنسيق بين الطرفين السفليين أكثر مما يسببه البتر أحياناً

1- تحديد أهمية مفاصل الطرف السفلي بالنسبة إلى وظيفة الطرف بشكل كامل:  
- المفصل الحرقي الفخذي: ودرجة أهميته 54% من مجمل وظيفة الطرف.

- مفصل الركبة: ودرجة أهميته 55% من مجمل وظيفة الطرف السفلي
- مفصل الكاحل والقدم: ودرجة أهميته 55% من مجمل وظيفة الطرف السفلي، وهذا ما يحقق المعادلة الآتية:  $(100 \div 54) + (200 \div 55) + (300 \div 55) = 100\%$
- أما توزيع درجة الأهمية ضمن الكاحل والقدم فتوزع على اعتبار أن مفصلي القدم العلوي والسفلي يعدان كوحدة واحدة وتعطى درجة أهمية قدرها 25% من قيمة وظيفة الطرف السفلي كاملاً، بحيث توزع 5% من وظيفة الطرف السفلي لكل مفصل مشطي كعبي. أما مفاصل الأصابع فتعطى 30% من قيمة الطرف وتوزع على الشكل الآتي:
  - الإبهام 15% بحيث 7,5% لكل مفصل سلامي.
  - الإصبع الثانية 6% بحيث 2% لكل مفصل أو سلامية.
  - الإصبع 3-4-5: 3% لكل منها وتوزع 1% لكل مفصل.
- 2- المجال الحركي لمفاصل الطرف السفلي:**
  - المجال الحركي لمفصل الورك: للورك ثلاث حركات وهي حسب أهميتها:
  - العطف والبسط: 110 درجة ببسط الطرف و 140 مع ثني الركبة، وأهميتها 60% من وظيفة المفصل.
  - التقريب والتبعيد: 80 درجة، وأهميتها 50% من وظيفة المفصل.
  - الدوران الداخلي والخارجي: 90 درجة، وأهميتها 45% من وظيفة المفصل.
  - المجال الحركي لمفصل الركبة: للركبة حركة وحيدة وهي العطف والبسط، وقدرها 135 درجة.
  - المجال الحركي لمفصل القدم: لمفصل القدم حركتان.
  - العطف الظهري والأخصي ومقداره 165 درجة، وأهميتها 80% من وظيفة المفصل.
  - الانقلاب الداخلي والخارجي: ومقدارها 50 درجة، وأهميتها.

### زمن تحديد نسب العجز:

أجمعت كل الطرائق التي تم استعراضها سابقاً على أن تحديد درجات العجز لا يتم قبل ثبوت الإصابة وعدم تراجعها بالعلاجات اللازمة وبمرور الوقت اللازم، ولكن المشكلة هي أن هذا الوقت قد يطول لمدة طويلة جداً أحياناً ولاسيماً في الإصابات العصبية التي قد تتراجع بمرور الوقت أو بعض المضاعفات التي قد تظهر بعد مدة طويلة أيضاً من الرض أو قد يكون للرض دوراً في إطلاق مثل هذه المضاعفات.

ونعتقد أن مدة تحديد ثبوت العاهة يجب أن يتم بمشورة الطبيب المعالج ولاسيماً في بعض الحالات التي تم ذكرها، ولكن في جميع الحالات يجب ألا يتم الخلط بين مدة إغلاق التقارير الطبية، ومدة ثبوت العاهة الدائمة إذ يجب أن يتم إغلاق التقرير الطبي بالسرعة الممكنة، كما تمت الإشارة إليه سابقاً لما لترك التقارير مفتوحة لمدة طويلة من تبعات على مسبب الإصابة وعلى عمل القضاء في آن واحد، ومن أجل هذا الهدف فإننا نقترح جدولاً ومعادلة لتقدير خطورة الإصابة وإمكانية حدوث مضاعفات ولاسيماً في حالات الكسور العظمية التي تعدّ من أكثر الإصابات الرضية شيوعاً التي تستوجب انتباهاً خاصاً من الطبيب الشرعي، حيث يقع الطبيب في حيرة بين إغلاق التقرير وبين الخوف من الإنذار السيئ لبعض الكسور ومضاعفاتها.

