



دراسة تحديد احتياجات مصابي مسيرات

العودة الكبرى

دراسة متعددة القطاعات

إعداد:

المركز الفلسطيني للديمقراطية وحل النزاعات

Conducted by: The Palestinian Center for Democracy and Conflict Resolution (PCDCR).

محتوى هذه الدراسة لا يعكس الرأي الرسمي لجهات التمويل

## فريق العمل

سعيد المقادمة: باحث رئيسي

رامز جبر: باحث وإحصائي

نبيل القوقا: مساعد باحث

إدخال بيانات:

أميرة الطويل

محمد الكلوت

صابرين إسماعيل

منفذو المجموعات البؤرية:

رامز جبر

نبيل القوقا

ميسا الأفغاني

ميسا أبو سمرا

مسجلو المجموعات البؤرية:

نور خليفة

آية أبو القرانيا

أحمد أبو سمعان

صابرين إسماعيل

الباحثون الميدانيون

عيسى زايد

عبد الكريم فنقة

إيمان عليان

سحر عودة

فاطمة كلوب

يوسف الهندي

شيماء ريان

لؤي السيد

أحمد جبر

غسان معمر

ميسر تمرارز

مخلص عقل

حبيب الهباش

أحمد أبو دقة

دينا أبو حطب

عمار المشني

رويدة النجار

آلاء الترتوري

متابعة: إياد أبو حجير

## تقديم:

بالتزامن مع نهاية مارس لعام 2018 انطلقت مسيرات العودة الكبرى السلمية من قطاع غزة نحو السياج الأمني شرق وشمال قطاع غزة معبرين عن حقهم في العودة ورغبتهم في تحسين ظروفهم المعيشية، هذه المسيرات قوبلت باستخدام القوة المفرطة من قبل قوات الاحتلال الاسرائيلي، الأمر الذي ترتب عليه قتل المئات من المتظاهرين السلميين وجرح الآلاف من الرجال والنساء والأطفال، وفي ظل هذا العدد الكبير من المصابين وتزايدهم بشكل مستمر؛ وانطلاقاً من مسؤولية المركز الفلسطيني للديمقراطية وحل النزاعات نحو المصابين وعائلاتهم ومع تقاوم وتطور معاناة هؤلاء المصابين المتعددة قام المركز بإعداد هذه الدراسة لتحديد احتياجات المصابين (بالغين وأطفال ذكوراً وإناثاً) الذين أصيبوا بطلقات نارية على وجه الخصوص، على أمل أن تسهم هذه الدراسة في مساعدة الجهات المختصة على تصميم برامج وتدخلات بناءة تتناسب مع هذه الاحتياجات في القطاعات الانسانية المختلفة بما يحقق وصول الخدمات والتدخلات لمستحقيها بجودة عالية وتكلفة أقل وتنسيق أفضل بين مزودي الخدمات.

حيث اعتمدت الدراسة على منهج العمل التشاركي وذلك عبر إشراك أكبر قدر ممكن من ممثلي القطاعات الإنسانية والمختصين من خلال تسجيل ملاحظاتهم ومداخلاتهم في كل مرحلة من مراحل إعداد وتنفيذ الدراسة حتى تصبح دراسة مرجعية تمتلكها جميع القطاعات.

ولا يفوتنا في هذا المقام إلا أن نشكر الأستاذ سعيد المدهون حيث كانت له بصمات واضحة في المتابعة مع فريق العمل منذ البداية خطوة بخطوة دون كلل أو ملل، وتقديم العديد من الأفكار والملاحظات القيمة التي تركت أثراً إيجابياً في إخراج الدراسة بهذا الشكل.

ونشكر كذلك ممثلي القطاعات الإنسانية والمختصين لما قدموه من ملاحظات ذات قيمة، كذلك نشكر المؤسسات المجتمعية لتعاونها مع فريق العمل ومساهمتها في الوصول إلى المصابين لتسهيل إجراء المجموعات البؤرية. كما نشكر أيضاً فريق العمل والباحثين الذين قاموا بجمع البيانات، ولا ننسى قبل كل شيء أن نشكر المصابين وعائلاتهم على تعاونهم مع الباحثين ومشاركتهم المعلومات الخاصة بهم.

وأخيراً يأمل فريق العمل أن تكون هذه الدراسة فاتحة طريق لدراسات أخرى تناقش وتدرس احتياجات شرائح مجتمعية أخرى عبر اعتماد الأسلوب العلمي في تصميم وبناء البرامج والتدخلات الإنسانية عبر تحديد احتياجات حقيقية للفئات المستهدفة.

## مصطلحات الدراسة:

الاضطرابات النفسية: نمط من الأعراض النفسية التي تسبب القلق الشديد أو الحزن أو الألم، تُضعِف القدرة على العمل في واحد أو أكثر من مجالات الحياة.<sup>1</sup>

الاضطرابات السلوكية: السلوك الذي ينحرف عن السلوك الذي يعتبر عادياً في مجتمع ما، وذلك من حيث معدل حدوثه أو شدته أو شكله أو مدته، مثل العصيان، والمشاجرة، والتتمر، والسلوك الفوضوي التخريبي، ونوبات الغضب.<sup>2</sup>

المضايقة اللفظية: هجوم لفظي، يحدث عندما ينتقد شخص ما شخص آخر بقوة أو يهينه أو يشجبه.<sup>3</sup>

المضايقة الجسدية: هو أي فعل يسبب إصابة لشخص آخر عن طريق الاتصال الجسدي مثل الدفع والشد.<sup>4</sup>

المضايقة الجنسية: سلوك جنسي غير مرغوب فيه من قبل شخص ضد شخص آخر، وغالباً ما يتم ارتكابها باستخدام القوة أو من خلال استغلال المنصب.<sup>5</sup>

## منهجية الدراسة:

- 
- (1) Bolton, Derek (2008). What is Mental Disorder? "An Essay in Philosophy, Science, and Values". OUP Oxford.P6
  - (2) ياسين، عبد الرزاق، "الاضطرابات السلوكية"، الجامعة المستنصرية، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد 56، 2009م، ص609.
  - (3) "The Verbally Abusive Relationship", Patricia Evans. Adams Media Corp 1992, 1996, 2010
  - (4) "Child Abuse & Neglect: Physical Abuse", Giardino, A.P.; Giardino, E.R. (12 December 2008).
  - (5) "Sexual abuse", American Psychological Association. 2018 American Psychological Association. Retrieved 28 January 2018.

هدفت هذه الدراسة إلى تغطية أكبر عدد ممكن من احتياجات المصابين متعددة القطاعات من خلال جمع أساسي للبيانات، وقد بدأ المركز الفلسطيني للديمقراطية وحل النزاعات في إعداد هذه الدراسة في الأول من ديسمبر 2018 وانتهى بإصدار التقرير النهائي باللغة العربية في نهاية أبريل 2019 ثم تمت الترجمة إلى اللغة الإنجليزية. بدأت مرحلة جمع البيانات على الأرض في بداية شهر يناير 2019 واستكملت في الخامس عشر من مارس 2019 وبعد الحصول على البيانات الأولية. انطلقت عملية تصحيح القيم المفقودة والشاذة ومن ثم عملية تحليل البيانات. وكان العدد النهائي للمصابين الذين تم تقييم احتياجاتهم 400 مصاب عبر المقابلات الفردية، 210 مصاب عبر المجموعات البؤرية مع المصابين أو الأهالي. ويجدر الإشارة هنا أنه تم مراعاة كل من الجنس والعمر وحالات البتر وحالات مستخدمي أجهزة التثبيت "بلاطين" عند اختيار عينات ممثلة من المصابين عند تطبيق أدوات الدراسة. إضافة إلى ذلك تم الاستماع إلى مزودي الخدمات من خلال تنفيذ مجموعتين بؤريتين مع هذه المؤسسات.

### مراجعة مصادر المعلومات الثانوية:

قام المركز الفلسطيني للديمقراطية وحل النزاعات بالتركيز في هذه الدراسة على مصادر المعلومات الثانوية المتوفرة، وذلك بهدف تقديم نظرة شاملة عن احتياجات المصابين في مسيرات العودة الكبرى، فقد ساعدت مصادر المعلومات الثانوية المتعددة كالمعلومات المتعلقة بوضع المصابين ما قبل الإصابة وبعض التقارير الخاصة بالجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إضافة إلى معلومات تم جمعها من مزودي الخدمات وأهالي المصابين. وذلك بغية تعزيز البيانات الأساسية التي تم جمعها وكذلك خلال مرحلتي استخلاص المعلومات وكتابة التقرير النهائي.

### عينة الدراسة:

تم اختيار عينة طبقية عشوائية منتظمة من المصابين برصاص حي أو متفجر خلال مسيرات العودة الكبرى على مستوى جميع محافظات قطاع غزة، حيث تم تقسيم القطاع إلى خمس محافظات داخل كل محافظة تم اختيار عينة عشوائية منتظمة وممثلة لكل من النساء المصابات، الأطفال المصابين، الذكور البالغين المصابين وحالات البتر. حيث بلغ عدد المصابين بالرصاص الحي حسب تقارير وإحصاءات وزارة الصحة حوالي 6200 مصاب/ة بالرصاص الحي خلال الفترة ما بين 2018/3/30 - 2018/12/31.<sup>6</sup>

وبناءً على هذه الأرقام تم تطبيق معادلة ريتشارد جيجر لحساب حجم العينة، ثم تحديد عدد الحالات من كل فئة، حيث ظهر أن حجم العينة الممثلة المطلوبة (362 مصاب)، وبغرض تمثيل أكبر للأطفال والنساء والبتر، تم إجراء تحيز إيجابي لهذه الفئات وهذا بزيادة حجم العينة لأغراض إحصائية، ونتيجة لذلك تم استهداف 400 مصاب/ة (250 مصاب بالغ ذكر، 40 مصابات نساء، 80 فتية وفتيات، 30 مصابين بترت أحد أطرافهم) عبر المقابلات

(6) وزارة الصحة الفلسطينية، "الاعتداءات الإسرائيلية بحق المشاركين في مسيرات العودة السلمية"، تقرير منشور، 2019.

الفردية موزعين جغرافياً على محافظات قطاع غزة الخمسة بما يضمن تمثيل كل محافظة مقارنة بالعدد الإجمالي للمصابين في المحافظة.

أما عينة المجموعات البؤرية والبالغ عددها 15 مجموعة بؤرية فتم توزيعها بالتساوي على محافظات قطاع غزة الخمسة بواقع مجموعة بؤرية واحدة مع المصابين ومجموعتين بؤريتين مع أهالي المصابين لكل محافظة. وكذلك مجموعتين بؤريتين لمزودي الخدمات في كافة أنحاء قطاع غزة.

### الأدوات المستخدمة في الدراسة:

قامت فريق الدراسة في المركز الفلسطيني للديمقراطية وحل النزاعات بتطوير أسئلة بطاقة المقابلة الخاصة بالمصابين وذلك بالاعتماد على كل من تقييم متعدد القطاعات - سوريا (October, 2014)<sup>7</sup>، تقييم متعدد القطاعات - ليبيا (September, 2017)<sup>8</sup>، وبشكل مخصص أكثر في قطاع الصحة تم الاعتماد على عدد من الدراسات السابقة في احتياجات المصابين الصحية أهمها دراسة د. ماري سميث " **The needs of individuals and their families injured as a result of the Troubles in Northern Ireland**"<sup>9</sup>.

❖ وقد مرت عملية إعداد بطاقة المقابلة عبر أربعة مراحل:

1. تصميم مسودة أولية لأسئلة التقييم/ الدراسة بمشاركة باحثين من المركز.
  2. مراجعة المسودة الأولية مع القطاعات الإنسانية المختلفة.
  3. أخذ الاقتراحات المناسبة والتعديلات الواردة من القطاعات.
  4. تصميم فريق التحليل النسخة النهائية من أسئلة المقابلة.
- أما عملية تصميم أسئلة المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم ومزودي الخدمات فقد تمت بعد التحليل الأولي لأسئلة المقابلات الفردية مع المصابين بهدف الحصول على بيانات أكثر عمقاً أو لتأكيد معلومات ونسب واردة من المصابين.

### جمع البيانات:

تشمل الطرق المستخدمة في جمع البيانات على المقابلات مع المصابين، المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات، والمجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم والمشاهدات المباشرة.

تم تسليم النسخة المعدلة من بطاقة المقابلة مع المصابين لجميع الباحثين في الوقت نفسه مع قائمة بمصادر المعلومات المحتملة على شكل نسخ ورقية، وقد استمرت مرحلة علمية إجراء المقابلات مع المصابين مدة ثلاثة

(7) OCHA, SNAP & REACH initiative, "Multi-Sectorial Needs Assessment Syria", 2014.

(8) OCHA, Libya Inter-Sector coordination group & REACH initiative, "Multi-Sectorial Needs Assessment Libya", 2017.

(9) Smyth, Marie, "The needs of individuals and their families injured as a result of the Troubles in Northern Ireland", University of Surrey, 2012.

أسابيع، وقد قام الباحثون بتحديد مصادر المعلومات واستخدموا بطاقة المقابلة كأساس لتسجيل البيانات، وعندما كان جمع البيانات عبر المقابلة غير آمن في بعض الأحيان، تم استخدام دفاتر الملاحظات لتدوين المعلومات والبيانات، ثم قام الباحثين بإرسال النسخ النهائية من المقابلات التي تم جمعها إلى فريق الدراسة، وبعد ذلك قام الفريق بعقد عدد من المجموعات البؤرية مع الفئات المختلفة بغرض التحقق من المعلومات التي أدلى بها المصابون والإجابة عن بعض النقاط الغامضة التي ظهرت الحاجة للاستفهام عنها.



### آلية مقاطعة المعلومات بطريقة المثلث:

**المستوى الأول:** أجراه الباحثون بهدف:

1. الحصول على البيانات

2. التأكد من مستوى موثوقية هذه البيانات

**المستوى الثاني:** تم إجراؤه خلال عملية مراجعة البيانات مع الباحثين

بهدف:

1. الحصول على البيانات

2. التأكد من مستوى موثوقية هذه البيانات



### عملية مراجعة القيم الشاذة مع الباحثين:

بعد أن أرسل الباحثون نماذج المقابلات المعبئة إلى وحدة المتابعة والتقييم تم اتباع الخطوات التالية:

- مقارنة المقابلات مع مصادر المعلومات الثانوية.
- التحقق من مصادر المعلومات (الحصول على تفاصيل إضافية من المصابين من خلال مقابلتهم أو مهاتفتهم).
- التحقق من الأسئلة باستخدام تضارب المعلومات.
- إعادة تقييم الوضع على الأرض من قبل الباحثين عند الحاجة إلى توضيحات إضافية.

### إدارة وتحليل البيانات:

قام فريق الإدخال بإدخال البيانات التي تم جمعها من المقابلات الفردية على برنامج SPSS، ومن ثم قام المحلل الإحصائي باستخدام البرنامج لاستكشاف القيم المفقودة والقيم الشاذة. وقد ظهرت بعض القيم الشاذة وبعض القيم المفقودة أيضاً، ثم قام بمراجعة المقابلات التي تضمنت قيم شاذة أو مفقودة مع الباحثين وتم تصحيح هذه القيم واستغرقت هذه المرحلة خمسة أيام، بعد ذلك قام المحلل الإحصائي بمرحلة إعداد جداول التقاطع والأشكال البيانية باستخدام برنامجي EXCEL و SPSS والتي تشكل جزءاً مهماً في تحليل نتائج التقييم.

## القيود:

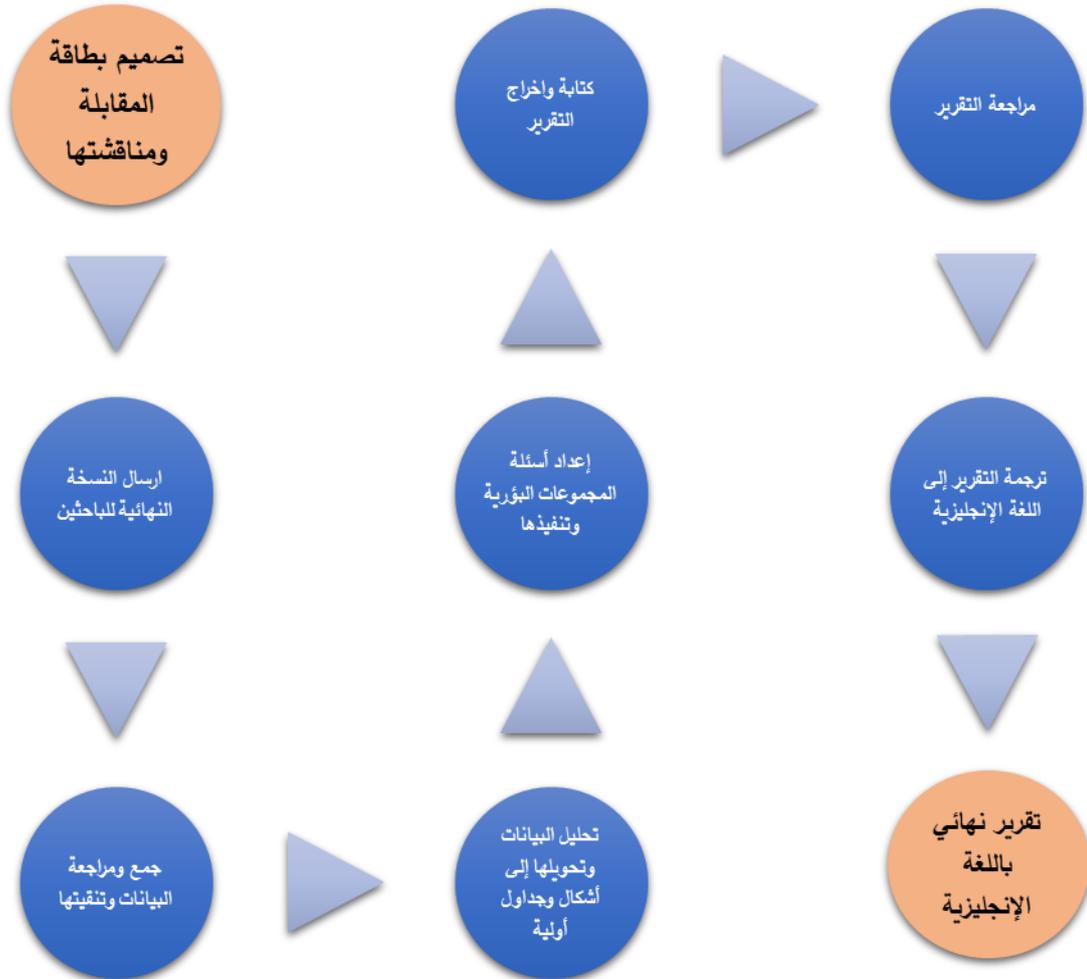
سعى فريق الدراسة لشمول أكبر قدر من المصابين، وذلك بالرغم من مواجهتهم لعدد من القيود حالت بينهم وبين تغطية احتياجات عدد من المصابين، وتتمثل أبرز هذه القيود في:

1. سجلات المعلومات الخاصة بالمصابين والتي توفرت للمركز من جهات مختلفة كانت بحاجة لتتقية وحذف التكرارات وتحديث أرقام الاتصال وعناوين المصابين، الأمر الذي زاد صعوبة الوصول للمصابين لإجراء المقابلات.

2. بعض المصابين رفض التعاون لأسباب خاصة.

3. ترامي بيوت المصابين في مناطق جغرافية بعيدة عن بعضها البعض.

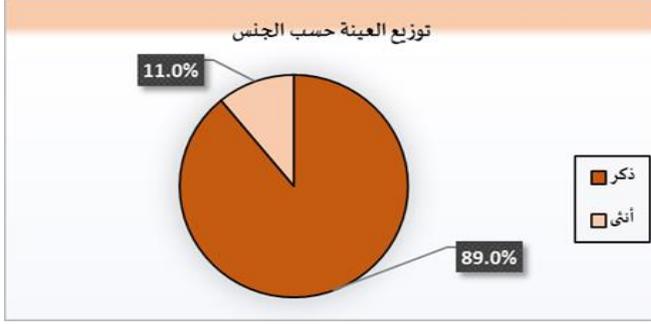
## مراحل إعداد الدراسة:



## نتائج دراسة تحديد احتياجات مصابي مسيرات العودة الكبرى

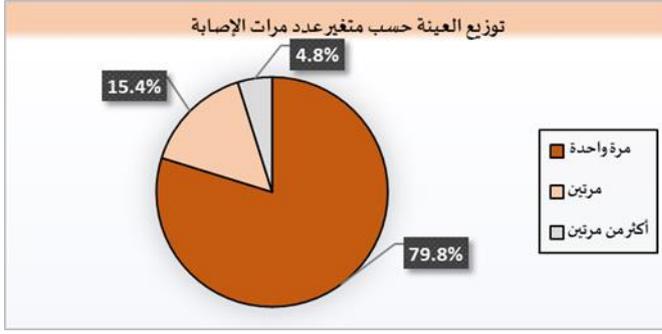
أولاً: خصائص عينة المقابلات مع المصابين

### 1. توزيع العينة حسب الجنس:



تظهر النتائج أن غالبية أفراد العينة (89.0%) هم من الذكور، و11.0% من الإناث وهي نسبة ممثلة لأعداد المصابات في مسيرات العودة خلال فترة إعداد الدراسة.

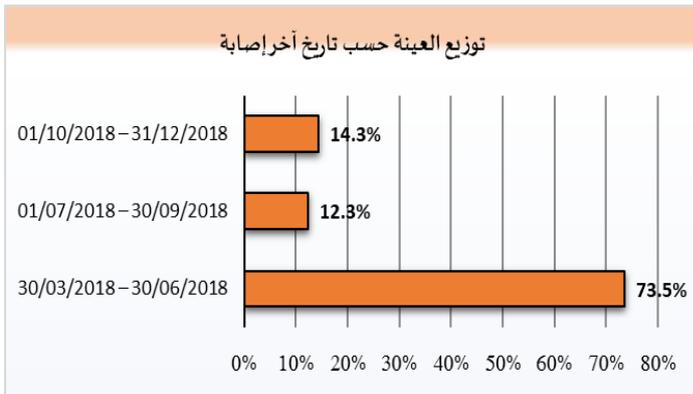
### 2. توزيع العينة حسب عدد مرات الإصابة:



تظهر النتائج أن 79.8% من المصابين أفراد العينة أصيبوا مرة واحدة، بينما 15.4% من أفراد العينة قد أصيبوا مرتين، و4.8% من أفراد العينة أصيبوا أكثر من مرتين.

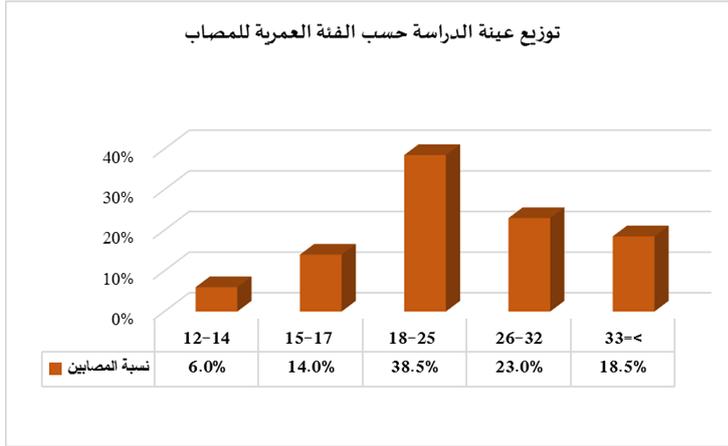
### 3. توزيع العينة حسب تاريخ الإصابة الأخيرة:

النسبة المئوية	التاريخ	النسبة المئوية	التاريخ
12.3%	2018/09/30 – 2018/07/01	73.5%	2018/06/30 – 2018/03/30
		14.3%	2018/12/31 – 2018/10/01



أظهرت نتائج التحليل أن 73.5% من أفراد العينة أصيبوا خلال الفترة (2018/06/30 – 2018/03/30)، 12.3% كانوا قد أصيبوا خلال الفترة (2018/09/30 – 2018/07/01)، و14.2% أصيبوا خلال الفترة (2018/12/31 – 2018/10/01).