وتساعد هذه الطريقة الطبيب الشرعي في توقع نسبة حدوث المضاعفات التي قد تترك نسب عجز وعاهات دائمة لدى حدوث الكسور العظمية

العامل المؤثر	العلامة	تقسيم العلامة
العمر	15	علامة لكل سنة بدءاً من 50 سنة للرجال و 35 سنة للنساء
عدد الأولاد	5	علامة لكل طفل (تعطى العلامة للنساء فقط) وتعطى (0) للذكور
وضع الكسر	5	الكسر المفتوح (5) الكسر المفتوح جراحياً (3) الكسر المغلق (0)
مكان الكسر	10	داخل المفصل (10) قريب من المفصل (5) بعيد عن المفصل (0)
طبيعة العلاج	10	محافظ (10) جراحي (5)

إن مجموع العلامات التي يتم الحصول عليها نتيجة وجود الإصابة هي ما يسمى بمشعر الخطورة و تقرأ النتائج كما يأتي:

- عندما يكون مشعر الخطورة = 20 أو أقل فإن الكسر سليم و يشفى عادة دون أن يترك عقابيل (عاهات).

وعلى الطبيب الشرعي إغلاق التقرير مباشرة بعد تحديد مدة التعطيل عن العمل و يعدُّ التقرير قطعياً. باستثناء الكسور التي تحتاج لعمل جراحي حيث يجب ترك التقرير مفتوحاً مدة أسبوع بعد العمل الجراحي لاستبعاد المضاعفات الخمجية.

- عندما يكون مشعر الخطورة = 21 حتى 29 فإن الكسر مرشح لترك عقابيل، ويفضل ترك التقرير مفتوحاً حتى ظهور مشعر الشفاء، وهو في الكسور العظمية بداية تشكل الدشبذ العظمي بشكل مقبول على الصورة الشعاعية البسيطة وتمتد مدة ظهور مشعر الشفاء ما بين (1-4) أسابيع لدى الأشخاص الطبيعيين الذين لا يشكون من الأمراض التي تؤخر الشفاء (نقص الكلس واضطراب تثبيته - الدنف - بعض الأمراض الدموية). ويغلق التقرير في هذه الحالات بعد تحديد مدة التعطيل عن العمل مع تذييله بعبارة (يراجع المصاب بعد انتهاء مدة التعطيل عن العمل لتقييم وضعه) و يعدُّ التقرير مغلفاً.

- عندما يكون مشعر الخطورة أعلى من 30 فإن الكسر غالباً ما سيؤدي إلى مضاعفات قد تسبب عاهات دائمة على شكل بيوسات عضلية وتحددات حركية للمفاصل غير قابلة للشفاء بشكل كامل رغم تحسنها في أغلب الأحيان بمرور الوقت. وفي هذه الحالات لا بد من ترك التقارير مفتوحة حتى التأكد من حصول عملية الشفاء العظمي بتشكل الدشبذ وتوضع الكلس عليه بشكل واضح، ويغلق التقرير حينها مع تذييله بعبارة (إن هذه الإصابة قد تترك عاهة دائمة لا يمكن تقديرها إلا بعد انتهاء مدة التعطيل عن العمل و يعدُّ التقرير مغلفاً بتاريخه ويراجع المصاب بعد انتهاء مدة التعطيل عن العمل لتقدير درجة العجز في حال ثبوتها 40% من وظيفة المفصل).

ومن المهم جداً تقدير المجال الحركي المفقود نسبة للمجال الحركي في الطرف السليم ولاسيماً لدى الكهول ممن تجاوزوا سن الأربعين والذين يصابوا بشكل طبيعي بدرجات مختلفة من تنكس المفاصل أو اليبوسة المفصليّة.

#### مناقشة النتائج:

تم اعتماد جدول الدكتور ماهر كأحد الجداول المرجعية للدراسة، كما نوهنا سابقاً رغم ما يؤخذ على مثل هذه الجداول من اتساع مجال تحديد نسب العجز. وأحد أهداف هذه الدراسة هي التخلص من هذا المجال الواسع وإعطاء طريقة تمكن الطبيب الشرعي من الوصول لتحديد درجات العجز بالقدر الممكن من الدقة وبأسلوب واحد بعيداً عن التقديرات الشخصية غير المبررة بشرط أن تبقى درجات العجز المحددة ضمن المدى المقبول للطرائق الأخرى، وسنورد مقارنة بين بعض النسب حسب جدول د ماهر وبين النسب المحددة بطريقتنا لمعرفة الفروق بين الطريقتين.