#### 4. توزيع العينة حسب الفئة العمرية:

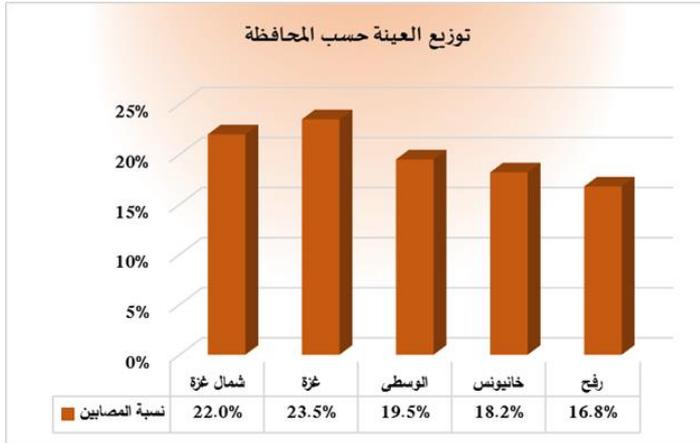


6.0%	12 - 14 سنة
14.0%	15 - 17 سنة
38.5%	18 - 25 سنة
23.0%	26 - 32 سنة
18.5%	33 سنة فأكثر

يظهر من الجدول أن 20.0% من أفراد العينة ضمن الفئة العمرية (12

- 17) سنة، و38.5% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و23.0% من المصابين أفراد العينة ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، في حين أن 18.5% من أفراد العينة هم ضمن الفئة العمرية (33) سنة فأكثر وقت إجراء المقابلات معهم.

#### 5. توزيع العينة حسب المحافظة:



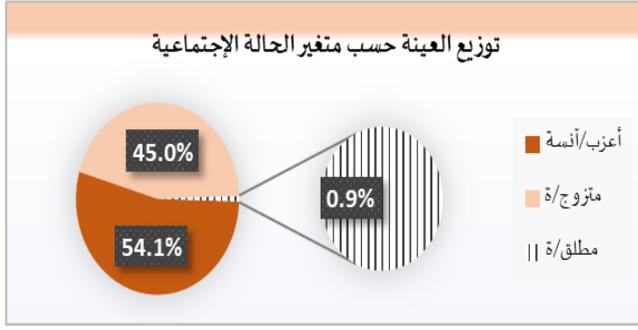
22.0%	شمال غزة
23.5%	غزة
19.5%	الوسطى
18.2%	خانيونس
16.8%	رفح

تظهر النتائج أن 22.0% من العينة من محافظة شمال قطاع غزة،

23.5% من محافظة غزة، و19.5% من محافظة الوسطى، و18.2% من محافظة خانيونس، بينما 16.8% من محافظة رفح.

وتعكس هذه النسب إلى حد كبير أعداد المصابين مجتمع الدراسة في المحافظات الخمسة، حسب مصادر المعلومات التي توفرت لفريق العمل وقت إعداد الدراسة.

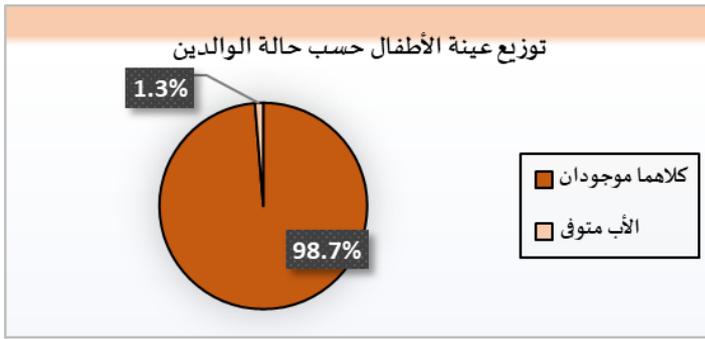
6. توزيع عينة البالغين حسب الحالة الاجتماعية (320 بالغ):



54.1%	أعزب/أنسة
45.0%	متزوج/ة
0.9%	مطلق/ة

أظهرت النتائج أن 45.0% من عينة البالغين متزوج/ة، و54.1% من أفراد العينة البالغين أعزب/أنسة، بينما 0.9% فقط مطلق/ة.

7. توزيع عينة الأطفال حسب حالة الوالدين (80 طفل):

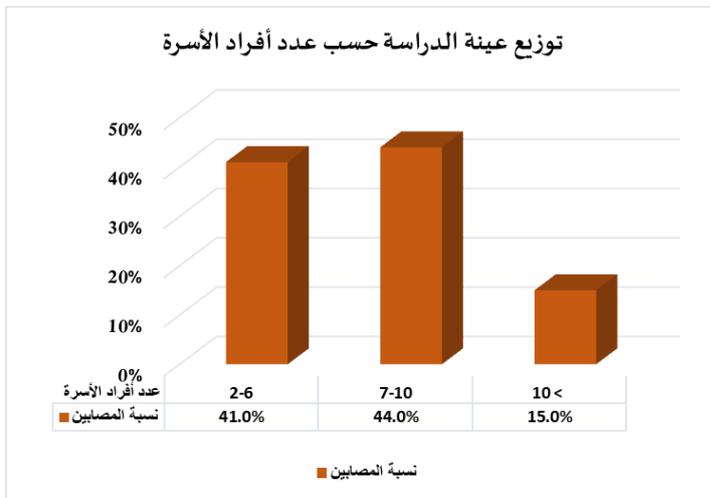


98.7%	كلاهما موجودان
1.3%	الأب متوفى

أظهرت نتائج التحليل أن الغالبية العظمى (98.7%) من أفراد العينة الأطفال يعيشون برفقة كلا الوالدين، في حين أن 1.3% فقط من أفراد العينة الأطفال والدهم متوفى.

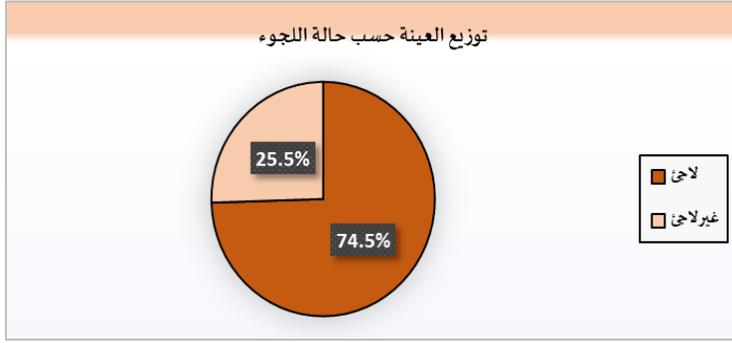
8. توزيع العينة حسب عدد أفراد الأسرة:

15.0%	أكثر من 10 أفراد	44.0%	7 - 10 فرد	41.0%	2 - 6 فرد
-------	------------------	-------	------------	-------	-----------



أظهرت نتائج التحليل أن 44.0% من أفراد العينة ينتمون إلى أسر عدد أفرادها (7 - 10) أفراد، 41.0% ينتمون إلى أسر عدد أفرادها (2 - 6) أفراد، بينما 15.0% من العينة ينتمون إلى أسر عدد أفرادها أكثر من (10) أفراد.

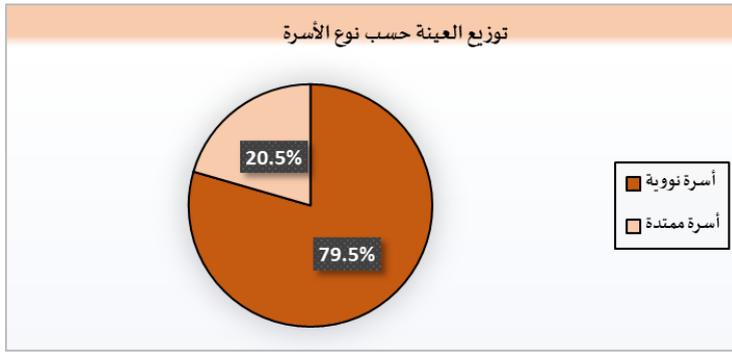
### 9. توزيع العينة حسب حالة اللجوء :



74.5%	لاجئ
25.5%	غير لاجئ

تبين من النتائج أن 74.5% من المصابين أفراد العينة هم لاجئين، و25.5% من المصابين هم غير لاجئين.

### 10. توزيع العينة حسب نوع الأسرة:



79.5%	أسرة نووية
20.5%	أسرة ممتدة

أظهرت النتائج أن 79.5% من أفراد العينة يعيشون ضمن أسرة نووية، فيما 20.5% من المصابين أفراد العينة يعيشون ضمن أسرة ممتدة.

### ثانياً: خصائص عينة المجموعات البؤرية مع أهالي المصابين

- ❖ عدد المجموعات البؤرية: (10) مجموعات، بواقع (2) مجموعة من كل محافظة
- ❖ عدد المشاركين: (125) ولي أمر، (31) ذكور، (94) إناث.

### ثالثاً: خصائص عينة المجموعات البؤرية مع المصابين

- ❖ عدد المجموعات البؤرية: (5) مجموعات، مقسمة إلى:
- (3) مجموعات مع مصابين بالغين ذكور، شارك فيها (53) بالغ من مختلف الأعمار.
- مجموعة واحدة مع نساء مصابات، شارك فيها (13) سيدة، متزوجات وغير متزوجات.
- مجموعة واحدة مع أطفال كلا الجنسين، شارك فيها (17) طفل، منهم (9) ذكور، (8) إناث

### ثالثاً: خصائص عينة المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات

- ❖ عدد المجموعات البؤرية: (2) مجموعة
- ❖ عدد المشاركين في النقاش: (20) شخص، (18) ذكور، (2) إناث، يمثلون (15) جهة مزودة للخدمة في قطاعات (الصحة، التعليم، الحماية والدعم النفسي الاجتماعي، السكن) ومثل هذه القطاعات جهات حكومية وغير حكومية.

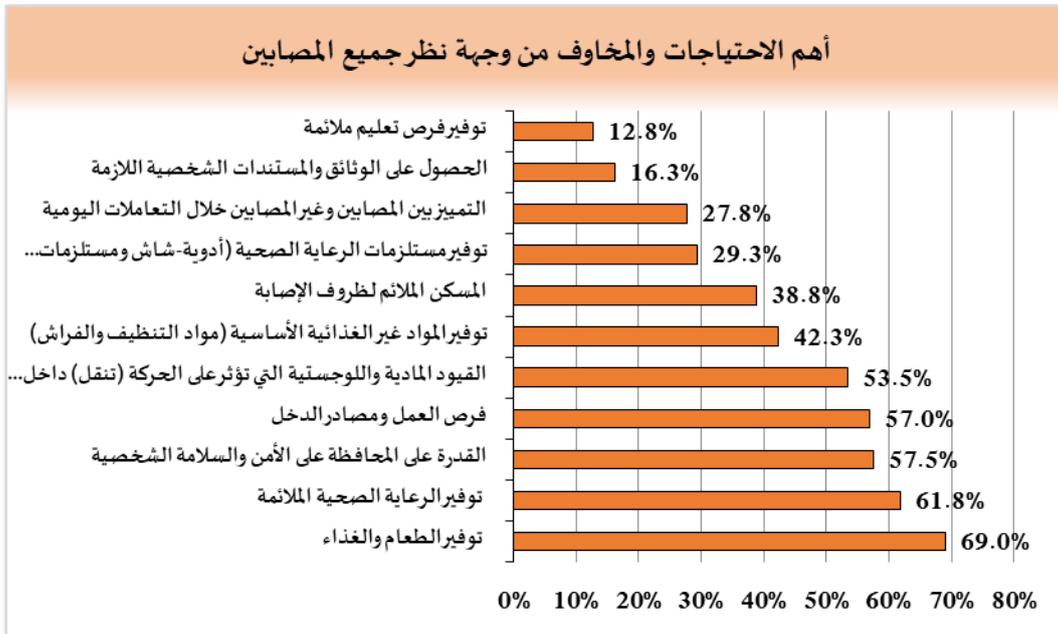
## نتائج أسئلة الدراسة

### أولاً: احتياجات مشتركة لجميع القطاعات

#### 1. أهم القضايا التي تمثل اهتمامات واحتياجات للمصابين

أظهرت النتائج أن المصابين لديهم العديد من الاحتياجات والأولويات اللازمة لهم للتأقلم مع ظروفهم الحالية بعد الإصابة، وبعد الطلب من المصابين اختيار أهم (5) احتياجات لازمة لهم، جاءت احتياجاتهم مرتبة حسب تكرارها كالتالي:

1. توفير الطعام والغذاء اللازم وعبر عنها 69.0% من المصابين
2. توفير الرعاية الصحية الملائمة وعبر عنها 61.8% من المصابين
3. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية وعبر عنها 57.5% من المصابين
4. فرص العمل ومصادر الدخل وعبر عنها 57.0% من المصابين
5. القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة (تنقل) داخل المجتمع وعبر عنها 53.5% من المصابين
6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفراش) وعبر عنها 42.3% من المصابين
7. المسكن الملائم لظروف الإصابة وعبر عنها 38.8% من المصابين
8. توفير مستلزمات الرعاية الصحية (أدوية-شاش ومستلزمات الغيار) وعبر عنها 29.3% من المصابين
9. التمييز بين المصابين وغير المصابين خلال التعاملات اليومية وعبر عنها 27.8% من المصابين
10. الحصول على الوثائق والمستندات الشخصية اللازمة وعبر عنها 16.3% من المصابين
11. توفير فرص تعليم ملائمة وعبر عنها 12.8% من المصابين



خلافاً للاحتياجات الواردة أعلاه فقد أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن هناك احتياجات أخرى مختلفة تمثلت في الآتي:

1. إرشاد ودعم نفسي وترفيه
2. أدوية وعلاجات ومسكنات ألم
3. عمليات جراحية متخصصة
4. أجهزة طبية وأدوات مساعدة (حذاء طبي-عكاز-كرسي متحرك)
5. تحويلات طبية للعلاج بالخارج
6. علاج طبيعي وتأهيل.

كذلك أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات احتياجات أخرى للمصابين مختلفة عما ذكر آنفاً، حيث جاءت مرتبة حسب الأكثر تكراراً كالتالي:

1. متابعة طبية منزلية بعد الخروج من المستشفى لضمان الشفاء التام.
2. عدم التأخير في تقديم الخدمات الطبية الملائمة (التدخل في الوقت المناسب).
3. أطراف صناعية ملائمة لحالات البتر.
4. بعض المصابين بحاجة لمقدمي رعاية ومرافقين في المدرسة والمنزل والمرافق الصحية.
5. توعية الأهالي ومقدمي الرعاية للمصاب بأهمية الاهتمام بالصحة العامة للمصاب وتغذيته ونظافته الشخصية.

لمزيد من التفصيل والتوضيح قام فريق العمل في الدراسة بتحديد احتياجات الفئات الأربعة المستهدفة في الدراسة (الأطفال-النساء-حالات البتر-الرجال البالغين) كل فئة على حدة، فلم تختلف كثيراً الاحتياجات والأولويات الستة الأولى لفئات الأطفال والنساء والرجال البالغين، حيث تمثلت هذه الاحتياجات في النقاط التالية: توفير الطعام والغذاء، توفير الرعاية الصحية الملائمة، القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية، القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع، المسكن الملائم لظروف الإصابة.

عينة الإناث البالغات (n=40)		عينة الذكور البالغين (n=250)		عينة الأطفال (n=80)	
67.5%	1. توفير الطعام والغذاء	72.0%	1. توفير الطعام والغذاء	66.3%	1. توفير الطعام والغذاء
60.0%	2. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	70.4%	2. توفير فرص العمل ومصادر الدخل	62.5%	2. توفير الرعاية الصحية الملائمة
55.0%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة	64.0%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة	57.5%	3. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية
55.0%	4. المسكن الملائم لظروف الإصابة	55.6%	4. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	46.3%	4. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع
42.5%	5. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)	54.0%	5. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	41.3%	5. المسكن الملائم لظروف الإصابة
40.0%	6. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	45.6%	6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)	38.8%	6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)

*للحصول على نتائج أكثر تفصيلاً ارجع للصفحة رقم (20)*

وقد جاءت إجابات غالبية المشاركين في المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات لتؤكد أن الأطفال والنساء كفئات هشة بحاجة لتدخلات نفسية اجتماعية معمقة أكثر من الذكور البالغين الذين يتمتعون بقدرات أعلى على التكيف والتأقلم. كذلك يرى المشاركون أن الأطفال المصابين بحاجة ماسة لإعادة دمجه في التعليم النظامي أو المهني. وقد أوصى المشاركون بضرورة مراعاة الاحتياجات الجندرية للفئات المختلفة عند تصميم وتنفيذ أي تدخلات وأنشطة مع المصابين.

في حين كانت احتياجات المصابين الذين بترت أحد أطرافهم مختلفة عن الفئات الأخرى بما يتلاءم مع ظروفهم الحالية بعد الإصابة، حيث جاءت أهم ستة احتياجات لهم كالتالي: إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع، القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية، توفير فرص العمل ومصادر دخل مناسبة، مسكن ملائم لظروف الإصابة، وأخيراً توفير الطعام والغذاء.

حالات البتر (n=30)	
86.7%	1. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع
70.0%	2. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية
63.3%	3. فرص العمل ومصادر الدخل
56.7%	4. المسكن الملائم لظروف الإصابة
53.3%	5. توفير الطعام والغذاء
50.0%	6. توفير الرعاية الصحية الملائمة

وكانت احتياجات فئة أخرى من المصابين الذين يستخدموا أجهزة تثبيت العظام والكسور (وجود بلايتين)، مختلفة أيضاً عن الفئات الأخرى حول احتياجاتهم الحالية بما يتلاءم مع ظروفهم بعد الإصابة، حيث جاءت أهم ستة احتياجات لهم كالتالي: القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية، توفير الطعام والغذاء، توفير الرعاية الصحية الملائمة، إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع، توفير فرص عمل ومصادر دخل مناسبة، وأخيراً توفير مسكن ملائم لظروف الإصابة

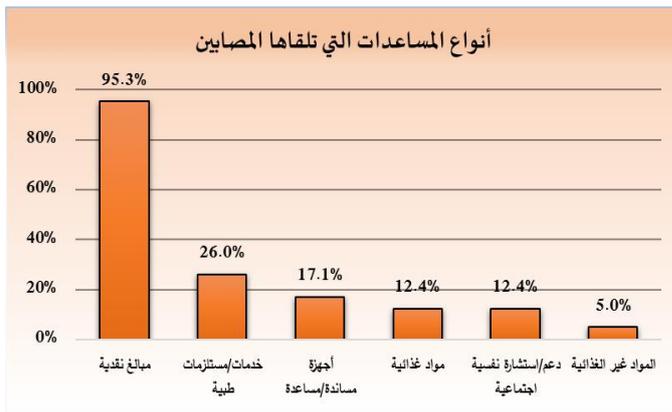
عينة مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلايتين" (n=63)	
69.8%	1. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية
66.7%	2. توفير الطعام والغذاء
63.5%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة
61.9%	4. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع
61.9%	5. توفير فرص عمل ومصادر الدخل
44.4%	6. توفير مسكن الملائم لظروف الإصابة

## 2. المساعدات الإنسانية المقدمة للمصابين:

### 1.2 أنواع المساعدات الإنسانية المقدمة:

بينت النتائج أن 90.5% من المصابين قد تلقوا مساعدات إنسانية بعد تعرضهم للإصابة، حيث لم تختلف النتائج تبعاً للمجموعات (أطفال، ذكور بالغين، نساء). في حين أظهرت النتائج أن 96.7% من المصابين ذوي البتر قد تلقوا مساعدات إنسانية، وأن 95.2% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي (بلاتين) قد تلقوا مساعدات إنسانية أيضاً، وقد يدل ذلك على أن هاتين المجموعتين قد تلقتا مساعدات إنسانية أكثر من غيرهم.

أما عن أنواع المساعدات الإنسانية التي تلقاها المصابون بعد خروجهم من المستشفى كانت كما يلي (10):



• 95.3% من المصابين تلقوا مبالغ نقدية.

• 29.3% من المصابين تلقوا خدمات صحية علاجية (خدمات تحتاج لجهد بشري مثل العمليات، العلاج الطبيعي، غيار الجروح) أو تلقوا مستلزمات طبية (شاش، مشدات...) كمساعدات إنسانية من مؤسسات غير حكومية.

• 17.1% من المصابين تلقوا أجهزة مساندة/مساندة

• 12.4% من المصابين تلقوا مواد غذائية

• 12.4% من المصابين تلقوا دعم/استشارة نفسية اجتماعية

• 5.0% من المصابين تلقوا مواد غير غذائية.

وقد أكدت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن جميع المصابين قد تلقوا خدمات طبية من المستشفيات الحكومية، في حين تبين من أن بعض المصابين فقط قد تلقوا خدمات طبية و/أو مستلزمات طبية من مؤسسات غير حكومية، أهمها أطباء بلا حدود، جمعية الإغاثة الطبية، جمعية السلامة الخيرية.

### 2.2 رضا المصابين عن المساعدات الإنسانية المقدمة:

أظهرت النتائج أن أكثر من ثلثي المصابين (71.8%) -الذين أفادوا بتلقيهم مساعدات إنسانية- غير راضين عن المساعدات الإنسانية المقدمة لهم، وقال 24.3% منهم أنهم راضون بعض الشيء، فيما قال 3.9% منهم أنهم راضون عن المساعدات الإنسانية المقدمة لهم.

(10) تم ترك المجال للمصاب لاختيار أكثر من إجابة.

حيث تفاوتت درجات عدم الرضا عن المساعدات الإنسانية المقدمة تبعاً للمجموعات (نساء، بتر، بالغين ذكور، أطفال، بلاتين) مرتبة بنسب (52.5%، 58.6%، 65.2%، 73.8%، 80.0%) على التوالي.

### 3.2 أسباب عدم الرضا عن المساعدات الإنسانية المقدمة:

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك عدة أسباب تقف وراء عدم رضا الغالبية العظمى من المصابين الذين أفادوا بتلقيهم مساعدات إنسانية، حيث أفاد 84.8% منهم أن كمية المساعدات الإنسانية المقدمة لم تكن كافية لتغطية احتياجاتهم، وقال 8.6% منهم أن المساعدات الإنسانية المقدمة لا تلبي الاحتياجات ذات الأولوية، وقال 3.4% من المصابين أن المساعدات الإنسانية المقدمة ليست جيدة بما فيه الكفاية لتغطية احتياجاتهم، في حين قال 3.2% من المصابين أنه لم يتم تقديم المساعدات الإنسانية في الوقت المناسب.

وتبين من نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهالي المصابين أن أهم أسباب عدم الرضا عن المساعدات الإنسانية التي تلقوها هي عدم كفاية هذه المساعدات لسد الحاجة، إضافةً إلى عدم وضوح آليات توزيع هذه المساعدات بالنسبة للمصابين.

*(تقول أم مصاب، 59 سنة: ابني أخذ 100 دولار.. لشو بدها تكفي...!!)*

**توصية (1):** يوصي فريق الدراسة بمراجعة كمية هذه المساعدات، هل حقيقةً غير كافية أم توقعات المصابين عالية وغير واقعية.

**توصية (2):** يوصي فريق الدراسة مزودي الخدمات باتخاذ تدابير واضحة حول نشر معايير اختيار المستفيدين وإشراكهم في عملية تحديد معايير التوزيع العادل للمساعدات.

### 3. دور المؤسسات المحلية والدولية العاملة مع المصابين:

#### 1.3 مدى مساهمة المؤسسات المحلية والدولية في توفير وتلبية احتياجات المصابين:

جاءت نتائج النقاش مع مزودي الخدمات لتدل على أن المؤسسات العاملة في المجال الطبي تحديداً قدمت جهوداً عظيمة في توفير وتلبية احتياجات المصابين من عمليات جراحية ومتابعات طبية ومستلزمات.

كذلك المؤسسات العاملة في مجال التأهيل، والمؤسسات العاملة في مجال الحماية والدعم النفسي الاجتماعي لها إسهامات كبيرة مع المصابين. وعلى الرغم مما يتم تقديمه للمصابين في هذه المجالات إلا أنها تلبي حوالي 50% من احتياجات المصابين.

لكن هناك احتياجات أخرى فيها إخفاقات وعجز عن تلبية احتياجات المصابين مثل خدمات الموائمة للمنازل والمنشآت، وخدمات إعادة الدمج في النظام التعليمي للطلبة المصابين، وخدمات توفير الأمن الغذائي، ومقومات سبل العيش الكريم.

### 2.3 مدى امتلاك المؤسسات للخبرات والقدرات والموارد اللازمة لتلبية احتياجات المصابين:

أوضحت نتائج النقاش في المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات أن المؤسسات تمتلك خبرات وقدرات وطواقم عمل ذات مستوى عالٍ من التأهيل والتدريب لتوفير الخدمات المطلوبة، لكن ذلك لا يفي بالحاجة المستمرة للتطوير والتأهيل من أجل تقديم خدمات نوعية متخصصة تلبي احتياجات المصابين، لكن الموارد المادية المتوفرة لدى المؤسسات غير كافية وهي مرتبطة بتوفير التمويل اللازم لتنفيذ الأنشطة والتدخلات.

### 3.3 مدى تصميم وتنفيذ تدخلات بناء على تحديد احتياجات حقيقية للمصابين لتحقيق استجابة إنسانية مناسبة وملائمة:

تبين من النقاش في المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات أن تصميم وتنفيذ التدخلات في المجال الطبي تحدياً تتم دون تحديد احتياجات مسبقة بل تعتمد هذه التدخلات على خبرة المؤسسات في العمل الطبي ومعرفة احتياجات المصابين والمرضى في أوقات الطوارئ والحروب. أما التدخلات النفسية الاجتماعية والتعليمية وإعادة التأهيل يتم تصميمها بناء على تحديد احتياجات للمصابين من خلال:

1. تنفيذ زيارات منزلية للمصابين والاطلاع على احتياجاتهم.
2. مجموعات بؤرية مركزة مع المصابين وعائلاتهم.
3. اجتماعات نقاش وتشاور بين المؤسسات العاملة في نفس المجال.

### 4.3 مدى وجود فجوة بين الخدمات المقدمة والاحتياجات اللازمة للمصابين، وكيفية معالجة وتقليل هذه الفجوة:

اتفق جميع مزودي الخدمات المشاركين في المجموعات البؤرية أن هناك فجوة بين الخدمات المقدمة والاحتياجات اللازمة للمصابين في الوقت الحالي نظراً لزيادة أعداد المصابين وتزايد الاحتياجات في ظل محدودية المصادر والإمكانيات المتاحة. أما عن كيفية معالجة وتقليل هذه الفجوة فيرى المشاركون أنه بالعمل التكاملي المبني على التنسيق الجيد بين مزودي الخدمات يمكن الحد من ازدواجية الخدمات المقدمة وتقليل الفجوات فيها.

**توصية (3):** يوصي فريق الدراسة مزودي الخدمات في القطاعات الإنسانية المختلفة بتصميم وبناء تدخلاتهم بما يتناسب مع الأعداد المتزايدة من المصابين واختلاف احتياجاتهم والعمل على تقليل الفجوة في الخدمات المقدمة لهم.

### 5.3 مدى تغيير وتعديل خطط وبرامج المؤسسات بما يتناسب مع احتياجات ومتطلبات العمل مع مصابي مسيرات العودة الكبرى:

جاءت إجابات مزودي الخدمات المشاركين في المجموعات البؤرية متباينة ومتنوعة، حيث قامت بعض المؤسسات بتعديل خططها وبرامجها بما يتلاءم مع احتياجات ومتطلبات العمل مع المصابين مثل ما قامت به بعض المؤسسات الصحية من تنفيذ لبرامج وأنشطة خاصة بالمصابين بعد ظهور أحداث مسيرات العودة الكبرى، كما وأصبحت برامج التأهيل في بعض المؤسسات تستهدف المصابين إلى جانب كبار السن.

فيما قالت بعض المؤسسات أن خططها وبرامجها الحالية شاملة وملائمة وليست بحاجة إلى أي تغيير أو تعديل.

#### 4. مستوى التنسيق والتشبيك بين مزودي الخدمات للمصابين:

##### 1.4 طرق الوصول للمعلومات الخاصة بالمصابين:

أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع مزودي الخدمات أنهم يجتهدون في توفير معلومات عن المصابين وظروفهم الصحية والمعيشية، حيث لا يوجد قاعدة بيانات كاملة عن المصابين واحتياجاتهم. حيث أفادوا بأنهم يصلون للمصابين من خلال العلاقات الشخصية أو بعض الزيارات الميدانية للأحياء والتجمعات السكنية والسؤال عن المصابين، أو من خلال الاستعانة بالمخاتير والشخصيات المجتمعية الفاعلة. فيما بعض المؤسسات تعتمد على التنسيق والتواصل فيها بينها والاعتماد على نظام الإحالة من مزود خدمات لآخر.

##### 2.4 تقييم مزودي الخدمات لمستوى التنسيق والتشبيك بين المؤسسات الدولية والأهلية العاملة مع المصابين:

جاءت آراء معظم المشاركين في النقاش لتدل على أن التنسيق جيد على مستوى الفهم والتخطيط (خلال الاجتماعات والمراسلات)، لكن هناك فجوة وخلل في التنسيق والتشبيك بين المؤسسات العاملة على مستوى التنفيذ الميداني، مما يؤدي إلى ازدواجية في العمل وقد يرجع ذلك لعدم وجود قاعدة بيانات محدثة ورسمية مما يسبب خلل في مستوى التنسيق الأمر الذي يؤدي إلى تكرار الخدمة لبعض المصابين وحرمان مصابين آخرين من الخدمة التي يحتاجونها.

**توصية (4):** يوصي فريق الدراسة بالعمل على رفع مستوى التنسيق الميداني بين مزودي الخدمات لتلاشي التكرار وتقديم خدمات ذات جودة عالية.

##### 3.4 تقييم مزودي الخدمات لمستوى التنسيق والتشبيك مع الوزارات الحكومية المختصة: (وزارة الصحة-وزارة

##### التمنية الاجتماعية-وزارة التربية والتعليم)

جاءت آراء المشاركين في النقاش متباينة حول مستوى التنسيق والتشبيك مع الوزارات الحكومية المختصة باختلاف الوزارة وشخص الاتصال، حيث هناك رضا كبير ومستوى عالٍ من التنسيق والتشبيك مع وزارة التربية والتعليم ومدراء المدراس، في حين تواجه العديد من المؤسسات صعوبة بالغة في التعاون مع وزارة الصحة من حيث الحصول على معلومات عن المصابين واحتياجاتهم، كذلك هناك صعوبة في التعاون مع وزارة التنمية الاجتماعية من حيث دمج بعض المصابين ضمن خدماتها.

##### 4.4 التحديات التي تواجهها المؤسسات في التنسيق والتشبيك مع الجهات ذات العلاقة لأجل الوصول لخدمات

أفضل:

جاءت إجابات المشاركين لتدل على وجود تحديات تواجه المؤسسات على مستوى التنسيق كالتالي:

1. عدم وجود بنك معلومات موحد عن المصابين واحتياجاتهم.
2. عدم وجود جهة حكومية أو دولية ناظمة ومسهلة لعمل المؤسسات حسب اختصاصاتها.

3. ازدواجية تقديم الخدمة لنفس المصاب.
4. بحث بعض المؤسسات عن تمويل وتنفيذ مشاريع دون تحديد احتياجات مسبقة.
5. عدم وجود مؤسسات كافية لتقديم خدمات الأطراف الصناعية لحالات البتر تحديداً
6. عدم وجود إمكانية للتنسيق والتعاون فيما بين بعض المؤسسات الدولية والوزارات الحكومية لأسباب سياسية.

#### 5.4 مدى استجابة مزودي الخدمات (المؤسسات المحلية-المؤسسات الدولية-الوزارات الحكومية) لاحتياجات

المصابين تتم في الوقت المناسب، ومعيقات الاستجابة لاحتياجات المصابين في الوقت المناسب:

تباينت إجابات المشاركين حول مدى الاستجابة لاحتياجات المصابين في الوقت المناسب، حيث يرى المشاركون أن الخدمات الصحية تتم في الوقت المناسب مقارنة بالآزمات والحروب السابقة، أما فيما يتعلق بالأدوية والعلاجات المتخصصة والأدوات المساعدة فهناك استجابة للاحتياجات لكنها لا تتم في الوقت المناسب حيث هناك تأخير في توفيرها.

ويرى المشاركون كذلك أن هناك خلل وتأخير في توفير خدمات الدعم النفسي وخدمات التعليم المساند وخدمات إعادة التأهيل.

**أما أهم المعيقات التي تحول دون الاستجابة لاحتياجات المصابين في الوقت المناسب فكانت كالتالي:**

1. عدم وجود بنك معلومات موحد عن المصابين واحتياجاتهم.
2. نقص الإمكانيات والموارد المتاحة مقارنة بالاحتياجات المطلوبة.

**توصية (5):** يوصي فريق الدراسة ضرورة إنشاء قاعدة بيانات للمصابين بالطلقات النارية في مسيرات العودة الكبرى، بحيث تشرف عليه جهة حكومية محددة مما يسهل عملية وصول مزودي الخدمات للمصابين.

## توصيات عامة لجميع القطاعات

1. يوصي فريق الدراسة بمراجعة كمية هذه المساعدات، هل حقيقةً غير كافية أم توقعات المصابين عالية وغير واقعية.
2. يوصي فريق الدراسة مزودي الخدمات باتخاذ تدابير واضحة حول نشر معايير اختيار المستفيدين وإشراكهم في عملية تحديد معايير التوزيع العادل للمساعدات.
3. يوصي فريق الدراسة مزودي الخدمات في القطاعات الإنسانية المختلفة بتصميم وبناء تدخلاتهم بما يتناسب مع الأعداد المتزايدة من المصابين واختلاف احتياجاتهم والعمل على تقليل الفجوة في الخدمات المقدمة لهم.
4. يوصي فريق الدراسة بالعمل على رفع مستوى التنسيق الميداني بين مزودي الخدمات لتلاشي التكرار وتقديم خدمات ذات جودة عالية.
5. يوصي فريق الدراسة بضرورة إنشاء قاعدة بيانات للمصابين بالطلقات النارية في مسيرات العودة الكبرى، بحيث تشرف عليه جهة حكومية محددة مما يسهل عملية وصول مزودي الخدمات للمصابين.

## نتائج تفصيلية للاحتياجات المشتركة لجميع القطاعات

1. أهم القضايا التي تمثل اهتمامات واحتياجات للمصابين:

1.1 أهم القضايا التي تمثل اهتمامات واحتياجات للأطفال المصابين:

عينة الفتيات (n=3)		عينة الفتية (n=77)		عينة الأطفال (n=80)	
66.7%	1. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	67.5%	1. توفير الطعام والغذاء	66.3%	1. توفير الطعام والغذاء
66.7%	2. توفير الرعاية الصحية الملائمة	62.3%	2. توفير الرعاية الصحية الملائمة	62.5%	2. توفير الرعاية الصحية الملائمة
66.7%	3. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)	57.1%	3. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	57.5%	3. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية
33.3%	4. توفير الطعام والغذاء	46.8%	4. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	46.3%	4. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع
33.3%	5. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	41.6%	5. المسكن الملائم لظروف الإصابة	41.3%	5. المسكن الملائم لظروف الإصابة
33.3%	6. المسكن الملائم لظروف الإصابة	37.7%	6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)	38.8%	6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)

من الجدول أعلاه يتبين أن احتياجات الفتيات تختلف اختلافاً بسيطاً عن احتياجات الفتية، حيث جاء الاحتياج "القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية" في المرتبة الأولى، بينما جاء الاحتياج "توفير الطعام والغذاء" في المرتبة الرابعة، خلافاً لاحتياجات الفتية.

## 2.1 أهم القضايا التي تمثل اهتمامات واحتياجات للذكور البالغين:

عينة الذكور البالغين (n=48) (33 سنة فأكثر)		عينة الذكور البالغين (n=76) (26-32 سنة)		عينة الذكور البالغين (n=126) (18-25 سنة)		عينة الذكور البالغين (n=250)	
75.0%	1. توفير الطعام والغذاء	69.7%	1. توفير الطعام والغذاء	72.2%	1. توفير الطعام والغذاء	72.0%	1. توفير الطعام والغذاء
70.8%	2. توفير فرص العمل ومصادر الدخل	69.7%	2. توفير فرص العمل ومصادر الدخل	70.6%	2. توفير فرص العمل ومصادر الدخل	70.4%	2. توفير فرص العمل ومصادر الدخل
66.7%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة	61.8%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة	64.3%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة	64.0%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة
62.5%	4. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	61.8%	4. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	54.8%	4. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	55.6%	4. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية
56.3%	5. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)	57.9%	5. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	49.2%	5. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	54.0%	5. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع
45.8%	6. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	39.5%	6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)	38.1%	6. المسكن الملائم لظروف الإصابة	45.6%	6. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)

يظهر من الجدول أعلاه أنه لا يوجد فروق جوهرية في احتياجات المصابين الذكور البالغين باختلاف الفئة العمرية، حيث أن أول ثلاثة احتياجات حافظت على نفس الترتيب.

### 3.1 أهم القضايا التي تمثل اهتمامات واحتياجات الإناث البالغات:

عينة الإناث البالغات (n=19) (33 سنة فأكثر)		عينة الإناث البالغات (n=6) (26-32 سنة)		عينة الإناث البالغات (n=15) (18-25 سنة)		عينة الإناث البالغات (n=40)	
57.9%	1. توفير الطعام والغذاء	83.3%	1. توفير الطعام والغذاء	73.3%	1. توفير الطعام والغذاء	67.5%	1. توفير الطعام والغذاء
57.9%	2. توفير الرعاية الصحية الملائمة	66.7%	2. التمييز بين المصابين وغير المصابين خلال التعاملات اليومية	73.3%	2. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	60.0%	2. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية
57.9%	3. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفراش)	66.7%	3. توفير فرص العمل ومصادر الدخل	60.0%	3. المسكن الملائم لظروف الإصابة	55.0%	3. توفير الرعاية الصحية الملائمة
52.6%	4. المسكن الملائم لظروف الإصابة	66.7%	4. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	53.3%	4. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	55.0%	4. المسكن الملائم لظروف الإصابة
52.6%	5. توفير مستلزمات الرعاية الصحية (أدوية- شاش ومستلزمات الغيار)	50.0%	5. توفير الرعاية الصحية الملائمة	53.3%	5. توفير الرعاية الصحية الملائمة	42.5%	5. توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفراش)
47.4%	6. القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية	33.3%	6. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع	33.3%	6. التمييز بين المصابين وغير المصابين خلال التعاملات اليومية	40.0%	6. إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع

يظهر من الجدول أعلاه أن الاحتياج "توفير الغذاء والطعام" جاء في المرتبة الأولى لجميع الفئات العمرية، وبعد ذلك ظهرت هناك فروق في احتياجات الإناث البالغات باختلاف الفئة العمرية، حيث أن "القدرة على المحافظة على الأمن والسلامة الشخصية" و"توفير الرعاية الصحية الملائمة" ظهرت كاحتياجات للفئات العمرية الثلاثة بالرغم من اختلاف درجة أهمية هذه الاحتياجات حسب الفئة العمرية.

وظهرت هناك احتياجات مختلفة باختلاف الفئة العمرية أيضاً، حيث أن "إزالة القيود المادية واللوجستية التي تؤثر على الحركة والتنقل داخل المجتمع" و"التمييز بين المصابين وغير المصابين خلال التعاملات اليومية" ظهرت

كاحتياجات للفئة العمرية (18-25) سنة، ولفئة العمرية (26-32) سنة، لكنها لم تظهر كاحتياجات للفئة العمرية 33 سنة فأكثر.

ويتبين من النتائج أن "المسكن الملائم لظروف الإصابة" ظهر كاحتياج للفئة العمرية (18-25) سنة، ولفئة العمرية 33 سنة فأكثر، لكنه لم يظهر كاحتياج للفئة العمرية (26-32) سنة.

في حين أظهرت النتائج أن "توفير فرص العمل ومصادر الدخل" يعد احتياج مهم للفئة العمرية (26-32) سنة دون الفئات العمرية الأخرى، وكذلك الأمر أظهرت النتائج أن "توفير المواد غير الغذائية الأساسية (مواد التنظيف والفرش)" و"توفير مستلزمات الرعاية الصحية (أدوية-شاش ومستلزمات الغيار)" تعد كاحتياجات للفئة العمرية (33) سنة فأكثر دون الفئات العمرية الأخرى.

ولم تظهر النتائج أن هنالك فروق جوهرية في احتياجات الإناث البالغات باختلاف الحالة الاجتماعية (أنسة، متزوجة، مطلقة).

## ثانياً: قطاع الحماية

### 1. تأثير الإصابة على حياة المصابين:

**توصية (6):** يوصي فريق الدراسة قطاع الحماية والعاملين فيه بضرورة تطوير آليات حول كيفية التعامل مع الآثار السلبية الناتجة عن الإصابة وتدريب المصابين عليها.

أفاد 81.1% من المصابين أن الإصابة قد أثرت تأثيراً سلبياً على حياتهم وحياة أسرهم بشكل كبير إلى كبير جداً، حيث أكد 60.0% من المصابين أنهم يشعرون بالخوف حيال تماسك أسرهم أو عدم القدرة على تكوين أسرة مستقبلاً بسبب الإصابة.

حسبما تبين من نتائج المجموعات البؤرية مع أهالي المصابين فإن الإصابة تركت العديد من التأثيرات السلبية على النواحي النفسية والاجتماعية لأسر المصابين، حيث جاءت أهم هذه التأثيرات السلبية مرتبة كما يلي:

#### أ. تأثيرات نفسية:

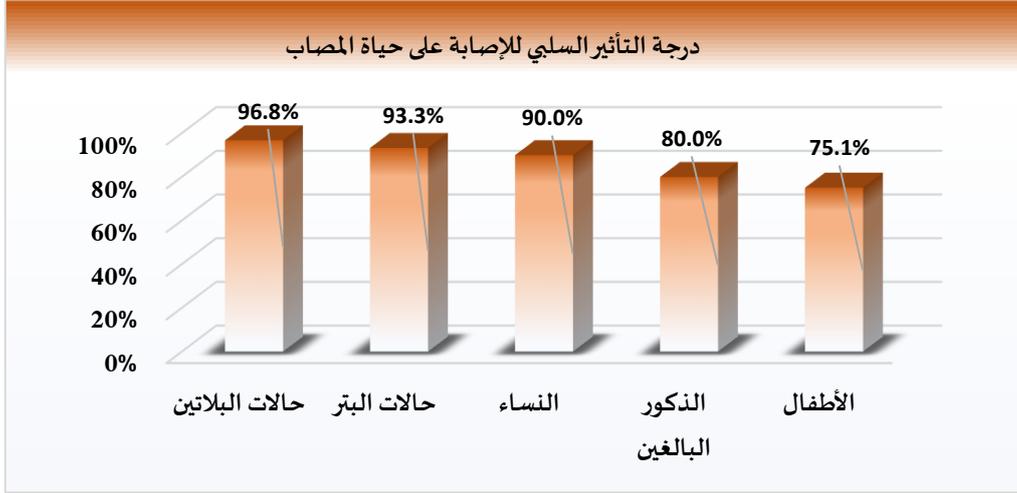
1. ضغوط نفسية لدى أفراد العائلة.
  2. توتر شديد.
  3. حزن وكآبة في العائلة.
  4. بكاء باستمرار على حالة المصاب.
  5. التعامل بعصبية بين أفراد العائلة.
  6. إرهاق وقلة النوم لأفراد العائلة.
  7. الإحساس بالعجز.
  8. انعكاس عصبية الأب/الأم على الأطفال الصغار.
  9. بعض الأطفال الذين أصيبت امهاتهم أصبحوا يعانون من وضع نفسي غير مستقر.
- (تقول سامية، ربة منزل، 39عام: عندي 3 مصابين أصبحت أعاني من حالة نفسية سيئة وكوابيس ليلية، أصبحت بحاجة للدعم النفسي).

#### ب. تأثيرات اجتماعية:

1. تفكك الأسرة، حيث بعض الحالات غادرت الزوجة إلى منزل أهلها.
  2. أصبح المصاب عبء على الأسرة.
  3. عبء أكبر على الزوجات والأمهات في تحمل مسؤولية الأبناء وتلبية متطلباتهم.
  4. الأجواء الأسرية أصبحت متوترة ومضطربة.
- (يقول محمد، 25 عام: زوجتي تركتني بعد إصابتي لعدم مقدرتي على العمل وتوفير احتياجات المنزل)

## ❖ أولويات التدخل حسب درجة تأثير الإصابة على المصاب:

1- حالات بلاتين 2- حالات البتر 3- النساء 4- ذكور بالغين 5- الأطفال



## 2. مدى تعرض المصابين لمضايقات بسبب الإصابة:

توصية (7): يوصي فريق الدراسة بضرورة تطوير برامج وأنشطة لتنمية مهارات التأقلم والمواجهة لدى المصابين في حال تعرضهم لأي مضايقة.

الإصابة التي تعرض لها المصاب/ة قد تجعله عرضة للمضايقات؛ حيث أكد 39.0% من أفراد العينة على أنهم قد تعرضوا لمضايقات لفظية كالاستهزاء والتوبيخ على ما وصل إليه حال المصاب، أو تعرضوا لمضايقات جسدية كعقاب نتيجة لتعرضهم للإصابة (47.5% من النساء تعرضن لمضايقات، 43.8% من الأطفال

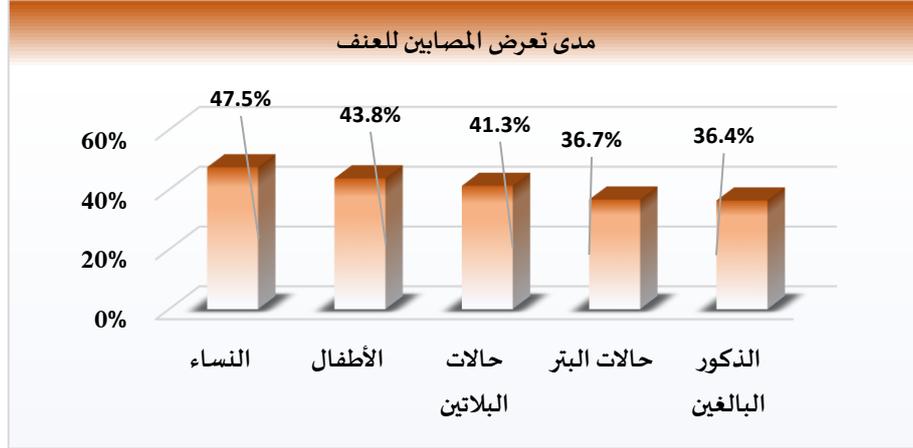
تعرضوا لمضايقات بعد الإصابة، 41.3% من الحالات مستخدمي البلاتين تعرضوا لمضايقات، 36.7% من الحالات المبتورة أحد أطرافهم تعرضوا لمضايقات، 36.4% من الذكور البالغين تعرضوا لمضايقات).

وبينت النتائج كذلك أن 89.1% ممن تعرضوا لمضايقات كانوا قد تعرضوا لمضايقات لفظية، 10.3% تعرضوا لمضايقات جسدية، و0.6% تعرضوا لمضايقات جنسية (سيدة واحدة تعرضت لمضايقات جنسية من صاحب العمل). وأشار المصابون الذين تعرضوا لهذه المضايقات إلى الجهات التالية كمسببين للمضايقات:

1. 33.3% تعرضوا لمضايقات من قبل أشخاص من المجتمع.
2. 30.8% تعرضوا لمضايقات من أحد الأقارب.
3. 24.4% تعرضوا لمضايقات من أحد أصدقائهم.
4. 11.5% تعرضوا لمضايقات من أحد الجيران.

### ❖ أولويات التدخل حسب درجة تعرض المصاب للمضايقات:

1- النساء 2- الأطفال 3- حالات البلاطين 4- حالات البتر 5- ذكور بالغين



### 3. الدعم والحماية المقدمة للمصابين:

**توصية (8):** يوصي فريق الدراسة قطاع الحماية بضرورة تنفيذ برامج تدريبية لعائلات المصابين لتطوير مهاراتهم حول كيفية تقديم الدعم والرعاية للمصابين.