1- نسب العجز الناجمة عن فقد اليدين و القدمين و الأصابع الجزئي والكامل (مقارنة بين درجات العجز لعينة من الإصابات الرضية حسب الطريقة المقترحة وجدول د ماهر)

الإصابة	درجة العجز الكلية (أيمن - أيسر) حسب طريقتنا	درجة العجز الكلية جهة اليمنى - حسب د ماهر
فقد اليد	%60 - %53	%75 - %60
فقد منقعة اليد	%57 - %49	-- --
فقد الكف في مستوى الأمشاط	%50 - %44	--- --
فقد الإبهام	%20 - %18	%35 - %20
فقد منقعة الإبهام	%19 - %17	-- --
فقد الإبهام مع مشطها كاملاً	%22 - %19	-- --
فقد الوسطى	%8 - %7	%15 - %10

فقد الخنصر	%4 - %4		%5 - %8
فقد القدم	%39		%40 - %50
فقد منفعة القدم	%36		-- --
فقد القدم في مستوى الأمشاط	%30		%20 - %30
فقد إبهام القدم	%11		%10
فقد منفعة إبهام القدم	%10		
فقد الإصبع الثانية للقدم	%5		
فقد منفعة الإصبع الثانية للقدم	%4		
فقد الإصبع 3-4-5 للقدم أو فقد منفعتها	%2		

من مقارنة بعض الأرقام في هذه العينة التي تم اختيارها نجد اختلافات واضحة بين الطريقتين تتمثل في أن طريقتنا تأخذ -في أغلب الأحيان- الحد الأدنى من النسب المحددة بطريقة د ماهر أو ما يقاربها، وهذا يمكن التعليق عليه بأن جداول الدكتور ماهر تساوي بين فقد الطرف أو جزء منه وفقد منفعة هذا العضو أو جزء منه، كما أنها لا تفرق بين بتر الإصبع وبتر الإصبع مع المشط مثلاً، ويعطي المدى الواسع في الدرجات بحيث يقوم الطبيب الشرعي باختيار ما يناسب الحالة دون وضع قواعد لاختيار الحدود الدنيا أو العليا لدرجات العجز.

وبإجراء مقارنة بين درجات العجز المقدره بطريقتنا لبعض الإصابات الرضية ودرجات العجز المقدره بطريقة رابيس للإصابات نفسها نجد ما يأتي:

الإصابة	درجة العجز المقدره حسب طريقتنا	درجة العجز المقدره حسب رابيس
بتر السبابه اليمنى	%16	%14
فقد السلامة البعده للخنصر اليمنى	0,8% (غير مستحقة)	%4
تحدد نصف حركة رفع الذراع الامامية اليمنى (مع سلامة أسفل الإصابة)	%12	%21
تحدد نصف المجال الحركي الكامل للمفصل الكتفي الأيمن	%20	%21

إن أول ما يلاحظ هو اعتبار بعض الإصابات التي لا تعدُّ عاهات دائمة في الأحوال العادية في القانون السوري كفقد السلامة البعيدة للخصر (وهذا يتماشى مع طريقتنا) - اعتبارها عاهات دائمة وتستحق درجة عجز حسب راييس، كما يلاحظ أن نسب العجز المقدرة بطريقتنا تتماشى بشكل عام مع الحدود المقبولة لنسب العجز المقدرة حسب راييس، ولكن طريقتنا تميز بقواعد محددة ودون تقديرات شخصية بين فقد حركة واحدة أو كل حركات المفصل؛ إذ ليس من المنطقي أن تتشابه النسب في الحالتين. ونجد أن جداول د ماهر تعطي لالتصاق مفصل الكتف الأيمن الجزئي درجة عجز بمجال 10-40% من القدرة الكاملة للجسم، وأن النسب المقدرة حسب طريقتنا تقع ضمن هذا المجال ولكن وضعها تم حسب قواعد واضحة دون ترك الأمور للتقديرات الشخصية.

ونظراً لأنَّ الهدف الأساسي من الدراسة هو وضع أسس ثابتة على شكل معادلات لتقدير نسب العجز مع عدم الإخلال بالمدى المقترح لنسب العجز بالطرائق الأخرى فلا بد من إجراء مقارنة لنسب العجز المقدرة حسب طريقتنا بمعادلاتنا الخاصة الجديدة مع نسب العجز المقدرة بالطرائق الأخرى للإصابات. وقد أثبتت هذه المقارنات فاعلية الطريقة وعدم ابتعادها عن الحدود العامة للطرائق الأخرى.

#### **الإعاقة الدائمة والعجز الدائم: permanent impairment & disability**

إن دراسة هذا المفهوم يقضي على الكثير من الجدل الدائر بين الأطباء الشرعيين فيما يخص الأخذ بالشروط المحيطة لدى تقدير نسب العجز أم عدم الأخذ بها. ونعتقد أن وظيفة الطبيب الشرعي هو تحديد درجة الإعاقة الدائمة بمفهومها الطبي البحت واقتراح درجة العجز الدائم للقاضي والذي يعود إليه الأخذ بهذا المفهوم وذلك عندما تكون العوامل المرافقة للإصابة متداخلة مع التطور الطبي للإصابة بحيث تعطي شكلاً نهائياً مختلفاً لها بوجود مثل هذه العوامل.