أكدت غالبية أفراد العينة (96.3%) أن العائلة تشكل الحاضنة الأساسية التي تقدم الدعم والمساندة لهم يليها الأصدقاء بنسبة 22.5% (حيث تم منح المصاب حرية اختيار أكثر من جهة في حال وجود أكثر من جهة تقدم للمصاب الدعم)، ومن ناحية أخرى أكد 17.2% فقط من المصابين (13.7% من الأطفال،

15.6% من الذكور البالغين، 22.5% من النساء) أن عائلاتهم وأصدقائهم والجهات الأخرى التي تقدم الدعم والمساندة لهم كانوا قد تلقوا جلسات تدريبية حول كيفية تقديم الدعم والرعاية للمصاب.

وجاءت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين من الذكور البالغين والأطفال متفقة بشكل كبير مع النتيجة المذكورة أعلاه، في حين جاءت نتائج المجموعات البؤرية مع النساء المصابات ومع أهالي المصابين مختلفة نوعاً ما، حيث أفاد ما يقارب نصف النساء المشاركات في المجموعة البؤرية، ونصف أهالي المصابين المشاركين في المجموعات البؤرية أن مقدمي الدعم والمساندة قد شاركوا في جلسات تدريبية حول كيفية تقديم الدعم والرعاية للمصاب.

كما تبين من نتائج المجموعات البؤرية مع الأهالي أنهم يتبعوا وسائل متعددة في التعامل مع الاضطرابات التي يعاني منها أبناءهم، حيث أفادوا أنهم يراعوا ظروف المصابين ويحاولوا التخفيف عنهم والاستماع لشكواهم مع محاولة توفير بعض وسائل التسلية والترفيه لهم. فيما قال بعض الأهالي أن قدرتهم على التحمل قلت مع استمرار شكوى المصابين وكثرة متطلباتهم.

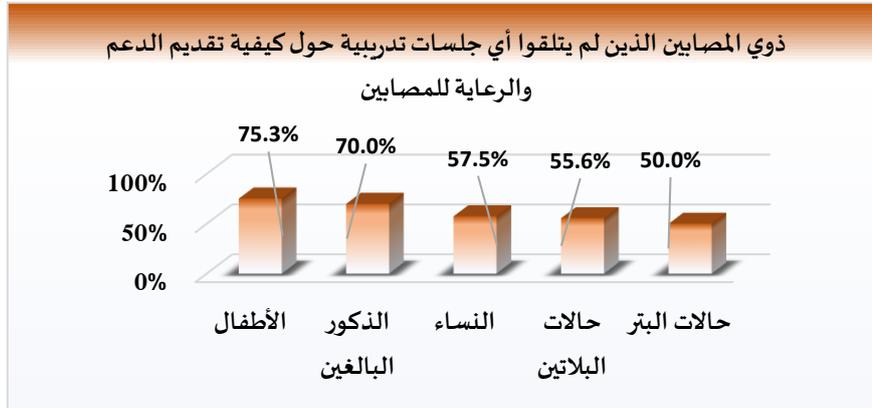
أما عن قدرة المصابين على المحافظة على شبكة علاقاتهم بأصدقائهم أو القدرة على تشكيل صداقات جديدة مع

**توصية (9):** يلاحظ أهمية تكوين صداقات جديدة أو المحافظة على الصداقات القديمة في رفع الروح المعنوية للمصابين وإمدادهم بالطاقة الكافية للتأقلم مع ظروف إصابتهم، وعليه يوصي فريق الدراسة بأهمية تعزيز جانب الصداقة في أية أنشطة تخدم المصابين وعائلاتهم.

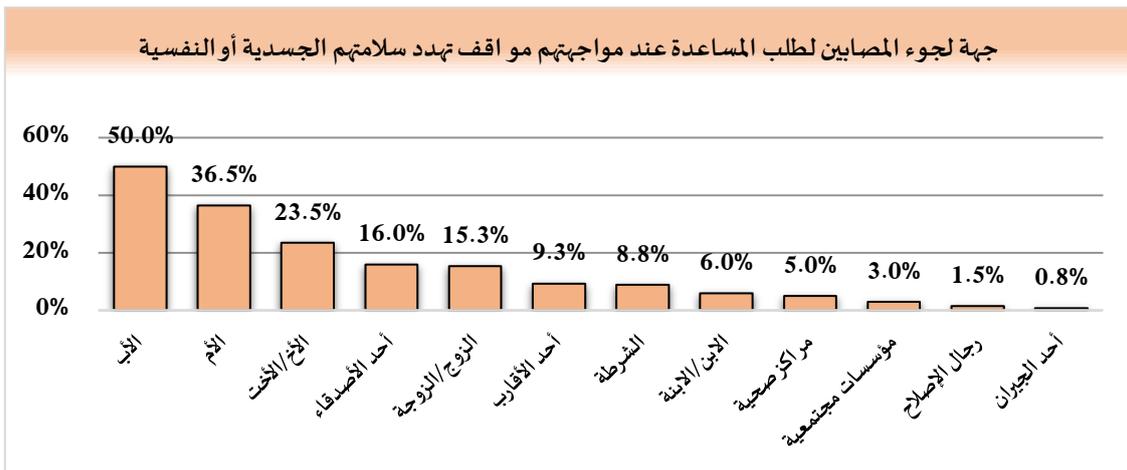
مصائب مثلهم كجهات دعم وحماية للمصابين، فقد عبر ثلثي الأهالي المشاركين في المجموعات البؤرية أن المصابين استطاعوا تشكيل صداقات جديدة مع مصابين آخرين تعرفوا عليهم بعد الإصابة، وأصبح بينهم علاقات اجتماعية وزيارات متبادلة، وأفادوا كذلك بأن المصابين استطاعوا الحفاظ على صداقاتهم القديمة قبل الإصابة، وأن العلاقات الاجتماعية لم تنقطع بينهم. فيما قال بعض الأهالي أن المصابين أصبحوا انطوائيين ولا يرغبون بالخروج من المنزل، فيما قال آخرون أن علاقة المصاب بأصدقائه أصبحت ضعيفة وبعضهم يرفض التعامل مع الأصدقاء القدامى.

❖ أولويات التدخل حسب نسبة ذوي المصابين الذين لم يتلقوا أي جلسات تدريبية حول كيفية تقديم الدعم والرعاية للمصابين:

1- الأطفال 2- الذكور البالغين 3- النساء 4- حالات البلاطين 5- حالات البتر



4. جهة لجوء المصابين في حال حدوث أي خطر يهدد سلامتهم:



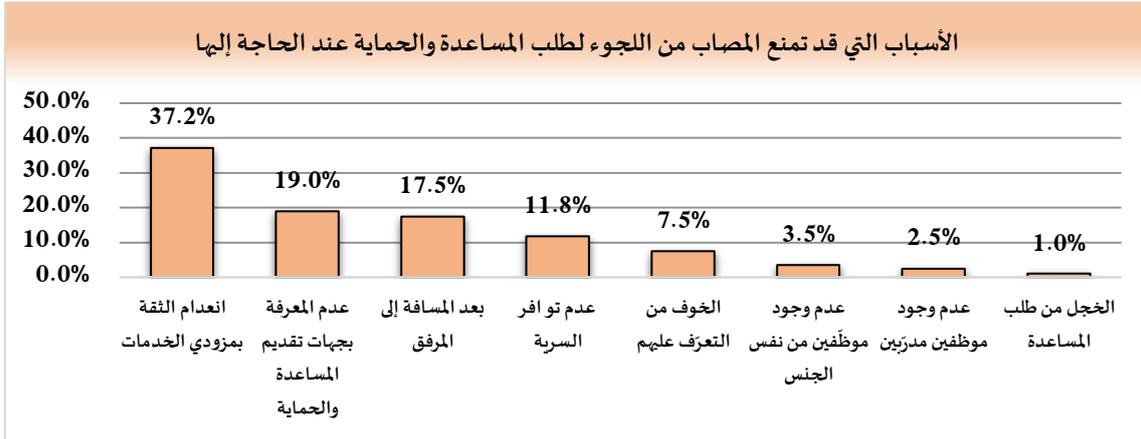
**توصية (10):** يوصي فريق الدراسة ضرورة إشراك عائلات المصابين في أي برامج تدريبية خاصة بتطوير ومساعدة المصابين على مواجهة المخاطر التي تهدد سلامتهم.

الرسم البياني السابق يوضح الجهات التي يلجأ لها المصابون عند حدوث أي خطر يهدد سلامتهم، حيث أظهرت النتائج أن العائلة تمثل جهة اللجوء الأساسية عند غالبية المصابين بنسب (50.0% الأب، 36.5% الأم، 23.5% الأخ/ت، الزوج/ة 15.3%، الابن/ة 6.0%)، يليها الأصدقاء بنسبة 16.0%، في حين حصلت كل من الشرطة، المراكز الصحية، المؤسسات المجتمعية 8.8%، 5.0%، 3.0% على التوالي.

وأرجع المصابون عدم توجههم إلى الشرطة أو المراكز الصحية أو المؤسسات المجتمعية لكل مما يلي:

1. انعدام الثقة بهذه الجهات.
2. عدم المعرفة بهذه الجهات.
3. بعد المسافة عن هذه الجهات.
4. عدم توافر السرية لدى هذه الجهات.

والرسم البياني التالي يوضح الأسباب التي قد تمنع المصابين من اللجوء إلى طلب الحماية من الجهات التي حصلت على أقل النسب:



وقد أظهرت نتائج التحليل أنه لا يوجد فروق جوهرية في الأسباب التي قد تمنع المصابين من اللجوء إلى طلب الحماية من الجهات التي حصلت على أقل نسب تعزى للنوع الاجتماعي (أطفال، ذكور بالغين، نساء).

## 5. مشاركة المصابين في جلسات وأنشطة إرشادية وتوعوية:

### 1.5 المشاركة في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:

أظهرت النتائج أن ثلث العينة فقط (33.8%) شاركوا في أنشطة دعم نفسي واجتماعي، وأكد 89.6% من المصابين الذين شاركوا في الجلسات على أنها ساهمت في تجاوزهم لظروف إصابتهم الصعبة.

حيث أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين أن مشاركتهم في أنشطة دعم نفسي اجتماعي ساهمت في تجاوزهم لظروفهم الصعبة، حيث عبروا بالعبارات التالية:

**توصية (11):** يوصي فريق الدراسة بضرورة استهداف المصابين في برامج وأنشطة دعم نفسي واجتماعي لتحسين الصحة النفسية لهم.

1. خفت من التفكير بالآلام الناجمة عن الإصابة.

2. طورت معارفنا ومعلوماتنا حول ضرورة حماية الذات وعدم تعريضها للأذى.

3. خفت الكوابيس الليلية التي تراودنا.

4. منحتنا فرصة للتفريغ النفسي وتعزيز الثقة بالنفس.

(يقول أحد المصابين، 26 عام: كنت دائماً حزين ومنطوي بعد الإصابة، لكن بعد حضور جلسات الدعم النفسي أصبحت قادر على تكوين صداقات جديدة والتفاعل مع غيري وتفريغ الطاقة السلبية التي بداخلي).

كما أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع أهالي المصابين أن مشاركة المصابين في أنشطة دعم نفسي اجتماعي ساهمت في تجاوز المصابين لظروفهم الصعبة، حيث عبر الأهالي عن أثر هذه الجلسات بالعبارات التالية:

1. خفت من تفكير المصابين بالآلام الناجمة عن الإصابة.

2. ساهمت في تحسين الحالة النفسية للمصابين.

3. ساهمت في تحسين مستوى التحصيل الدراسي للأطفال.

4. أصبح المصاب يستطيع التعبير عن نفسه.

5. أصبح المصاب أقل عصبية.

6. أصبح المصاب أقل انطوائية.

7. أصبح المصاب أقل عناداً.

ومن جهة أخرى فإن بقية العينة (66.2%) لم يشاركوا في أنشطة دعم نفسي واجتماعي بعد الإصابة وقد عزوا ذلك إلى عدد من الأسباب أبرزها:

1. 86.0% منهم أكدوا على أن السبب في عدم مشاركتهم يعود لعدم درايتهم بالأنشطة والجهات المنفذة.

2. 8.3% أفادوا بأن السبب الرئيسي يعود إلى ظروفهم الصحية الصعبة.

والجدول التالي يبين نسبة المشاركة وأسباب عدم المشاركة حسب التوزيع الجغرافي للمصابين:

المحافظة	مشاركة المصابين في أنشطة دعم نفسي اجتماعي		أسباب عدم مشاركة المصابين في أنشطة دعم نفسي اجتماعي	
	شارك	لم يشارك	عدم الدراية بالأنشطة والجهات المنفذة	الوضع الصحي للمصاب
شمال غزة	36.4%	63.6%	83.9%	7.1%
غزة	35.1%	64.9%	85.2%	13.1%
الوسطى	17.9%	82.1%	82.8%	9.4%
خانيونس	34.2%	65.8%	95.8%	2.1%
رفح	46.3%	53.7%	83.3%	8.3%
كافة المحافظات	33.8%	66.3%	86.0%	8.3%

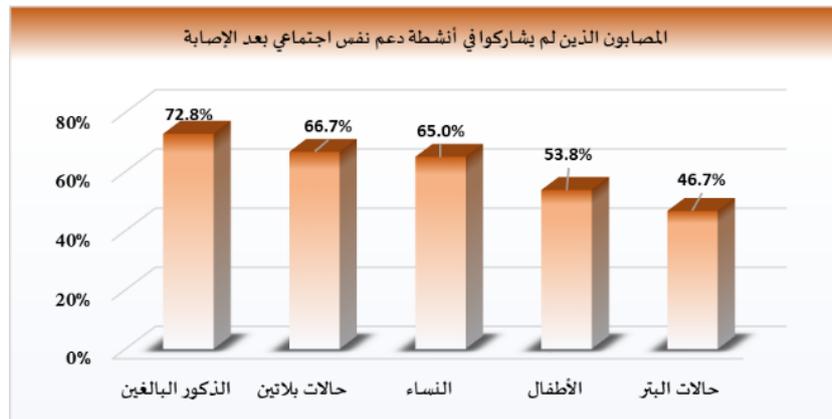
كما أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن المؤسسات التي نفذت أنشطة دعم نفسي اجتماعي للمصابين قد اتبعت واحدة أو أكثر من آليات التواصل التالية لإبلاغهم عن هذه الأنشطة:

1. من خلال الزيارات الميدانية لمنازل المصابين.
  2. بالاتصال أو ارسال رسالة نصية على هاتف المصاب أو أحد أفراد عائلته.
  3. إبلاغه عن طريق بعض الأصدقاء أو الجيران.
  4. من خلال الزيارات الشخصية للمؤسسات القاعدية في المناطق.
- أما عن أفضل طريقة لإبلاغ المصابين عن وجود أنشطة دعم نفسي اجتماعي وجلسات توعية حسب ما أفاد المصابون وأهاليهم خلال النقاش في المجموعات البؤرية؛ هو الاتصال عليهم أو إرسال رسائل عبر الجوال.

**توصية (12):** نظراً لعدم فاعلية وسائل التنسيق المستخدمة حالياً في الوصول إلى المصابين، يوصي فريق الدراسة بضرورة وأهمية تطوير آليات تنسيق وتشبيك أكثر فاعلية لضمان الوصول للمصابين.

❖ أولويات التدخل حسب نسبة المصابين الذين لم يشاركوا في أنشطة دعم نفسي واجتماعي بعد الإصابة:

- 1- الذكور البالغين
- 2- حالات بلاتين
- 3- النساء
- 4- الأطفال
- 5- حالات البتر



## 2.5 المشاركة في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من

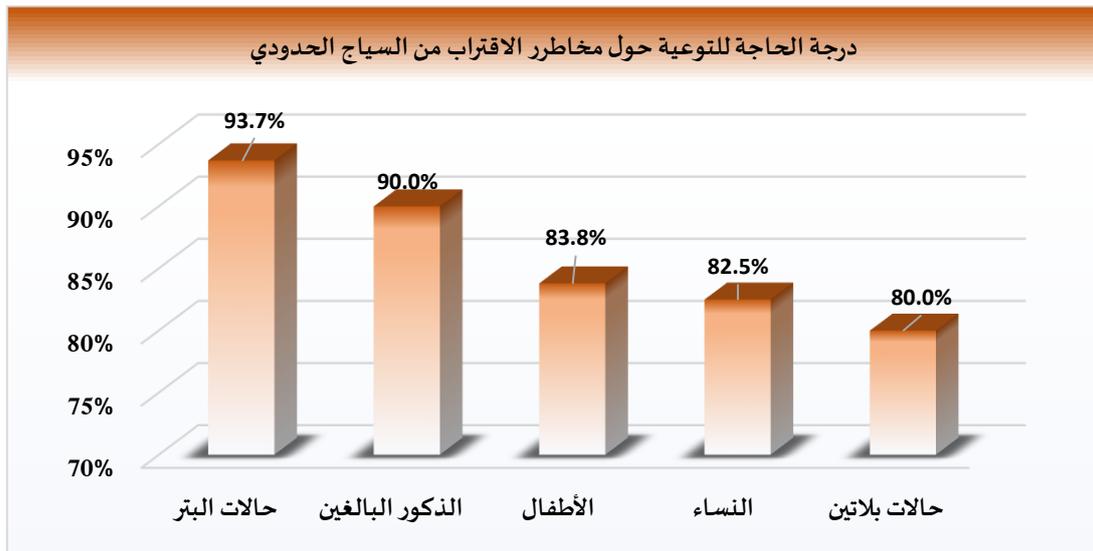
### السياح الحدودي:

بينت النتائج أن 87.2% من أفراد العينة لم يشاركوا في أية جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياح الأمني سواء قبل أو بعد الإصابة.

توصية (13): يوصي فريق الدراسة بضرورة عقد ورشات توعية للمصابين حول مخاطر الاقتراب من السياح الحدودي وحول آلية اتخاذ تدابير الحماية لضمان أمنهم وسلامتهم.

### ❖ أولويات التدخل حسب درجة الحاجة للتوعية حول مخاطر الاقتراب من السياح الحدودي:

1- حالات البتر 2- الذكور البالغين 3- الأطفال 4- النساء 5- حالات البلاتين



توصية (14): يوصي فريق الدراسة بضرورة تنفيذ حملات توعية عامة عبر وسائل متنوعة كالمساجد والنوادي ووسائل التواصل الاجتماعي لضمان تجنب الأطفال والفتيان الاقتراب من السياح الحدودي حفاظاً على أمنهم وسلامتهم.

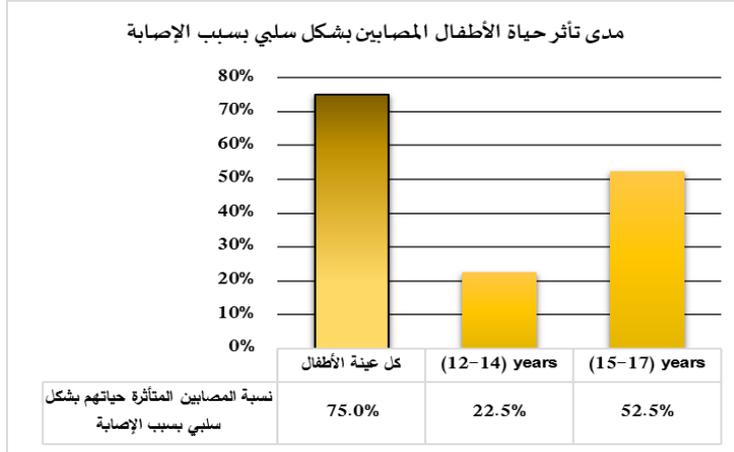
## توصيات قطاع الحماية

1. يوصي فريق الدراسة قطاع الحماية والعاملين فيه بضرورة تطوير آليات حول كيفية التعامل مع الآثار السلبية الناتجة عن الإصابة وتدريب المصابين عليها.
2. يوصي فريق الدراسة بضرورة تطوير برامج وأنشطة لتنمية مهارات التأقلم والمواجهة لدى المصابين في حال تعرضهم لأي مضايقة.
3. يوصي فريق الدراسة قطاع الحماية بضرورة تنفيذ برامج تدريبية لعائلات المصابين لتطوير مهاراتهم حول كيفية تقديم الدعم والرعاية للمصابين.
4. يلاحظ أهمية تكوين صداقات جديدة أو المحافظة على الصداقات القديمة في رفع الروح المعنوية للمصابين وإمدادهم بالطاقة الكافية للتأقلم مع ظروف إصابتهم، وعليه يوصي فريق الدراسة بأهمية تعزيز جانب الصداقة في أية أنشطة تخدم المصابين وعائلاتهم.
5. يوصي فريق الدراسة بضرورة إشراك عائلات المصابين في أي برامج تدريبية خاصة بتطوير ومساعدة المصابين على مواجهة المخاطر التي تهدد سلامتهم.
6. يوصي فريق الدراسة بضرورة استهداف المصابين في برامج وأنشطة دعم نفسي واجتماعي لتحسين الصحة النفسية لهم.
7. نظراً لعدم فاعلية وسائل التنسيق المستخدمة حالياً في الوصول إلى المصابين، يوصي فريق الدراسة بضرورة وأهمية تطوير آليات تنسيق وتشبيك أكثر فاعلية لضمان الوصول للمصابين.
8. يوصي فريق الدراسة بضرورة عقد ورشات توعوية للمصابين حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي وحول آلية اتخاذ تدابير الحماية لضمان أمنهم وسلامتهم.
9. يوصي فريق الدراسة بضرورة تنفيذ حملات توعية عامة عبر وسائل متنوعة كالمساجد والنوادي ووسائل التواصل الاجتماعي لضمان تجنيب الأطفال والفتيان الاقتراب من السياج الحدودي حفاظاً على أمنهم وسلامتهم.

## نتائج تفصيلية لقطاع الحماية

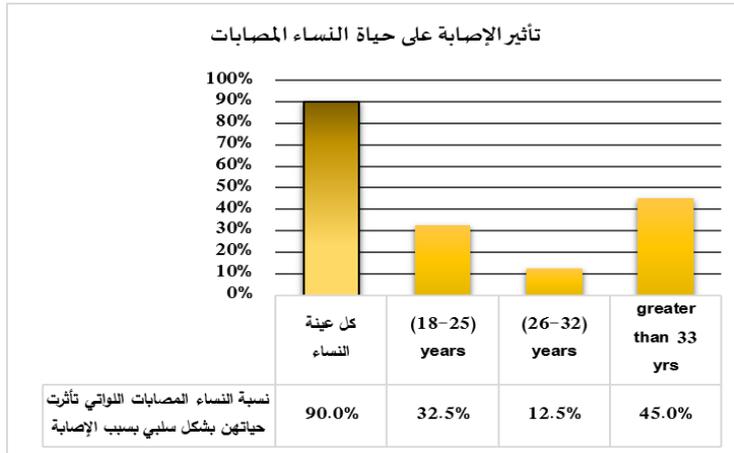
### 1. تأثير الإصابة على حياة المصابين:

#### 1.1 تأثير الإصابة على حياة الأطفال المصابين:



أفاد 75.0% من الأطفال المصابين أن الإصابة قد أثرت تأثيراً سلبياً على حياتهم وحياة أسرهم بشكل كبير إلى كبير جداً، منهم 22.5% ضمن الفئة العمرية (12 - 14) سنة، و52.5% منهم ضمن الفئة العمرية (15 - 17) سنة، أي أن الإصابة أثرت بشكل سلبي على الفتية أكثر من الأطفال الصغار.