يعود لقاضي المحكمة المدنية أصلاً تجاوز نسبة العجز الوارد في قرار المحكمة الجزائية ولا يعد ذلك ملزماً له (قاعدة 745 - قرار محكمة النقض رقم 479 تاريخ 19/5/1985) ولذلك كان اقتراح استعمال نسب التنقل من قبل الطبيب الشرعي ضرورة ملحة لإعطاء مسوغ علمي للقاضي في هذه الحالات الخاصة التي يجب رفع نسبة العجز فيها.

ويتم تحديد العجز الدائم بضرب درجة الإعاقة الدائمة المحددة حسب الطريقة المدروسة بعامل التنقل، وهو مقدار يتراوح بين 1.1 و 1.5 حسب شدة تأثير العوامل المرفقة بحيث لا تتجاوز النسبة الناجمة عن فقد المستوى الأعلى (ف عند تأثر عمل مفصل يجب ألا تتجاوز النسبة النهائية نسبة فقد هذا المفصل كاملاً، ولدى فقد المفصل يجب ألا تتجاوز النسبة النهائية درجة فقد الطرف... وهكذا) وأهم هذه العوامل هي العمر والجنس والوضع الاجتماعي.

#### - تقدير درجات العجز الناجمة عن إصابات الحوض والعمود الفقري:

تمت مناقشة هذه الإصابات بكثرة في المراجع المهتمة بإصابات العمل حيث تؤدي بعض الوضعيات التي يتخذها العامل إلى تشوهات وآفات مزمنة في العمود الفقري بشكل خاص، أما في الإصابات الرضية فلم تتطرق المراجع لذكرها. ونعتقد أنه ليس هناك من طريقة محددة لتقدير درجات العجز في مثل هذه الآفات سوى الاعتماد على الاضطراب الوظيفي الذي تخلفه هذه الإصابات على الأطراف، ثم تقييم هذه الاضطرابات من حيث درجة تأثيرها في العضوية ككل من خلال تأثيرها في النخاع الشوكي بالخاصة، وذلك بعد إجراء التداخلات الجراحية اللازمة.

#### - التوصيات: recommendations

- 1- تعميم طريقة تحديد درجات العجز في الإصابات الرضية للأطراف على الأطباء الشرعيين والمحاكم السورية، واعتمادها كطريقة مرجعية لتحديد درجات العجز.
- 2- اعتماد مفهوم التنقل في بعض الإصابات الخاصة الواردة في البحث.

- 3- التأكيد على تحديد مدة فتح التقارير الطبية الشرعية وإغلاقها حسب مؤشرات الخطورة المقترحة في البحث.
- 4- التأكيد على دور الطبيب الشرعي في لجان الخبرة لتحديد درجات العجز وحصر دور الأطباء الاختصاصيين الآخرين في اللجان بتشخيص الإصابة وإنذارها ومدة شفائها وثبوتها.
- 5- استمرار البحث في طرائق تحديد درجات العجز الناجمة عن الإصابات الرضية بالنسبة للحواس والأعضاء الداخلية.

### المراجع

- 1- الأستاذ الدكتور زياد درويش؛ كتاب الطب الشرعي - الفصل الثالث - الطبعة الرابعة - 1996
- 2- قانون العقوبات السوري الصادر بالمرسوم التشريعي رقم 148 حزيران 1949 وتعديلاته. (المادة 540-543)
- 3- فاضل النبواني؛ الاجتهاد المدني الحديث (خلال عشرة أعوام 1979-1988)- الجزء الأول - ص 311 - الطبعة الأولى - 1991
- 4- أدلة لتقدير العجز الدائم - شيكاغو - الرابطة الطبية الأمريكية - Gui 100163 [N(925N) 1993] - الطبعة الرابعة - ص 32.
- 5- Gunnar B.J Andersson ; Linda Cocchiarella -guides to the evaluation of permanent impairment; American medical association 2001
- 6- International classification of functioning; Disability and health /W H O / 2001 (p: 59)
- 7- Robert T. Reville ;An evaluation of California's permanent disability rating system- 2005
- 8- Ronald Mc Race ; Clinical Orthopaedic Examination- second edition 1985 (p: 28- 88- 117- 147-

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2007/11/11.

تاريخ قبوله للنشر: 2009/1/22.