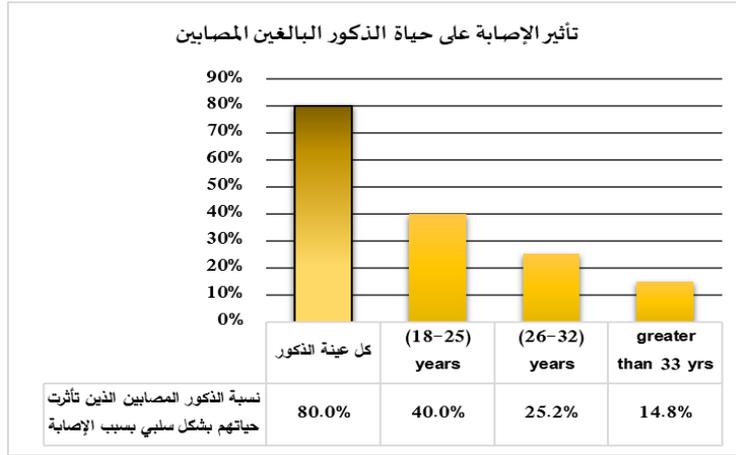
#### 2.1 تأثير الإصابة على حياة النساء المصابات:



أفادت 90.0% من النساء المصابات أن الإصابة قد أثرت تأثيراً سلبياً على حياتهن وحياة أسرهن بشكل كبير إلى كبير جداً، منهن 32.5% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، و12.5% منهن ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و45.0% منهن ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر. كما أظهرت النتائج أن النساء (الفتيات)

غير المتزوجات تأثرت حياتهن بشكل سلبي بسبب الإصابة أكثر من غيرهن من المتزوجات أو اللواتي سبق لهن الزواج.

### 3.1 تأثير الإصابة على حياة المصابين من الذكور البالغين:



أفاد 80.0% من الذكور البالغين المصابين أن الإصابة قد أثرت تأثيراً سلبياً على حياتهم وحياة أسرهم بشكل كبير إلى كبير جداً، منهم 40.0% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، 25.2% منهم ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و14.8% منهم ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر.

كما أظهرت النتائج أن الذكور غير المتزوجين تأثرت حياتهم بشكل سلبي بسبب الإصابة أكثر من الذكور المتزوجين.

### 4.1 تأثير الإصابة على حياة المصابين الذين تعرضوا لبرر أحد الأطراف:

أفاد 93.3% من المصابين الذين بررت أحد أطرافهم أن الإصابة قد أثرت تأثيراً سلبياً على حياتهم وحياة أسرهم بشكل كبير إلى كبير جداً.

### 5.1 تأثير الإصابة على حياة المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين":

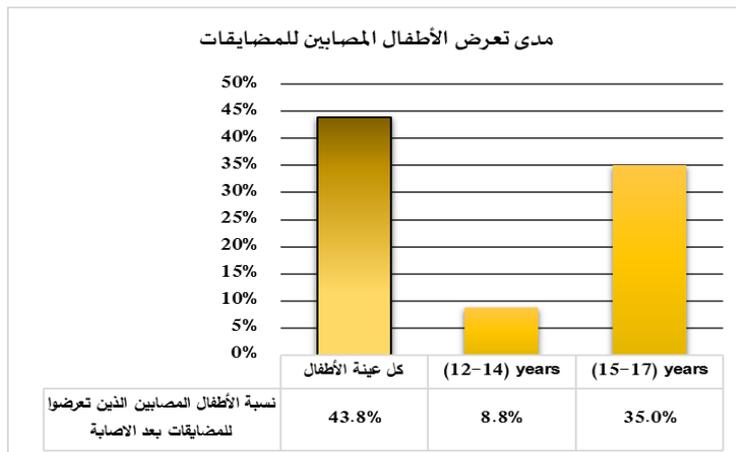
أفاد 96.8% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين" أن الإصابة قد أثرت تأثيراً سلبياً على حياتهم وحياة أسرهم بشكل كبير إلى كبير جداً.

### 2. مدى تعرض المصابين لمضايقات:

تبين من نتائج المقابلات مع المصابين أنه لم تختلف أنواع المضايقات التي تعرض لها المصابين باختلاف النوع الاجتماعي حيث كانت المضايقات اللفظية في المرتبة الأولى يليها المضايقات الجسدية.

### 1.2 مدى تعرض الأطفال المصابين

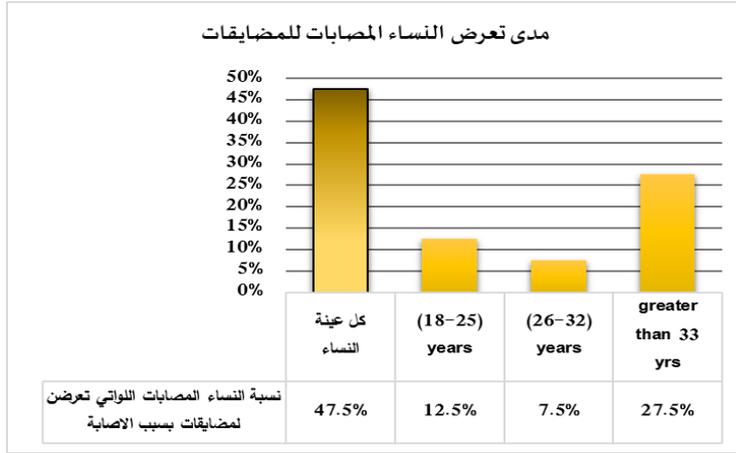
#### للمضايقات:



أفاد 43.8% من الأطفال المصابين أنهم قد تعرضوا لمضايقات، منهم 8.8% ضمن الفئة العمرية (12 - 14) سنة، و35.0% منهم ضمن الفئة العمرية (15 - 17) سنة، أي أن الفتية أكثر عرضة للمضايقات مقارنة بالأطفال الصغار.

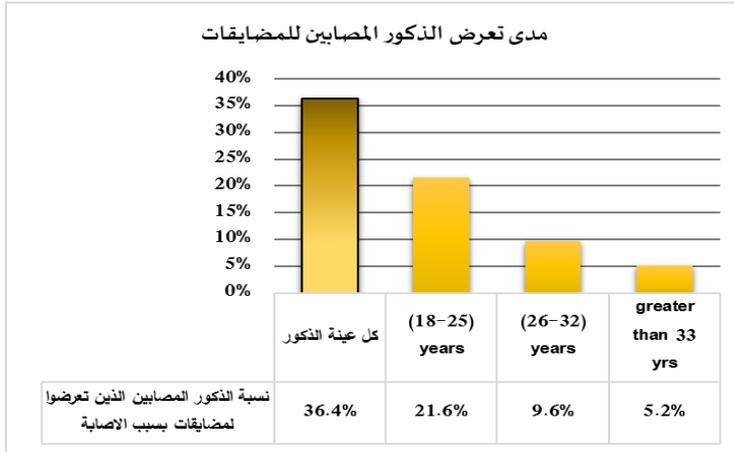
## 2.2 مدى تعرض النساء المصابات لمضايقات:

أفادت 47.5% من النساء المصابات أنهن قد تعرضن لمضايقات (45.0% منهن تعرضن لمضايقات لفظية وكان المتسبب فيه الأقارب والأصدقاء والجيران، 2.5% تعرضن لمضايقات جنسية من صاحب العمل).



أما بالنسبة للتقسيم حسب الفئة العمرية فإن 12.5% منهن ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، 7.5% منهن ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و27.5% منهن ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين النساء (الفتيات) غير المتزوجات والمتزوجات أو اللواتي سبق لهن الزواج من حيث تعرضهن لمضايقات.

## 3.2 مدى تعرض الذكور البالغين لمضايقات:



أفاد 36.4% من الذكور البالغين المصابين أنهم قد تعرضوا لمضايقات، منهم 21.6% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، 9.6% منهم ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و5.2% منهم ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر. كما أظهرت النتائج أن الذكور غير المتزوجين قد تعرضوا لمضايقات أكثر من الذكور المتزوجين.

## 4.2 مدى تعرض المصابين الذين بترت أحد أطرافهم لمضايقات:

أفاد 36.7% من المصابين الذين بترت أحد أطرافهم أنهم تعرضوا لمضايقات بعد الإصابة.

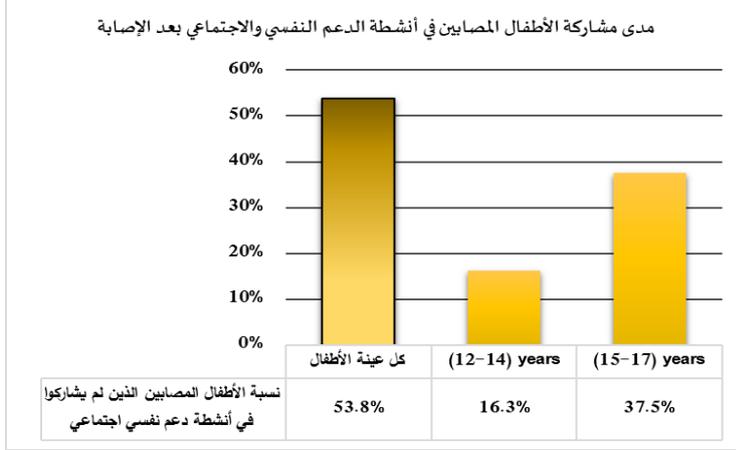
## 5.2 مدى تعرض المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" لمضايقات:

أفاد 41.3% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" أنهم تعرضوا لمضايقات بعد الإصابة.

### 3. مشاركة المصابين في جلسات وأنشطة إرشادية وتوعوية:

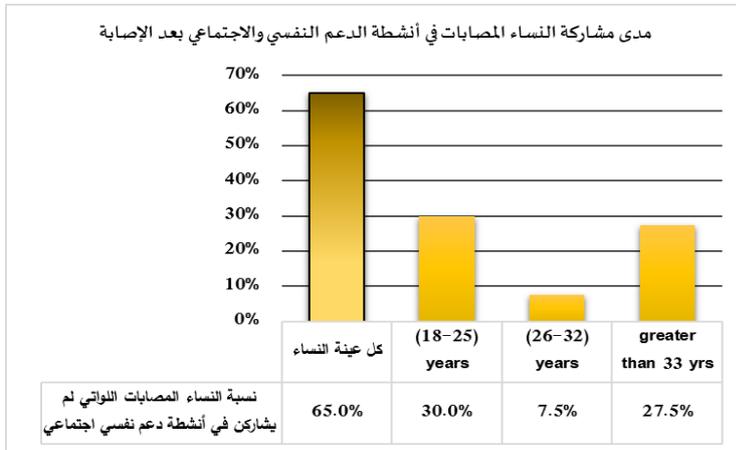
#### 1.3 المشاركة في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:

##### 1.1.3 مشاركة الأطفال المصابين في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:



أفاد 53.8% من الأطفال المصابين أنهم لم يشاركوا في أنشطة دعم نفسي واجتماعي بعد الإصابة، منهم 16.3% ضمن الفئة العمرية (12 - 14) سنة، و37.5% منهم ضمن الفئة العمرية (15 - 17) سنة.

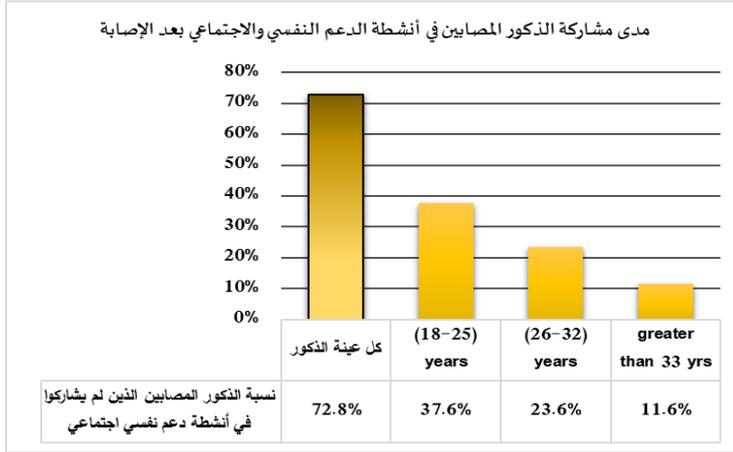
##### 2.1.3 مشاركة النساء المصابات في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:



أفادت 65.0% من النساء المصابات أنهن لم يشاركن في أنشطة دعم نفسي اجتماعي بعد الإصابة، منهن 30.0% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، و7.5% منهن ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و27.5% منهن ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر.

كما أظهرت النتائج أن 45.0% من النساء المصابات اللواتي لم يشاركن هم من النساء (الفتيات) غير المتزوجات أما 20.0% من النساء اللواتي لم يشاركن هن متزوجات أو سبق لهن الزواج.

### 3.1.3 مشاركة الذكور البالغين في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:



أفاد 72.8% من الذكور المصابين أنهم لم يشاركوا في أنشطة دعم نفسي اجتماعي بعد الإصابة، منهم 37.6% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، 23.6% منهم ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و11.6% منهم ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر.

كما أظهرت النتائج أن 40.4% من

الذكور الذين لم يشاركوا هم من غير المتزوجين، أما 20.0% من الذكور الذين لم يشاركوا هم متزوجون.

### 4.1.3 مشاركة الذكور المصابين الذين بترت أحد أطرافهم في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:

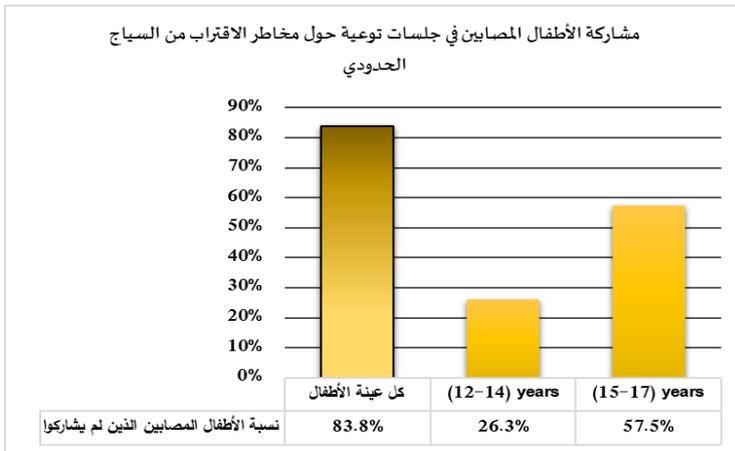
أفاد 46.7% من المصابين الذين بترت أحد أطرافهم أنهم لم يشاركوا في أنشطة دعم نفسي اجتماعي بعد الإصابة.

### 5.1.3 مشاركة المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين" في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة:

أظهرت النتائج أن 66.7% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين" لم يشاركوا في أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي بعد الإصابة.

### 2.3 المشاركة في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي:

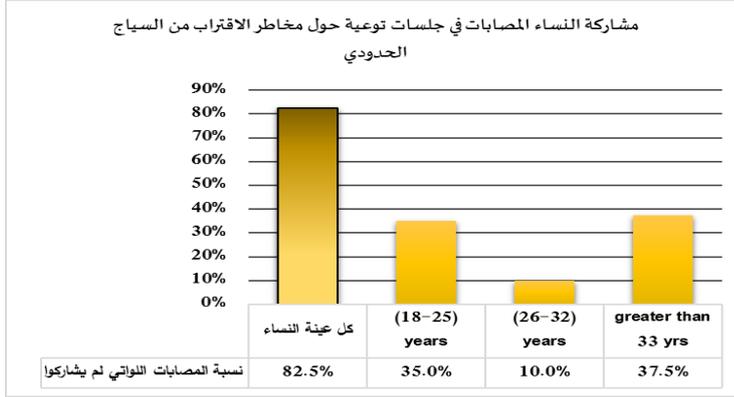
#### 1.2.3 مشاركة الأطفال المصابين في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي:



أفاد 83.8% من الأطفال المصابين أنهم لم يشاركوا في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي، منهم 26.3% ضمن الفئة العمرية (12 - 14) سنة، و57.5% منهم ضمن الفئة العمرية (15 - 17) سنة.

### 2.2.3 مشاركة النساء المصابات في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي:

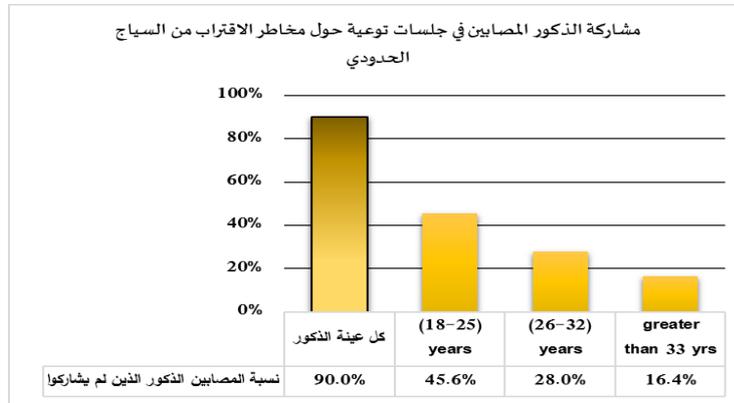
أفادت 82.5% من النساء المصابات أنهن لم يشاركن في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج



الحدودي، منهم 35.0% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، 10.0% منهم ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و37.5% منهم ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر. كما أظهرت النتائج أن 50.0% من النساء المصابات اللواتي لم يشاركن هم من النساء (الفتيات) غير المتزوجات أما

32.5% من النساء اللواتي لم يشاركن هن متزوجات أو سبق لهن الزواج.

### 3.2.3 مشاركة الذكور البالغين في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي:



أفاد 90.0% من الذكور المصابين أنهم لم يشاركوا في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي، منهم 45.6% ضمن الفئة العمرية (18 - 25) سنة، 28.0% منهم ضمن الفئة العمرية (26 - 32) سنة، و16.4% منهم ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر. كما أظهرت

النتائج أن 48.8% من الذكور الذين لم يشاركوا هم من غير المتزوجين، أما 41.2% من الذكور الذين لم يشاركوا هم متزوجون.

### 4.2.3 مشاركة الذكور المصابين الذين بترت أحد أطرافهم في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي:

أفاد 80.0% من المصابين الذين بترت أحد أطرافهم أنهم لم يشاركوا في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي.

### 5.2.3 مشاركة المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي:

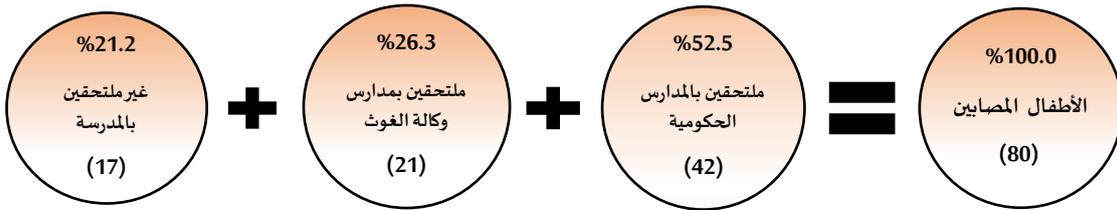
أظهرت النتائج أن 93.7% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" لم يشاركوا في جلسات توعية حول مخاطر الاقتراب من السياج الحدودي.

## ثالثاً: قطاع التعليم (الفتية والفتيات فقط)

### 1. تأثير الإصابة على تعليم المصاب:

#### أ. الالتحاق بالتعليم:

أظهرت النتائج أن 78.8% من الأطفال المصابين كانوا ملتحقين بالمدرسة قبل التعرض للإصابة (26.3% ملتحقين بمدارس وكالة الغوث، 52.5% ملتحقين بمدارس حكومية)، في حين لم يكن 21.2% من الأطفال المصابين ملتحقين بالتعليم قبل الإصابة.



ولمزيد من التفصيل تم تقسيم المصابين غير الملحقين بالمدرسة (نسبتهم 21.2%) حسب متغير الفئة العمرية، فتبين أن 5.0% من المصابين غير الملحقين بالمدرسة ضمن الفئة العمرية (12-14) سنة، أما 16.2% من المصابين غير الملحقين بالمدرسة ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة. أي أن هناك نسبة ليست قليلة من المصابين الأطفال (نسبتهم 5.0%) انقطعوا/تسربوا من المدرسة قبل انتهاء مرحلة التعليم الأساسي حسبما نصت عليه القوانين والاتفاقيات الوطنية والدولية. وتبين النتائج كذلك أن جميع المصابين غير الملحقين بالمدرسة هم ذكور، وغالبيتهم ينتمون لأسر عدد أفرادها أكثر من 6 أفراد.

#### ب. الانقطاع عن التعليم وانتظام الدوام:

تبين من خلال النتائج أن 52.4% من الأطفال المصابين الذين كانوا ملتحقين بالتعليم قبل الإصابة قد انقطعوا عن التعليم داخل المدرسة وخارجها (أي عدم الذهاب إلى المدرسة وعدم تلقي أي خدمة تعليمية في مكان تلقي العلاج كالمستشفى و/أو البيت)، وأن المتبقين 47.6% من الأطفال المصابين لم ينقطعوا عن التعليم.



وتبين النتائج كذلك أن 23.3% من الأطفال الذين لم ينقطعوا عن التعليم لا يذهبون للمدرسة بانتظام، إضافةً إلى أن 10.0% من هؤلاء الأطفال المصابين الذين لم ينقطعوا عن التعليم اضطروا لتغيير مدارسهم بسبب الإصابة.

ولمزيد من التفصيل، تم تقسيم المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة (نسبتهم 52.4%) حسب متغير الفئة العمرية، فتبين أن 15.9% منهم ضمن الفئة العمرية (12-14) سنة، بينما 36.5% منهم ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة. أي أن هناك ما نسبتهم 15.9% من الأطفال الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة كانت الإصابة سبباً في انقطاعهم عن مواصلة تعليمهم وهم لم يكملوا مرحلة التعليم الأساسي حتى الصف العاشر.

**توصية (15):** يوصي فريق الدراسة ببذل جهود حقيقي من جهات التدخل لإعادة إلحاق الأطفال المنقطعين عن التعليم بسبب الإصابة في المدارس.

ولمزيد من التفصيل أيضاً تم تقسيم المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة (نسبتهم 52.4%) حسب متغير الجنس، فتبين أن 47.6% هم من الذكور، و4.8% من الإناث، وجميعهن انقطعن عن التعليم بسبب الظروف الصحية بعد الإصابة.

ولمزيد من التفصيل أيضاً تم تقسيم المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة (نسبتهم 52.4%) حسب متغير المحافظة، فتبين أن 11.1% من المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة من محافظة شمال غزة، و6.3% من المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة من محافظة غزة، و6.3% من المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة من محافظة الوسطى، و11.1% من المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة من محافظة خان يونس، و17.5% من المصابين الذين كانوا ملتحقين بالمدرسة وانقطعوا عن التعليم بعد الإصابة من محافظة رفح. أي أن الأطفال المصابين في محافظة رفح الأكثر انقطاعاً عن التعليم مقارنةً ببقية المحافظات.

وبينت نتائج المجموعات البؤرية مع الأهالي والأطفال المصابين، أن الأطفال المصابين لم يتلقوا أي مساعدات تعليمية (دروس تقوية/ تعويضية) خلال فترة تواجدهم في المستشفى أو في المنزل، سوى حالة واحدة لطفل كان يتلقى العلاج في مدينة رام الله حيث أفاد أنه حضر فريق دعم تعليمي يتبع لوكالة الغوث ساعده في مراجعة بعض الدروس المقررة.

### تأثير الإصابة على المستوى التعليمي لأسرة المصاب

أظهرت نتائج المجموعات البؤرية أن بعض أخوة المصابين وأبناءهم تدنى مستوى تحصيلهم الدراسي والجامعي بسبب انشغالهم مع المصاب.

"يقول محمود، 20 عام: أختي طالبة جامعية رسبت في اختبار الجامعة لأنها كانت مشغولة بعلاجي"

## 2. الأسباب التي تعيق ذهاب الأطفال المصابين للمدرسة بانتظام:

حسبما أظهرت النتائج فإن هناك عدة أسباب تعيق ذهاب الأطفال المصابين (الذين كانوا ملتحقين بالتعليم قبل الإصابة) للمدرسة بانتظام تتمثل فيما يلي (11):

1. 66.7% من الأطفال المصابين أفادوا أن ظروفهم الصحية تشكل عائق لهم عند الذهاب للمدرسة (61.9% منهم ذكور، 4.8% إناث).
2. 33.3% من الأطفال المصابين أكدوا على أن بعد المدارس عن المنزل يشكل عائق لهم (جميعهم ذكور).
3. 17.5% من الأطفال المصابين تشكل مصروفات التعليم وتكاليف المواصلات عائق لهم (جميعهم ذكور).

أظهرت نتائج المجموعات البؤرية مع أهالي المصابين أن هناك العديد من المعوقات التي استجدت بعد إصابة أطفالهم والتي تحول دون مواصلتهم للتعليم يمكن ذكرها فيما يلي:

1. الإصابة في اليد أثرت على قدرة الطفل على الكتابة.
2. تدني مستوى التحصيل الدراسي بسبب التغيب عن الدراسة الأمر الذي يقلل الدافعية لدى الطفل للاستمرار في التعليم.
3. حاجة بعض المصابين لدروس تعويضية تعيدهم إلى نفس الطريق مع الأطفال من غير المصابين كي لا يشعر الأطفال المصابين بالنقص نظراً لتراجع مستواهم الدراسي بسبب الانقطاع عن المدرسة.
4. الوضع الصحي لبعض المصابين يحول دون الذهاب للمدرسة (عدم القدرة على المشي للمدرسة-عدم القدرة على حمل الحقيبة المدرسية).
5. الخجل والشعور بالنقص من الإصابة يسبب للمصاب الاحراج بين زملاءه في المدرسة.
6. المدرسة بعيدة عن مكان السكن والطرق المؤدية للمدرسة غير مؤهلة، وبالتالي يستغرق الوصول للمدرسة وقت زمني أطول.

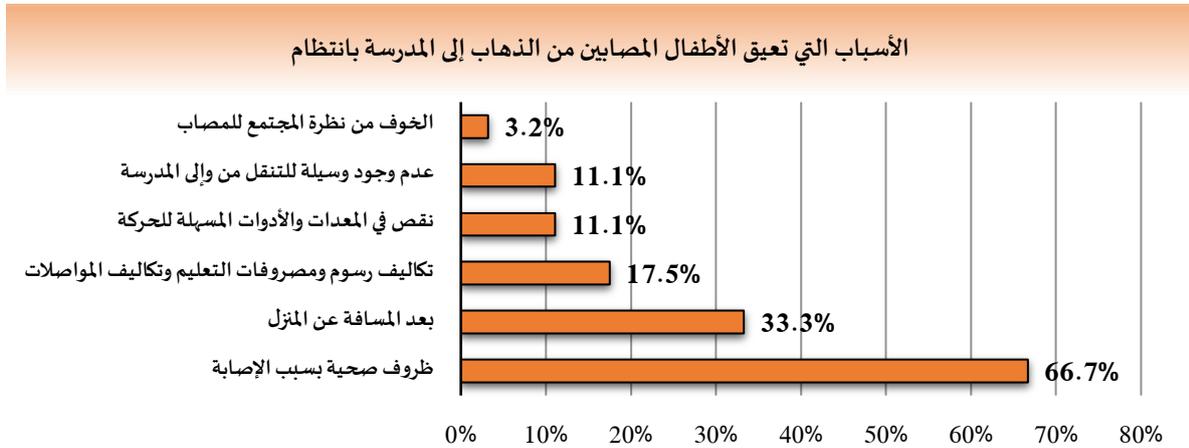
(11) تم ترك المجال للمصاب لاختيار أكثر من إجابة.

7. العنف بين الأطفال في المدارس والشوارع العامة يحون دون ذهاب بعض الأطفال إلى مدارسهم خوفاً على سلامتهم.

8. عدم مقدرة الأسرة على دفع تكاليف دروس خصوصية لتعويض النقص بسبب الغياب عن المدرسة.

9. إصابة أحد الأطفال سببت له مشاكل في النطق وبالتالي ترك المدرسة.

الرسم البياني التالي يعرض الأسباب التي تعيق الأطفال المصابين من الذهاب للمدرسة بانتظام:



وقد عكست هذه المعوقات آثار سلبية على الوقت الذي يستغرقه الطفل المصاب للوصول إلى مدرسته، حيث أفاد 80.0% منهم أن الوقت المستغرق للوصول للمدرسة قد زاد بدرجات متفاوتة (15-30 دقيقة).

### 3. احتياجات الأطفال المصابين في مجال التعليم:

توصية (16): يوصي فريق الدراسة بتقديم دروس تعويضية لهذه الفئة لاستبقائها في المدرسة.

1. أفاد 66.7% من الأطفال المصابين الذين لم ينقطعوا عن التعليم أنهم بحاجة إلى دروس تقوية أو حصص إضافية لتعويض النقص بسبب التغيب عن المدارس، ولم يظهر أي أثر لمتغير الفئة العمرية على حاجة الأطفال -الذين لم ينقطعوا عن التعليم- إلى دروس تقوية أو حصص إضافية لتعويض النقص.

2. أكد 23.3% من الأطفال المصابين الذين لم ينقطعوا عن التعليم أن مدارسهم بحاجة لمواءمة بما يلائم ظروف إصابتهم الحالية، مع التأكيد على أنهم جميعاً يقعون ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة.

بينت نتائج المجموعات البؤرية مع الأطفال المصابين وأهاليهم مدى حاجة المدارس الخاصة بالأطفال المصابين للمواءمة بما يتناسب مع ظروف إصابتهم؛ حيث أفاد نصف المشاركين في النقاش أن مدارس الأطفال مناسبة ولا تحتاج أي مواءمة، فيما قال النصف الآخر من المشاركين أن المدارس بحاجة إلى مواءمة لكي تصبح أكثر ملائمة لظروف المصابين، وجاءت أهم

احتياجات المواءمة كالتالي:

توصية (17): يوصي فريق الدراسة مراعاة احتياجات المواءمة المذكورة بعين الاعتبار عند تصميم وبناء أي مدارس جديدة، وتنفيذ هذه الاحتياجات من المواءمة على المدارس القائمة حالياً بما يعود بالنفع على الطلبة.

1. مراعاة وجود مصعد في المدرسة.

2. مراعاة وجود مراحيض ملائمة لظروف المصابين.

3. توفير طاولات ومقاعد ملائمة لظروف المصابين.

4. مراعاة وجود حمامات قريبة من الغرف الدراسية.

مع تأكيد الأهالي على ضرورة توفير احتياجات المواءمة

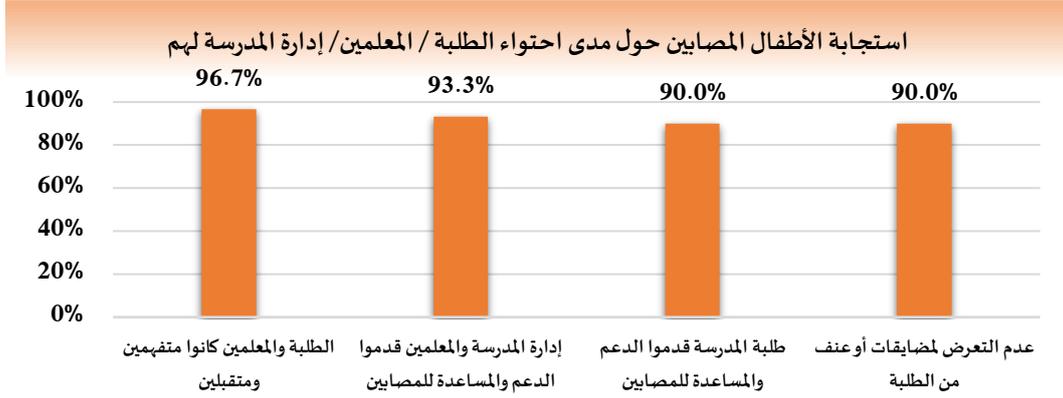
السابقة عند بناء أي مدارس جديدة.

وللتحقق من مدى توافر احتياجات المواءمة في المدارس الحكومية ومدارس وكالة الغوث، قام فريق العمل بإجراء مقابلات فردية مع برنامج التربية والتعليم بوكالة الغوث ودائرة الإرشاد والتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم بقطاع غزة، وخلص إلى النتائج التالية: 50% من مدارس وكالة الغوث تتوفر فيها احتياجات المواءمة، 50% من المدارس لا تتوفر فيها احتياجات المواءمة؛ أما بالنسبة للمدارس الحكومية فإن 56% من المدارس تتوفر فيها احتياجات المواءمة بشكل كلي، 37% من المدارس تتوفر فيها احتياجات المواءمة بشكل جزئي، 7% من المدارس لا تتوفر فيها احتياجات المواءمة.

#### 4. مدى احتواء البيئة المدرسية للأطفال المصابين:

أفاد غالبية المصابين الذين لم ينقطعوا عن الذهاب للمدرسة أن البيئة المدرسية تحتويهم، فقد أفاد 96.7% منهم أن كل من الطلبة والمعلمين متفهمين ومنقبليين لهم بعد الإصابة، وأن 93.3% منهم أكدوا على أن إدارة المدرسة والمعلمين يقدموا الدعم والمساعدة لهم بعد تعرضهم للإصابة، في حين أفاد 90.0% من الأطفال المصابين أن طلبة المدرسة أيضاً قاموا بتقديم الدعم المناسب لهم وهي نفس نسبة الأطفال المصابين الذين أفادوا بعدم تعرضهم لمضايقات أو عنف من الطلبة.

ولم تُظهر النتائج أي فروق جوهرية في مدى احتواء البيئة المدرسية للأطفال المصابين تعزى لتصنيف المدرسة (مدرسة حكومية أو مدرسة وكالة)



### توصيات قطاع التعليم

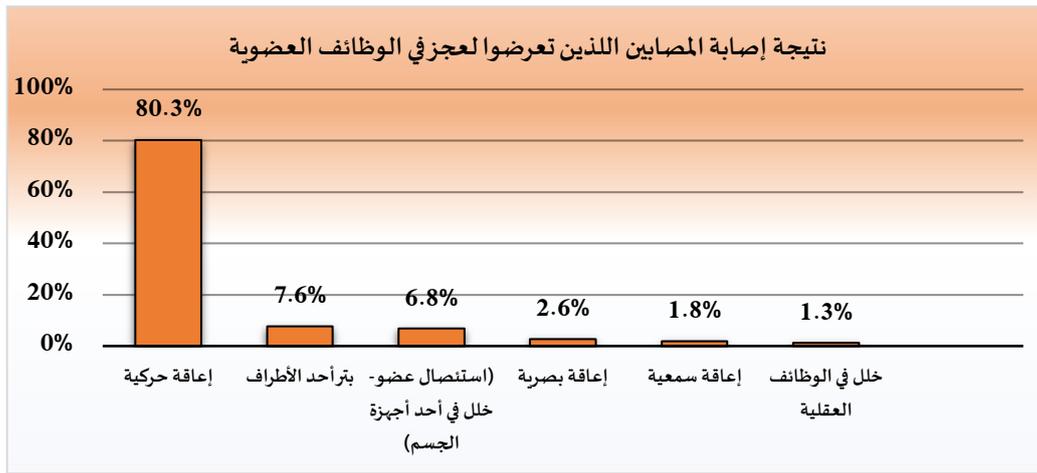
1. يوصي فريق الدراسة ببذل مجهود حقيقي من جهات التدخل لإعادة الحاق الأطفال المنقطعين عن التعليم بسبب الإصابة في المدارس.
2. يوصي فريق الدراسة بتقديم دروس تعويضية للأطفال المصابين الذين فقدوا بعض المعلومات والمعارف لاستبقائهم في المدرسة.
3. يوصي فريق الدراسة مراعاة احتياجات المواءمة المذكورة بعين الاعتبار عند تصميم وبناء أي مدارس جديدة، وتنفيذ هذه الاحتياجات من المواءمة على المدارس القائمة حالياً بما يعود بالنفع على الطلبة.

## رابعاً: قطاع الصحة

### 1. تأثير الإصابة على صحة المصابين:

#### أ. تأثيرات الإصابة على الصحة البدنية للمصابين:

أظهرت النتائج أن 95.2% من المصابين حدث لديهم عجز واحد على الأقل في الوظائف العضوية والحيوية (المشي، التنفس، الوظائف الجنسية، الأكل، الإخراج، ...)، حيث أظهرت النتائج أن 80.3% ممن حدث لديهم عجز قد أصيبوا بإعاقة حركية، بينما تعرض 7.6% من المصابين لبتير في أحد الأطراف، بينما تم استئصال عضو أو نتج خلل في وظيفة أحد الأجهزة الداخلية للجسم لـ 6.8% من المصابين، والرسم البياني التالي يوضح ذلك:



تبين من النقاش في المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن الإصابة قد خلفت عدد من التأثيرات الأخرى على الصحة البدنية للمصابين تتمثل في تهتك في العضلات، تلف في الأعصاب، تهتك في الأوتار والأربطة، مشاكل في القلب والدماغ، ونقص في الوزن وضعف في بنية الجسم.

**(يقول إبراهيم 12 سنة، انحرمت من اللعب بسبب إصابتي في يدي التي أصبحت مشوهة بعد الإصابة)**

كما تبين من نتائج المقابلات مع المصابين أن 89.5% من المصابين مازالوا يعانون من آلام مزمنة في الوقت الحالي نتيجة الإصابة، ويتبع هؤلاء المصابين طرق مختلفة للتعامل مع هذه الآلام، منهم 44.1% يتناول أدوية وعلاجات من خلال وصفة طبية، و42.2% يعتمدون على المسكنات (تروفين - ترامادول - كتامول).

ب. تأثير الإصابة على قدرة المصابين على القيام بالأنشطة اليومية:

توصية (18): يوصي فريق الدراسة بضرورة توفير المتابعة الطبية للمصابين لفترة 6-12 شهر بعد الإصابة.

أظهرت النتائج أن الإصابات أثرت بشكل سلبي على قدرة 95.0% من المصابين على القيام بالأنشطة اليومية مقارنةً بالفترة قبل تعرضهم للإصابة، حيث أفاد 59.2% منهم بأن هذه التأثيرات قد انعكست بشكل سلبي على الوضع العام للأسرة، فيما أفاد 37.6% منهم أن التأثيرات انعكست سلباً على ظروف عملهم/دراساتهم.

ج. تأثيرات الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للمصابين:

توصية (19): يوصي فريق الدراسة بتوفير برنامج إرشادي نفسي سلوكي للمصابين لمساعدتهم على التأقلم والتكيف.

أظهرت النتائج أن 54.8% من المصابين كافة أصبحوا يعانون من مشاكل نفسية و31.8% يعانون من مشاكل سلوكية، وبعد ترتيب المظاهر النفسية والوجدانية حسب مدى تكرار الظاهرة (مرة على الأقل اسبوعياً) كانت أبرز خمسة مظاهر تتمثل فيما يلي:

1. الشعور بعدم القدرة على تحقيق خططهم وآمالهم المستقبلية.

2. أفكار مزعجة عند تذكر الإصابة.

3. ظهور أعراض الضيق النفسي عند تذكرهم للإصابة (خوف، غضب، حزن، ...).

4. فقدان أو زيادة في الشهية.

5. عدم القدرة على التركيز.

بينت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن أهم التأثيرات النفسية والوجدانية التي يعاني منها المصابين كانت كالتالي: حزن واكتئاب -عصبية زائدة-كوابيس وأحلام مزعجة-لوم الذات والشعور بالذنب-العزلة والانطواء-قلة النوم-الإحباط واليأس من الحياة-العدوانية والعنف في التعامل مع الآخرين-الحساسية المفرطة-الشعور بالنقص-محاولة إيذاء النفس.

وتبين أيضاً أن بعض النساء المصابات تأثرن بشكل كبير جداً بسبب الإصابة إضافة لما ذكر أعلاه من تأثيرات، فقد أفتن بتعرضهن للعنف اللفظي والاستهزاء من الزوج أو من أفراد الأسرة (الاخوة والأخوات).

وبغرض التكيف مع الواقع الجديد بعد الإصابة فقد أفاد بعض المصابين البالغين المشاركين في المجموعات البؤرية أنهم يلجؤون إلى متابعة بعض الرياضات على الانترنت، والاستماع لمحاضرات وتسجيلات من خلال اليوتيوب، إشغال وقتهم ببعض الأعمال الخفيفة، والاختلاط بالأصدقاء والأقارب.

فيما يلجأ بعض الأطفال المصابين لاتباع آليات مختلفة عن الكبار للتكيف مع الواقع الجديد بعد الإصابة مثل التفرغ بالرسم والتلوين، كتابة بعض القصص والعبارات، ممارسة بعض التمارين الرياضية الخفيفة.

#### د. تأثيرات الإصابة على الصحة البدنية لعائلة المصاب:

بينت نتائج المجموعات البؤرية مع أهالي المصابين أن الإصابة أدت إلى تدني مستوى الصحة العامة لبعض أفراد الأسرة، حيث أفاد عدد من الأهالي أن متطلبات الرعاية الصحية لأبنائهم المصابين تشعرهم بالإرهاق والتعب.

كذلك بينت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين أن حزن الآباء وغضبهم بعد إصابة أبنائهم أدى لإصابتهم بمرض السكري.

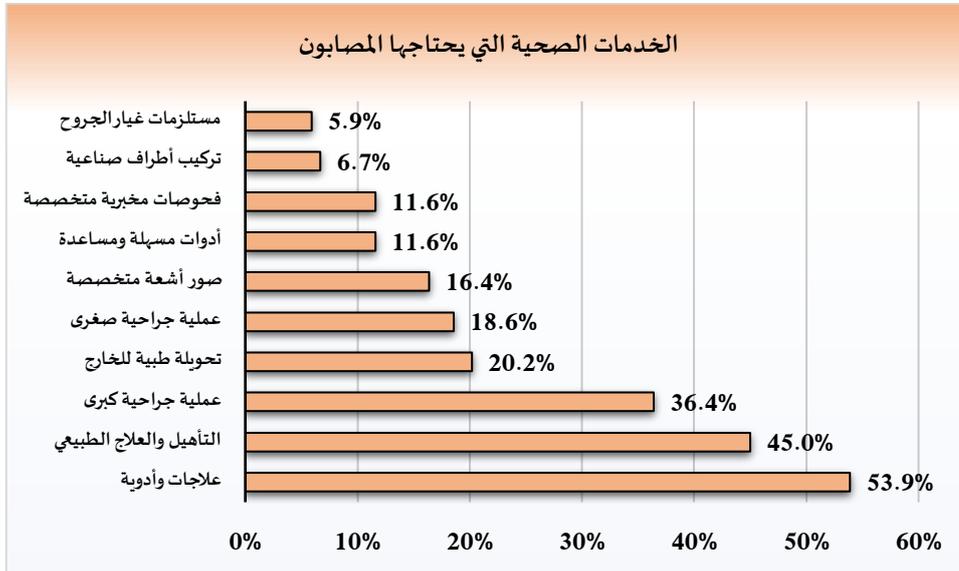
#### 2. احتياجات المصابين للخدمات الطبية:

أظهرت النتائج أن 92.7% من المصابين هم بحاجة لخدمات طبية؛ وأن 20.8% من هؤلاء المصابين لا يتلقون أية خدمات طبية حالياً، في حين أفاد 79.2% منهم بأنهم يتلقون خدمات طبية في الوقت الراهن ولكنهم مازالوا بحاجة إلى المزيد من الخدمات الطبية بما يتلاءم مع ظروف الإصابة.

وفيما يلي عرض لأهم الخدمات والمستلزمات الطبية التي يحتاجها هؤلاء المصابين:

1. 53.9% بحاجة لعلاجات وأدوية.
2. 45.0% بحاجة لخدمات التأهيل والعلاج الطبيعي.
3. 36.4% بحاجة لعمليات جراحية كبرى.
4. 20.0% بحاجة لتحويله طبية للعلاج في الخارج.

والرسم البياني التالي يوضح هذه الحاجات المختلفة للمصابين:

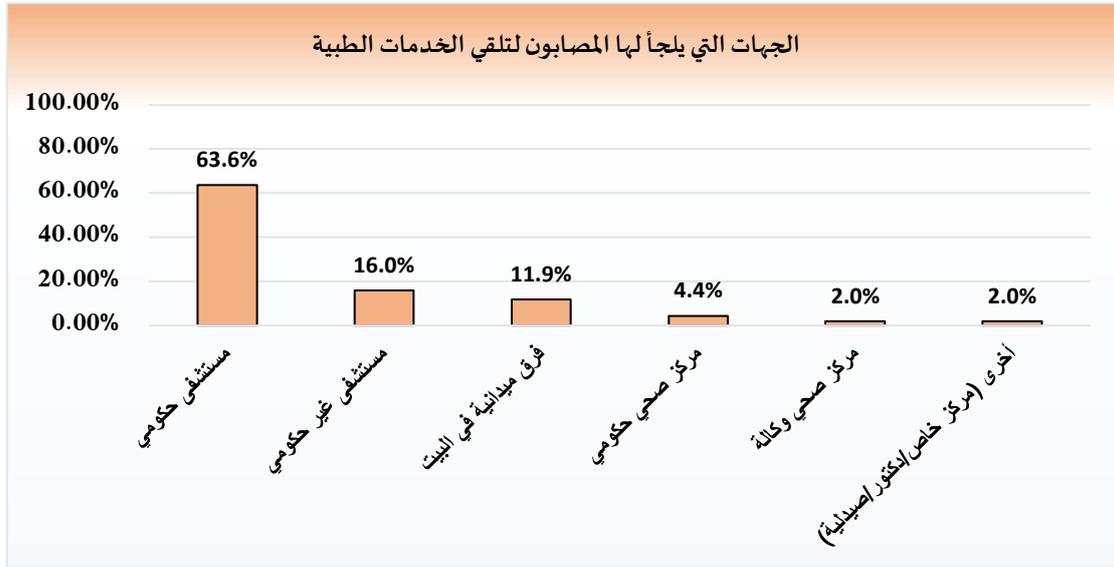


يجدر الإشارة هنا أن نفقات ومصروفات المصابين لتلبية احتياجاتهم من الأدوية والخدمات الطبية تتجاوز 100 شيكل أسبوعياً (أي أكثر من 400 شيكل شهرياً) لدى 69.2% من المصابين، في حين أن الرقم القياسي لمصروفات المستهلك للفرد على الخدمات الطبية في قطاع غزة 100.62 شيكل/شهرياً<sup>12</sup>، أي أنهم ينفقون أربعة أضعاف مصروفات الفرد العادي على الخدمات والاحتياجات الطبية شهرياً.

### 3. الجهات التي يلجأ لها المصابون لتلقي الخدمات وتقييمهم لجودة الخدمات:

#### أ. الجهات التي يلجأ إليها المصابون لتلقي الخدمات الطبية:

أظهرت النتائج أن 63.6% من المصابين يلجؤون للمستشفيات الحكومية لتلقي الخدمات الطبية في الوقت الراهن، في حين أفاد 16.0% أنهم يلجؤون للمستشفيات غير الحكومية، و11.9% يتلقون خدمات الرعاية الصحية من خلال فرق ميدانية تزورهم داخل بيوتهم. الرسم البياني التالي يوضح الجهات التي يلجأ إليها المصابون لتلقي حاجتهم من الخدمات.



#### ب. تقييم المصابين للخدمات المقدمة من قبل الجهات:

أفاد المصابون الذين لجأوا للمستشفيات الحكومية أن خدماتها جيدة نوعاً ما، أما فيما يخص باقي الجهات التي تقدم الخدمات الطبية فقد أفاد المصابون أن الخدمات الطبية المقدمة جيدة. فيما يخص المشاكل التي يواجهها المصابون عند طلب الخدمات الصحية فقد أظهرت النتائج أن أبرز خمسة مشاكل يواجهها المصابون تتمثل فيما يلي:

1. نقص الأدوية والعلاجات اللازمة داخل المركز الصحي.
2. تكاليف الخدمات الصحية وتوابعها مرتفعة.

(12) جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، "الأرقام القياسية الشهرية لأسعار المستهلك في غزة من كانون ثاني - كانون أول 2018" <http://www.pcbs.gov.ps/Portals/Rainbow/Documents/CPI/a-ave-cpi-01-12-2018.html>

3. طول مدة الانتظار لتلقي الخدمة الطبية داخل المرافق الصحية.

4. نقص في أعداد الطواقم الطبية المؤهلة والمدربة.

5. تكلفة النقل والمواصلات إلى المرافق الصحية مرتفعة.

**جاءت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم فيما يخص تقييمهم للخدمات الطبية المقدمة للمصابين في المستشفيات/ المرافق الصحية الحكومية والخاصة كما يلي:**

- أ. **جودة الخدمة المقدمة:** ما يقارب ثلثي المشاركين في النقاش يرون أن الخدمات الطبية المقدمة للمصابين في المستشفيات والمرافق الصحية الحكومية سيئة، وهناك إهمال في تقديم الخدمة، بينما يرى بعض المشاركين أن الخدمات الطبية جيدة نوعاً ما، وبعض المشاركين أيضاً أفادوا أن الخدمات الطبية جيدة، أما بالنسبة للخدمات المقدمة في المستشفيات/المراكز الخاصة فاتفق جميع المشاركين بأنها جيدة جداً.
- ب. **الكفاية:** غالبية المشاركين يرون أن الخدمات الطبية المقدمة للمصابين في المستشفيات والمرافق الصحية الحكومية غير كافية ولا تلبي الاحتياج المطلوب، فيما يرى البعض أن الخدمة كافية نوعاً ما، أما بالنسبة للخدمات المقدمة في المستشفيات/المراكز الخاصة فاتفق جميع المشاركين على أنها كافية ومتوفرة.
- ج. **الملاءمة:** اتفق جميع المشاركين على أن الخدمات الطبية المقدمة للمصابين في المستشفيات والمرافق الصحية والحكومية غير ملائمة لاحتياجات المصابين، على العكس من ذلك يرى المشاركون أن الخدمات المقدمة في المستشفيات/المراكز الخاصة ملائمة.
- د. **التكلفة وإمكانية الوصول:** غالبية المشاركين في النقاش أفادوا أنهم واجهوا صعوبات في الحصول على خدمات طبية كافية وملائمة ذات جودة عالية في المستشفيات الحكومية، حيث أفادوا أن هناك تأخير غير مبرر في تقديم الخدمة، فيما يرى آخرون أن الخدمات الطبية المقدمة يشوبها نوع من الوساطة والمحسوبية والتمييز في التعامل مع المصابين.

**كذلك جاءت نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم فيما يخص تقييمهم للخدمات الطبية المقدمة للمصابين من الفرق الطبية الميدانية كما يلي:**

- غالبية المشاركين في النقاش أفادوا بأن الخدمات الطبية المقدمة للمصابين من الفرق الميدانية جيدة جداً، حيث أشادوا بالاهتمام الشديد الذي تبديه الفرق الميدانية بحالة المصابين، مع الالتزام بالمواعيد المحددة للزيارة بالاتفاق مع المريض وظروف عائلته، كذلك أشادوا بجودة المستلزمات الطبية التي يوفرها للمصابين خلال الزيارة المنزلية. فيما يرى بعض المشاركين أن الخدمات الطبية الميدانية المقدمة للمصابين قليلة وغير كافية، على الرغم من الاهتمام والمعاملة الحسنة من الفرق الطبية والمختصين.

### توصيات قطاع الصحة

1. يوصي فريق الدراسة بضرورة توفير المتابعة الطبية للمصابين لفترة 6-12 شهر بعد الإصابة.
2. يوصي فريق الدراسة بتوفير برنامج إرشادي نفسي سلوكي للمصابين لمساعدتهم على التأقلم والتكيف.

## نتائج تفصيلية لقطاع الصحة

### 1. تأثير الإصابة على الصحة البدنية للمصابين:

#### 1.1 تأثير الإصابة على الصحة البدنية للأطفال المصابين:

أظهرت النتائج أن 92.5% من الفتيات المصابين حدث لديهن عجز واحد على الأقل في الوظائف العضوية والحيوية (المشي، التنفس، الوظائف الجنسية، الأكل، الإخراج، ...)، حيث أن 78.4% ممن حدث لديهم عجز قد أصيبوا بإعاقة حركية، كما أن 4.2% نتج لديهم إعاقة سمعية أو بصرية جراء الإصابة، بينما تم استئصال عضو أو نتج خلل في وظيفة أحد الأجهزة الداخلية للجسم لـ 2.8% من الفتيات، كما أن جميع الفتيات المصابات قد أصبن بإعاقة حركية.

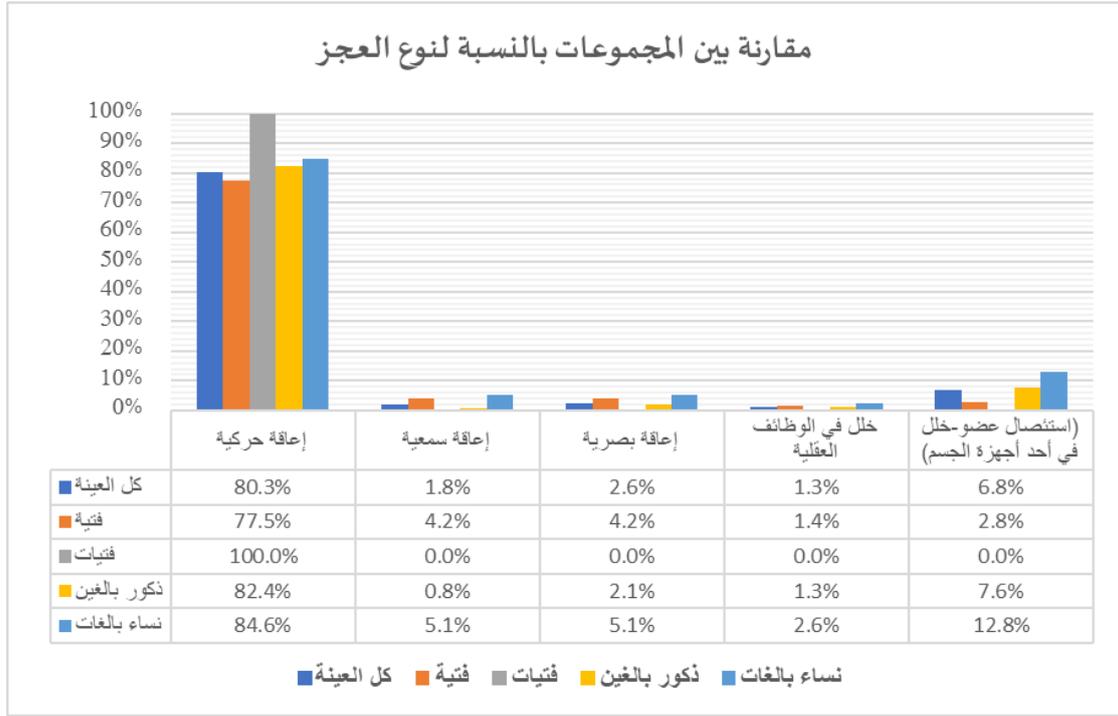
#### 2.1 تأثير الإصابة على الصحة البدنية للنساء المصابات:

أظهرت النتائج أن 97.5% من النساء المصابات حدث لديهن عجز واحد على الأقل في الوظائف العضوية والحيوية (المشي، التنفس، الوظائف الجنسية، الأكل، الإخراج، ...)، حيث أظهرت النتائج أن 84.6% منهن أصبن بإعاقة حركية، كما أن 5.1% نتج لديهن إعاقة سمعية أو بصرية جراء الإصابة، بينما تم استئصال عضو أو نتج خلل في وظيفة أحد الأجهزة الداخلية للجسم لـ 12.8% من المصابات.

#### 3.1 تأثير الإصابة على الصحة البدنية للذكور البالغين المصابين:

أظهرت النتائج أن 95.2% من المصابين حدث لديهم عجز واحد على الأقل في الوظائف العضوية والحيوية (المشي، التنفس، الوظائف الجنسية، الأكل، الإخراج، ...)، حيث أظهرت النتائج أن 82.4% ممن حدث لديهم عجز قد أصيبوا بإعاقة حركية، 7.6% تم استئصال عضو أو نتج خلل في وظيفة أحد الأجهزة الداخلية للجسم، 2.1% نتج لديهم إعاقة بصرية جراء الإصابة.

## الشكل البياني التالي يلخص تأثيرات الإصابة على الصحة البدنية للمصابين



## 2. تأثير الإصابة على قدرة المصابين على القيام بالأنشطة اليومية:

### 1.2 تأثير الإصابة على قدرة الأطفال المصابين على القيام بالأنشطة اليومية:

أظهرت النتائج أن الإصابات أثرت بشكل سلبي على قدرة 96.1% من الفتيات على القيام بالأنشطة اليومية مقارنةً بالفترة قبل تعرضهم للإصابة، حيث أفاد 56.8% منهم بأن هذه التأثيرات قد انعكست بشكل سلبي على الوضع العام للأسرة، فيما أفاد 40.5% منهم أن التأثيرات انعكست سلباً على ظروف دراستهم، في حين أظهرت النتائج أن الإصابات أثرت بشكل سلبي على قدرة جميع الفتيات على القيام بالأنشطة اليومية مقارنةً بالفترة قبل تعرضهن للإصابة، حيث أفادت 33.3% منهن بأن هذه التأثيرات قد انعكست بشكل سلبي على الوضع العام للأسرة، فيما أفادت 66.7% منهن أن التأثيرات انعكست سلباً على ظروف دراستهن.

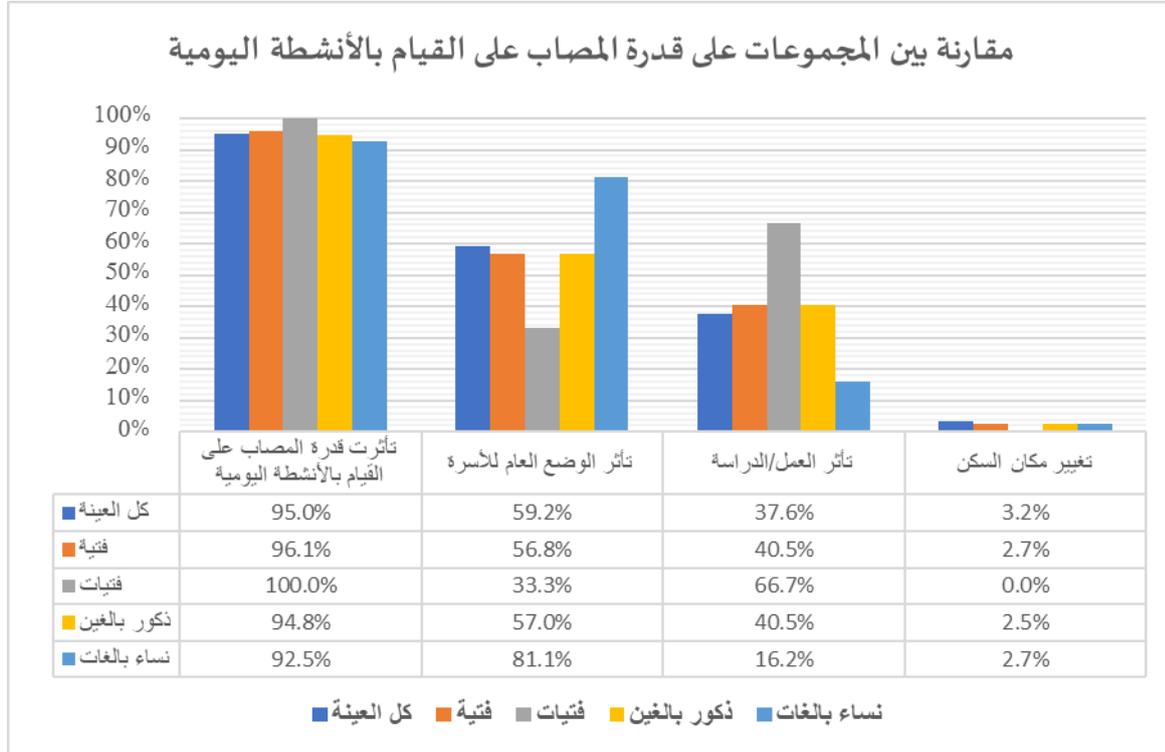
### 2.2 تأثير الإصابة على قدرة النساء المصابات على القيام بالأنشطة اليومية:

أظهرت النتائج أن الإصابات أثرت بشكل سلبي على قدرة 92.5% من النساء على القيام بالأنشطة اليومية مقارنةً بالفترة قبل تعرضهن للإصابة، حيث أفادت 81.1% منهن بأن هذه التأثيرات قد انعكست بشكل سلبي على الوضع العام للأسرة، فيما أفادت 16.2% منهن أن التأثيرات انعكست سلباً على ظروف دراستهن/عملهن، كذلك أظهرت النتائج أن غير المتزوجات تأثرت حياتهن أكثر من المتزوجات.

### 3.2 تأثير الإصابة على قدرة الذكور البالغين المصابين على القيام بالأنشطة اليومية:

أظهرت النتائج أن الإصابات أثرت بشكل سلبي على قدرة 94.8% من الذكور البالغين على القيام بالأنشطة اليومية مقارنةً بالفترة قبل تعرضهم للإصابة، حيث أفاد 57.0% منهم بأن هذه التأثيرات قد انعكست بشكل سلبي على الوضع العام للأسرة، فيما أفاد 40.5% منهم أن التأثيرات انعكست سلباً على ظروف دراستهم/عملهم.

#### الشكل البياني التالي يلخص قدرة المصابين على القيام بالأنشطة اليومية



من الشكل البياني أعلاه يتضح أن الفتيات تأثرت قدرتهن على القيام بالأنشطة اليومية أكثر من باقي المجموعات، كما أظهرت النتائج أن الإصابة أثرت على دراستهن أكثر من الفتية، ويتبين كذلك أن إصابة النساء البالغات أثرت بشكل أكبر على الوضع العام لأسرهن أكثر من المجموعات الأخرى.

### 3. تأثير الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للمصابين:

#### 1.3 تأثير الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للأطفال المصابين:

أظهرت النتائج أن 61.3% من الأطفال المصابين أصبحوا يعانون من مشاكل نفسية (57.5% ذكور، 3.8% إناث)، و40.0% يعانون من مشاكل سلوكية (37.5% ذكور، 2.5% إناث). حيث أظهرت النتائج كذلك أن الأطفال ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة يعانون من مشاكل نفسية أو مشاكل سلوكية أكثر من الأطفال ضمن الفئة العمرية من (12-14) سنة.

### 2.3 تأثير الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للنساء المصابات:

أظهرت النتائج أن 60.0% من النساء المصابات أصبحن يعانين من مشاكل نفسية، و45.0% يعانين من مشاكل سلوكية.

حيث أظهرت النتائج كذلك أن النساء المصابات اللواتي يعانين من مشاكل نفسية، منهن 22.5% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، 10.0% ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، في حين 27.5% ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر.

كما أظهرت النتائج أيضاً أن النساء المصابات اللواتي يعانين من مشاكل سلوكية، منهن 15.0% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، 5.0% ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، في حين 25.0% ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر، بالتالي فإن المصابات ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة يعانين من مشاكل نفسية ومشاكل سلوكية أقل من غيرهن من الفئات الأخرى.

كما أظهرت النتائج أيضاً أن النساء المصابات اللواتي يعانين من مشاكل نفسية، منهن 50.0% غير متزوجات، 50.0% متزوجات أو سبق لهن الزواج.

كما أظهرت النتائج أيضاً أن النساء المصابات اللواتي يعانين من مشاكل سلوكية، منهن 20.0% غير متزوجات، 25.0% متزوجات أو سبق لهن الزواج.

### 3.3 تأثير الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للذكور البالغين المصابين:

أظهرت النتائج أن 51.6% من المصابين أصبحوا يعانون من مشاكل نفسية، و26.4% يعانون من مشاكل سلوكية.

حيث أظهرت النتائج كذلك أن المصابين الذين يعانون من مشاكل نفسية، منهم 25.2% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، 16.4% ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، في حين 10.0% ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر. كما أظهرت النتائج أيضاً أن المصابين الذين يعانون من مشاكل سلوكية، منهم 12.4% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، 8.0% ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، في حين 6.0% ضمن الفئة العمرية 33 سنة فأكثر، بالتالي فإن المصابين ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة يعانون من مشاكل نفسية ومشاكل سلوكية أكثر من غيرهم من الفئات العمرية الأخرى.

كما أظهرت النتائج أيضاً أن الذكور المصابين اللواتي يعانين من مشاكل نفسية، منهن 28.8% غير متزوجين، 22.8% متزوجين.

كما أظهرت النتائج أيضاً أن الذكور المصابين يعانين من مشاكل سلوكية، منهن 16.0% غير متزوجين، 10.4% متزوجين.

### 4.3 تأثير الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للمصابين المبتورة أحد أطرافهم:

أظهرت النتائج أن 56.7% من المصابين المبتورة أحد أطرافهم أصبحوا يعانون من مشاكل نفسية، و36.7% يعانون من مشاكل سلوكية.

### 5.3 تأثير الإصابة على الصحة النفسية والوجدانية للمصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين":

أظهرت النتائج أن 55.6% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" أصبحوا يعانون من مشاكل نفسية، و36.5% يعانون من مشاكل سلوكية.

## خامساً: قطاع الأمن الغذائي والمائي

### أولاً: الأمن الغذائي

#### 1. تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للمصابين:

##### 1.1 التغير في معدل تناول الأطعمة:

أظهرت النتائج أن للإصابة تأثير ملموس على معدل تناول 82.0% من المصابين للأطعمة إما بالزيادة أو بالنقصان ويمكن ذكر أهم هذه التأثيرات فيما يلي:

##### أ. انخفاض معدل تناول الأطعمة:

أظهرت النتائج أن 63.5% من المصابين انخفض معدل تناولهم للأطعمة نتيجة الإصابة:

- 52.4% ممن انخفض معدل تناولهم للأطعمة كان الانخفاض بشكل كبير
- 42.9% ممن انخفض معدل تناولهم للأطعمة كان الانخفاض بشكل متوسط
- 4.7% ممن انخفض معدل تناولهم للأطعمة كان الانخفاض بشكل ضعيف

##### ب. ارتفاع معدل تناول الأطعمة:

تبين من النتائج أن 18.5% من المصابين زاد معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة:

- 59.5% ممن زاد معدل تناولهم للأطعمة كانت الزيادة بشكل كبير
- 40.5% ممن زاد معدل تناولهم للأطعمة كانت الزيادة بشكل متوسط

#### 2.1 قدرة المصابين على الوصول للمراكز التجارية والأسواق:

أظهرت النتائج أن وصول 52.8% من المصابين للمحلات والمراكز التجارية والأسواق قد تأثر بشكل كبير، و29.7% منهم تأثر وصولهم بشكل متوسط، بينما لم يتأثر وصول 17.5% من المصابين للمحلات والمراكز التجارية والأسواق.

#### 3.1 المصروفات اللازمة لسد حاجة المصاب وعائلته من الأغذية والأطعمة:

تبين النتائج أن الإصابة أثرت بشكل كبير على المصروفات اللازمة لسد حاجة المصابين وعائلاتهم من الأغذية والأطعمة، حيث أن ثلثي العينة (67.3%) متوسط مصروفات الأسرة بعد الإصابة بلغت أكثر من 150 شيكل أسبوعياً، في حين كان متوسط المصروفات لـ 36.3% من الأسر أكثر من 150 شيكل أسبوعياً قبل الإصابة، أي أن نسبة الأسر التي تنفق أكثر من 150 شيكل أسبوعياً على الأطعمة قد زادت بمقدار 31.0% بعد الإصابة.

أي أن أسرة مكونة من 6 أفراد تتفق شهرياً على الأطعمة والأغذية أكثر من 900 شيكل (متوسط حجم الأسرة في قطاع غزة 5.7 أفراد حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني)<sup>13</sup> ويجدر الإشارة هنا أن هذا الرقم أكبر من الرقم القياسي لمصروفات للفرد الواحد على الأطعمة (111.80 شيكل/شهرياً)<sup>14</sup>، بمعنى حوالي 670 شيكل لأسرة مكونة من 6 أفراد.

وهذه الزيادة في مصروفات المصابين مع عدم قدرتهم على تلبية هذه الاحتياجات قد تؤدي إلى انخفاض معدل تناولهم للأطعمة بما تتطلبه ظروف الإصابة للتعافي.

## 2. الإجراءات التي يتبعها المصابون وأسرهم لتوفير الطعام اللازم لأفراد الأسرة:

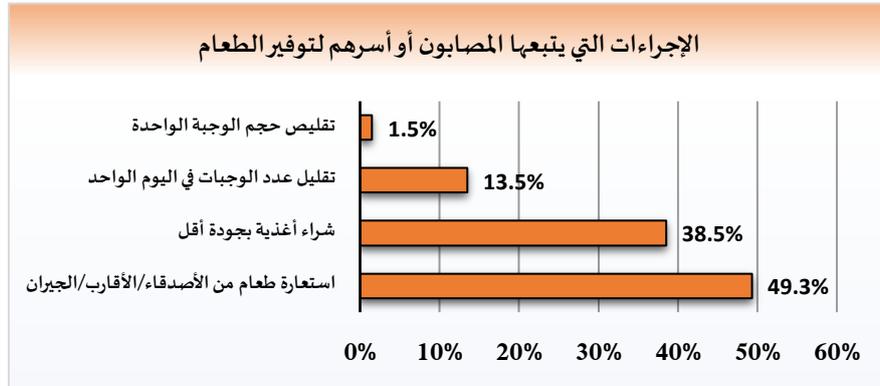
بغرض سداد النقص أو توفير احتياجات الأسرة من الأغذية والأطعمة يلجأ المصابون وأسرهم عادةً لما يلي:

1. 49.3% يلجؤون لاستعارة طعام من الأصدقاء/ الأقارب/ الجيران

2. 38.5% يشترون أغذية بجودة أقل

3. 13.5% يقومون بتقليل عدد الوجبات في اليوم الواحد

4. 1.5% يقومون بتقليص حجم الوجبة الواحدة



تبين من نتائج المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن غالبية أسر المصابين يواجهون صعوبات في توفير احتياجات الأسرة من المواد الغذائية، لذلك فإنهم يعتمدون على عدة تصرفات لتوفير احتياجات الأسرة منها:

1. الاعتماد الكامل على المساعدات الغذائية المقدمة من وكالة الغوث.

2. الاعتماد على المساعدات المالية المقدمة من وزارة التنمية الاجتماعية.

3. الاقتراض من الأقارب والأصدقاء.

4. تقليل الكمية المطلوبة من المواد الغذائية اللازمة للأسرة.

5. الاعتماد على بعض المساعدات المقدمة من الأهالي والأقارب في توفير الضروريات اللازمة.

(13) جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، "كتاب فلسطين الإحصائي السنوي 2017"، ص:27

(14) جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، "الأرقام القياسية الشهرية لأسعار المستهلك في غزة من كانون ثاني - كانون أول 2018" <http://www.pcbs.gov.ps/Portals/Rainbow/Documents/CPI/a-ave-cpi-01-12-2018.html>

6. إيقاف الدراسة الجامعية لأبنائهم من أجل توفير المال اللازم لاحتياجات الأسرة.

7. الشراء بالدين من المحلات لحين توفير المال للسداد.

فيما أفاد بعض المشاركين أنهم لا يواجهوا صعوبات في توفير احتياجات الأسرة، حيث أن هناك اختلاف بين أسرة وأخرى، حسب الوضع المادي للأسرة.

توصية (20): يوصي فريق الدراسة بالاهتمام بتوفير المساعدة الغذائية للأسر المحتاجة من المصابين والاهتمام بالنوع والكم ما أمكن.

يتضح مما سبق أن المصابين لديهم خلل واضح في ابعاد الأمن الغذائي والمتمثلة في: الاستقرار الغذائي (Stability) والذي يتحقق في حال توافر الغذاء بكميات تكفي جميع أفراد الأسرة (Availability)، وبجودة مناسبة (Food Safety)، وأن تكون أسعارها ضمن متناول الفرد (Food Accessibility) <sup>15</sup>.

## ثانياً: الأمن المائي

يرتبط مفهوم الأمن المائي بمفهوم الأمن الغذائي فكلاهما يؤديان إلى بعضهما البعض، ونقص كميات المياه الصالحة لاستخدام البشر يؤدي إلى الإضرار بالأمن الغذائي، وبغرض تحقيق الأمن المائي يجب أن تتحقق نفس الشروط السابقة (كمية متوفرة، جودة جيدة، سعر مناسب) <sup>16</sup>.

### 1. تأثير الإصابة على وصول المصابين للمياه وعملية التخلص من النفايات:

1. أفاد 74.8% من العينة أن الإصابة أدت إلى وجود خلل ونقص في عملية تعبئة خزانات المياه والاستخدام المنزلي ومياه الشرب الخاص.

2. أظهرت النتائج أن 76.5% من العينة أن الإصابة أثرت على قدرتهم في الوصول إلى محطات تحلية المياه المجانية المتواجدة في الأحياء والشوارع.

مما سبق يتضح أن المصابين يعانون من مشاكل في الأمن المائي لديهم وذلك يظهر في اختلال عملية التعبئة والوصول للمياه المجانية الصالحة للشرب والاستخدام المنزلي.

توصية (21): يوصي فريق الدراسة الهيئات المحلية والجمعيات ذات العلاقة بإيلاء اهتمام خاص باحتياج المصابين للمياه من خلال تطوير آليات تعمل على توفير كميات مناسبة من مياه الشرب ومياه الاستخدام المنزلي بجودة مناسبة وطريقة سهلة تراعي ظروف المصابين.

(15) Definition and Dimensions of Food Security", wocatpedia.net, Retrieved 4-8-2018. Edited.

(16) "الأمن المائي العربي ومسألة المياه في الوطن العربي"، www.parliament.gov.sy، اطلع عليه بتاريخ 2019/01/05.

## توصيات قطاع الأمن الغذائي والمائي

1. يوصي فريق الدراسة بالاهتمام بتوفير المساعدة الغذائية للأسر المحتاجة من المصابين والاهتمام بالتنوع والكم ما أمكن.
2. يوصي فريق الدراسة الهيئات المحلية والجمعيات ذات العلاقة بإيلاء اهتمام خاص باحتياج المصابين للمياه من خلال تطوير آليات تعمل على توفير كميات مناسبة من مياه الشرب ومياه الاستخدام المنزلي بجودة مناسبة وطريقة سهلة تراعي ظروف المصابين.

## نتائج تفصيلية لقطاع الأمن الغذائي والمائي

### 1. تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للمصابين:

#### 1.1 تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للأطفال المصابين:

أظهرت النتائج أن 55.0% من الأطفال المصابين انخفض معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 10.0% ضمن الفئة العمرية (12-14) سنة، و45.0% منهم ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة. كما وأظهرت النتائج أن 23.8% من الأطفال المصابين زاد معدل تناولهم للأطعمة بعد الإصابة، منهم 8.8% ضمن الفئة العمرية (12-14) سنة، و15.0% منهم ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة.

#### 2.1 تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للنساء المصابات:

أظهرت النتائج أن 70.0% من النساء المصابات انخفض معدل تناولهن للأطعمة بعد تعرضهن للإصابة، منهن 32.5% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و7.5% منهن ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و30.0% منهن ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر). أظهرت النتائج أن 70.0% من النساء المصابات زاد معدل تناولهن للأطعمة بعد تعرضهن للإصابة، منهن 32.5% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و7.5% منهن ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و30.0% منهن ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر).

#### 3.1 تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للذكور البالغين المصابين:

أظهرت النتائج أن 64.0% من الذكور البالغين المصابين انخفض معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 31.6% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و20.8% منهم ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و11.6% منهم ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر). أظهرت النتائج أن 17.2% من الذكور البالغين المصابين زاد معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 8.4% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و4.8% منهم ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و4.0% منهم ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر).

#### 4.1 تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للمصابين المبتورة أحد أطرافهم:

أظهرت النتائج أن 73.3% من المصابين المبتورة أحد أطرافهم انخفض معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 26.7% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و30.0% منهم ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و16.7% منهم ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر).

أظهرت النتائج أن 20.0% من المصابين المبتورة أحد أطرافهم زاد معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 10.0% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و3.3% منهم ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و6.7% منهم ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر).

### 5.1 تأثير الإصابة على الأمن الغذائي للمصابين مستخدمي أجهزة التثبيت "بلاطين":

أظهرت النتائج أن 76.2% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت "بلاطين" انخفض معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 4.8% ضمن الفئة العمرية (15-17) سنة، إضافةً إلى 22.2% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و33.3% منهم ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و15.9% منهم ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر).

أظهرت النتائج أن 17.5% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت "بلاطين" زاد معدل تناولهم للأطعمة بعد تعرضهم للإصابة، منهم 1.6% ضمن الفئة العمرية (12-14) سنة، إضافةً إلى 1.6% ضمن الفئة العمرية (18-25) سنة، و7.9% منهم ضمن الفئة العمرية (26-32) سنة، و6.3% منهم ضمن الفئة العمرية (33 سنة فأكثر).

### 2. الإجراءات التي يتبناها المصابون وأسرهم لتوفير الطعام اللازم لأفراد الأسرة:

#### 1.2 الإجراءات التي يتبناها الأطفال المصابين وأسرهم لتوفير الطعام اللازم لأفراد الأسرة:

بغرض سداد النقص أو توفير احتياجات الأسرة من الأغذية والأطعمة يتم اتباع الإجراءات التالية:

1. 47.5% يلجؤون لاستعارة طعام من الأصدقاء/ الأقارب/ الجيران

2. 40.0% يشترون أغذية بجودة أقل

3. 12.5% يقومون بتقليل عدد الوجبات في اليوم الواحد

#### 2.2 الإجراءات التي تتبناها النساء المصابات وأسرهن لتوفير الطعام اللازم لأفراد الأسرة:

بغرض سداد النقص أو توفير احتياجات الأسرة من الأغذية والأطعمة يتم اتباع الإجراءات التالية:

1. 50.0% يلجؤون لاستعارة طعام من الأصدقاء/ الأقارب/ الجيران

2. 40.0% يشترون أغذية بجودة أقل

3. 10.0% يقومون بتقليل عدد الوجبات في اليوم الواحد

#### 3.2 الإجراءات التي يتبناها الذكور البالغين المصابين وأسرهم لتوفير الطعام اللازم لأفراد الأسرة:

بغرض سداد النقص أو توفير احتياجات الأسرة من الأغذية والأطعمة يتم اتباع الإجراءات التالية:

1. 50.0% يلجؤون لاستعارة طعام من الأصدقاء/ الأقارب/ الجيران

2. 33.6% يشترون أغذية بجودة أقل

3. 14.0% يقومون بتقليل عدد الوجبات في اليوم الواحد

4. 2.4% يقومون بتقليص حجم الوجبة الواحدة

4.2 الإجراءات التي يتبعها المصابين المبتورة أحد أطرافهم وأسرهـم لتوفير الطعام اللازم لأفراد الأسرة:

بغرض سداد النقص أو توفير احتياجات الأسرة من الأغذية والأطعمة يتم اتباع الإجراءات التالية:

1. 46.7% يلجؤون لاستعارة طعام من الأصدقاء/ الأقارب/ الجيران

2. 36.7% يشترون أغذية بجودة أقل

3. 16.7% يقومون بتقليل عدد الوجبات في اليوم الواحد

5.2 الإجراءات التي يتبعها المصابين مستخدمي أجهزة التنثيت "بلاطين" وأسرهـم لتوفير الطعام اللازم لأفراد

الأسرة:

بغرض سداد النقص أو توفير احتياجات الأسرة من الأغذية والأطعمة يتم اتباع الإجراءات التالية:

1. 54.0% يلجؤون لاستعارة طعام من الأصدقاء/ الأقارب/ الجيران

2. 28.6% يشترون أغذية بجودة أقل

3. 12.7% يقومون بتقليل عدد الوجبات في اليوم الواحد

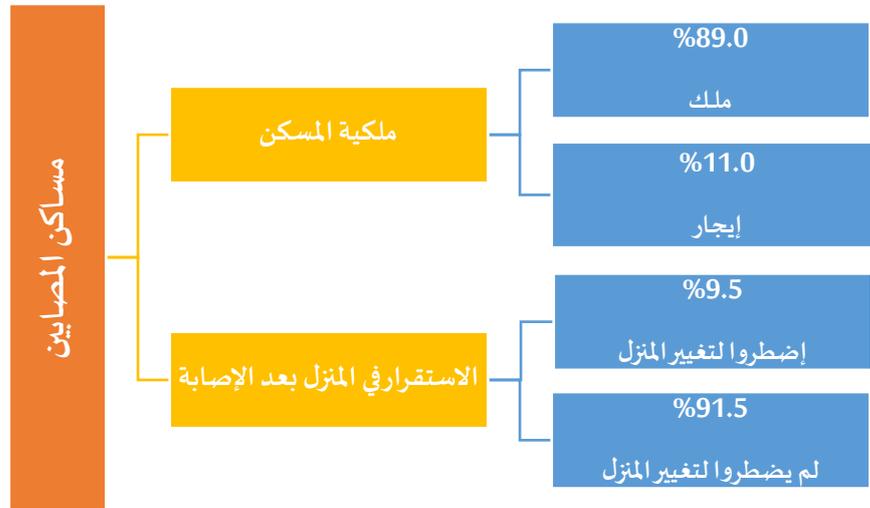
4. 4.8% يقومون بتقليص حجم الوجبة الواحدة

## سادساً: قطاع المسكن

### 1. تأثير الإصابة على استقرار المصابين:

تبين من النتائج أن 89.0% من المصابين يعيشون في بيت/ شقة يمتلكونها، وأن 11.0% من المصابين يعيشون في بيوت/شقق بالإيجار. وقد أظهرت النتائج أن 9.5% من المصابين قد اضطروا لتغيير المسكن بعد الإصابة، وذلك لأسباب متعددة يمكن ذكرها فيما يلي:

1. 50.0% عدم مواءمة المسكن لظروف الإصابة.
2. 23.7% عدم القدرة على دفع قيمة الإيجار.
3. 15.8% مشاكل عائلية بعد الإصابة.
4. 10.5% الحاجة لمن يقدم الرعاية.



### 2. احتياجات المصابين في المسكن:

أظهرت النتائج أن 38.5% من المصابين أفادوا بأن منازلهم بحاجة لمواءمة بعد تعرضهم للإصابة، وقد تفاوتت أولويات المواءمة من مصاب لآخر، فقد أفاد 48.1% منهم (المصابون أصحاب المنزل بحاجة للمواءمة) أن حاجتهم للمواءمة تتمثل في مواءمة السلالم والأدراج لظروف الإصابة، في حين أكد 44.2% منهم على ضرورة مواءمة دورات المياه وأماكن الاستحمام، و 7.7% المتبقين أفادوا أن مساكنهم بحاجة لإصلاح وترميم.

توصية (22): يوصي فريق الدراسة الجهات العاملة في مجال المسكن بتقديم خدمات المواءمة المنزلية خصوصاً في الأدراج والحمامات لهؤلاء المصابين.

وقد ظهرت هناك احتياجات أخرى للموائمة خلال النقاش في المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم تمثلت في النقاط التالية:

1. توفير مصعد كهربائي للبناية
2. تخصيص غرفة مستقلة للمصاب عن بقية المنزل
3. توفير مصدر طاقة بديلة "لوحات شمسية"
4. إجراء إصلاحات وترميم للمنزل ليصبح أكثر ملائمة للبرودة والحرارة.
5. موائمة المدخل الخارجي للمنزل.
6. صيانة وترميم الشوارع المؤدية للمنزل.

### 3. الأسباب التي تمنع المصابين وعائلاتهم من إجراء الموائمة:

أظهرت النتائج أن أبرز الأسباب التي تمنع المصابين من إجراء عمليات الموائمة على منازلهم هي عدم القدرة المالية على إجراء هذه الإصلاحات حسبما أفاد 81.2%، فيما أكد بقية المصابين ونسبتهم 18.2% أنهم لا يمتلكون صلاحيات لإجراء هذه الإصلاحات. تبين كذلك من المجموعات البؤرية أن هناك أسباب أخرى تمنع المصابين وعائلاتهم من إجراء أي إصلاحات مثل: ضيق مساحة المنزل، وكثرة عدد أفراد الأسرة.

## توصيات قطاع المسكن

1. يوصي فريق الدراسة الجهات العاملة في مجال المسكن بتقديم خدمات الموائمة المنزلية خصوصاً في الأدرج والحمامات لهؤلاء المصابين.

## نتائج تفصيلية لقطاع المسكن

### 1. احتياجات المصابين في المسكن:

#### 1.1 احتياجات الأطفال في المسكن:

أظهرت النتائج أن 57.5% من الأطفال أفادوا بأن منازلهم ليست بحاجة للموامة، وقال 22.5% أنهم حاجتهم للموامة تتمثل في موامة السلالم والأدراج لظروف الإصابة، بينما يرى 20.0% أنهم بحاجة لموامة دورات المياه وأماكن الاستحمام.

#### 2.1 احتياجات النساء في المسكن:

أظهرت النتائج أن 60.0% من النساء أفدن بأن منازلهن ليست بحاجة للموامة، وقالت 25.0% أنهن بحاجة لموامة دورات المياه وأماكن الاستحمام، فيما ترى 7.5% من النساء أنهن بحاجة لموامة السلالم والأدراج لظروف الإصابة، كذلك 7.5% تمثلت حاجتهن في إجراء إصلاحات وترميمات لمنازلهن.

#### 3.1 احتياجات الذكور البالغين في المسكن:

أظهرت النتائج أن 65.6% من الذكور البالغين أفادوا بأن منازلهم ليست بحاجة للموامة، وقال 17.6% أنهم حاجتهم للموامة تتمثل في موامة السلالم والأدراج لظروف الإصابة، ويرى 14.4% أنهم بحاجة لموامة دورات المياه وأماكن الاستحمام، في حين يرى 2.4% أن مساكنهم بحاجة لإصلاح وترميم.

#### 4.1 احتياجات المصابين الذين بترت أحد أطرافهم في المسكن:

أظهرت النتائج أن 40.0% من المصابين الذين بترت أحد أطرافهم أفادوا بأن منازلهم ليست بحاجة للموامة، وقال 30.0% أنهم حاجتهم للموامة تتمثل في موامة السلالم والأدراج لظروف الإصابة، ويرى 23.3% أنهم بحاجة لموامة دورات المياه وأماكن الاستحمام، في حين يرى 6.7% أن حاجتهم تتمثل في توفير مصعد للبنائية.

#### 5.1 احتياجات المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين" في المسكن:

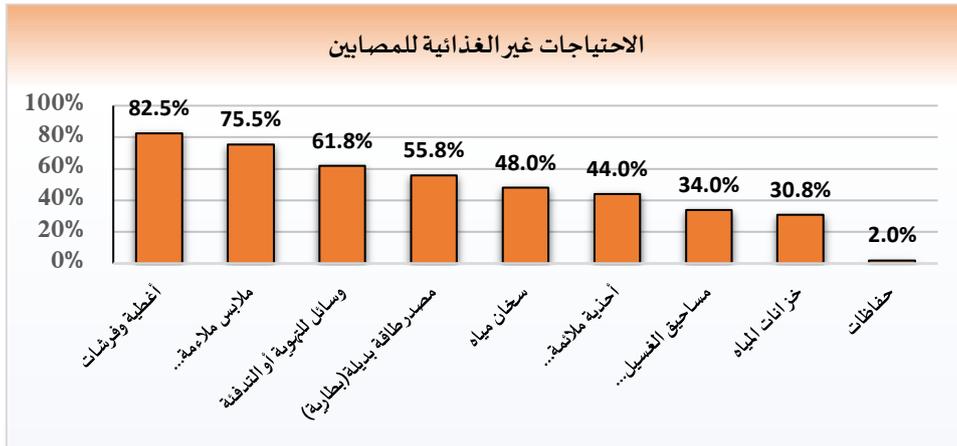
أظهرت النتائج أن 44.4% من المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين" يرون أن منازلهم ليست بحاجة للموامة، وقال 31.7% أنهم بحاجة لموامة دورات المياه وأماكن الاستحمام، وقال 19.0% أنهم حاجتهم للموامة تتمثل في موامة السلالم والأدراج لظروف الإصابة، فيما يرى 4.8% أن مساكنهم بحاجة لإصلاح وترميم.

## سابعاً: قطاع المواد غير الغذائية

### 1. احتياجات المصابين من المواد غير الغذائية

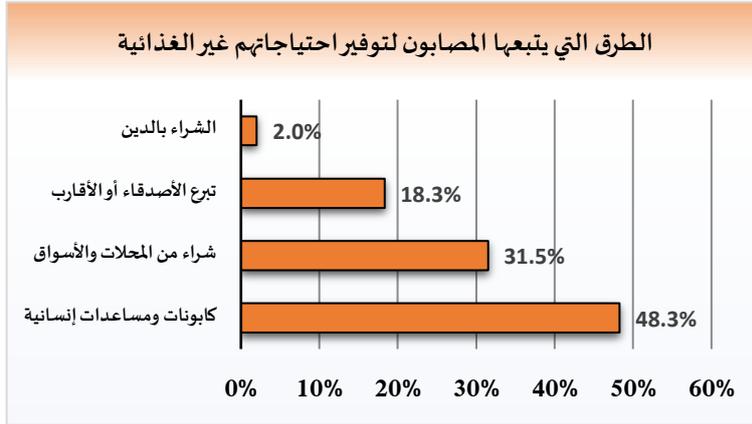
أظهرت النتائج أن هناك عدة احتياجات غير غذائية طرأت حاجة المصابين إليها بعد الإصابة، يمكن ذكرها أهمها فيما يلي:

1. 82.5% من المصابين بحاجة لأغطية وفرشات.
2. 75.5% من المصابين بحاجة لملابس ملائمة (ملابس صيفية أو شتوية).
3. 61.8% من المصابين بحاجة لوسائل تهوية أو تدفئة.
4. 55.8% من المصابين بحاجة لمصادر طاقة بديلة (بطارية).
5. 48.0% من المصابين بحاجة إلى سخانات مياه.
6. 44.0% من المصابين بحاجة لأحذية (شتوية/ صيفية).
7. 34.0% من المصابين بحاجة لمساحيق الغسيل والتنظيف.
8. 30.8% من المصابين بحاجة إلى خزانات مياه.
9. 2.0% من المصابين بحاجة إلى حفاظات.



وقد أظهرت النتائج التفصيلية عدم وجود فروق جوهرية في احتياجات المصابين (أطفال، نساء، ذكور بالغين، بتر، بلاتين) من المواد غير الغذائية بين فئات المصابين محل الدراسة، حيث تتشابه احتياجاتهم بشكل كبير جداً.

## 2. الطرق التي يتبعها المصابون لتوفير الاحتياجات غير الغذائية



تبين النتائج أن المصابين وأسرهم يتبعون عدة طرق لتوفير احتياجاتهم غير الغذائية، حيث قال 48.3% أنهم يلجؤوا للبحث عن كابونات ومساعدات إنسانية تقدمها المؤسسات، في حين أفاد 31.5% من المصابين أنهم يقوموا بشراء احتياجاتهم من المحلات

والأسواق، فيما يلجأ 18.3% من العينة إلى طلب مساعدة/ تبرع من الأصدقاء والأقارب.

تبين من النقاش في المجموعات البؤرية مع المصابين وأهاليهم أن غالبية الأسر تواجه صعوبات في توفير احتياجات الأسرة من المواد غير الغذائية، لذلك فإنهم يلجؤون لعدة تصرفات مثل:

1. الاعتماد على المساعدات المالية المقدمة من وزارة التنمية الاجتماعية.
2. الاقتراض من الأقارب والأصدقاء.
3. الاعتماد على بعض المساعدات المالية المقدمة من الأهالي والأقارب في توفير الضروريات اللازمة.
4. إيقاف الدراسة الجامعية لأبنائهم من أجل توفير المال اللازم لاحتياجات الأسرة.
5. الشراء بالدين من المحلات لحين توفير المال للسداد.

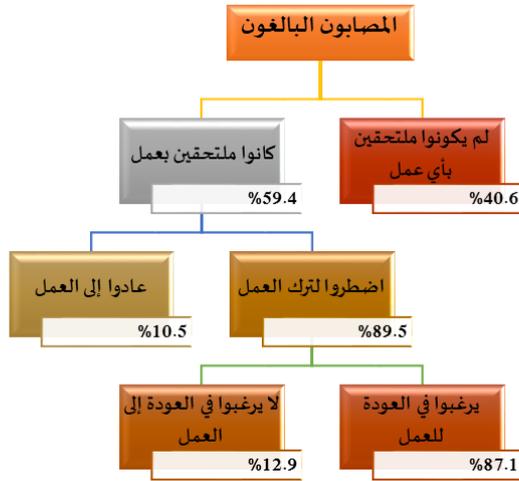
## 3. فرص حصول المصابين على الاحتياجات غير الغذائية:

تبين النتائج أن فرص حصول 61.0% من المصابين وأسرهم من وجهة نظرهم على احتياجاتهم غير الغذائية أصبحت أسوأ بعد الإصابة وقال 36.5% من المصابين أن فرص حصولهم على المواد غير الغذائية لم تتغير بعد الإصابة، فيما قال 2.5% من المصابين فقط أن فرص حصولهم على الاحتياجات غير الغذائية قد أصبحت أفضل بعد الإصابة.

## ثامناً: قطاع سبل العيش والمساعدات النقدية (للبالغين فقط)

### 1. تأثير الإصابة على عمل/وظيفة المصابين:

أظهرت النتائج أن 59.4% من المصابين كانوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة (29.7% أعمال حرة، 21.9% حرفيين/مهنيين، 7.8% موظفين)، فيما 40.6% من المصابين لم يكونوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة.



كما وأظهرت النتائج أن للإصابة تأثير سلبي كبير على إمكانية عودة المصابين لممارسة أعمالهم بعد تعرضهم للإصابة، حيث تبين أن 89.5% من المصابين الذين كانوا ملتحقين بعمل قبل الإصابة (نسبتهم 59.4%) لم يتمكنوا من العودة للعمل/الوظيفة السابقة بعد الإصابة، على الرغم أن 87.1% ممن لم يتمكنوا من العودة ما زالت لديهم الرغبة بالعودة للعمل/الوظيفة.

حيث نستنتج من ذلك أن نسبة المصابين الذين لا يعملون وقت إعداد الدراسة بلغت 93.7% (40.6% من إجمالي العينة لم يكونوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، 53.1% من إجمالي العينة كانوا يعملون ولم يتمكنوا من العودة للعمل/الوظيفة)، أما نسبة المصابين الذين يعملون وقت إعداد الدراسة فقد بلغت 6.3% فقط من إجمالي عينة البالغين، أي الآن الإصابات فاقت من نسبة البطالة بين البالغين في قطاع غزة<sup>17</sup>.

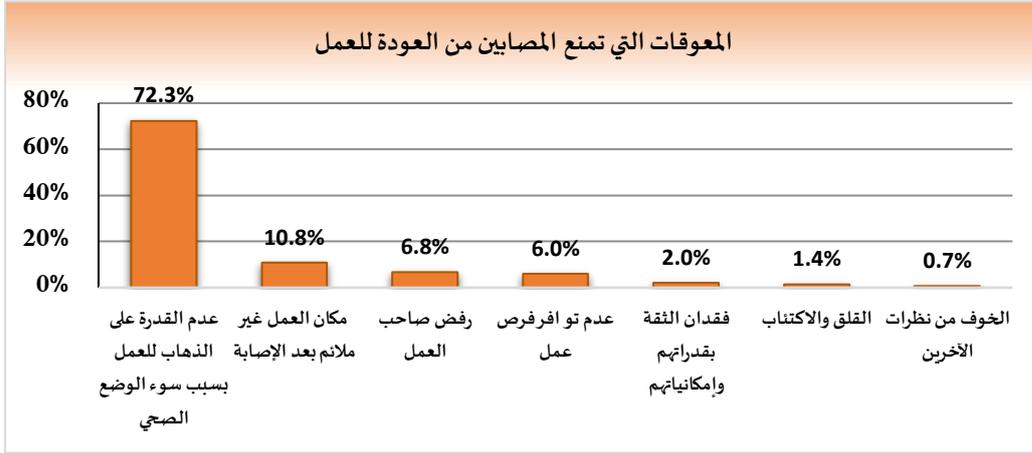
هذا الأمر ساهم في عدم قدرة المصابين على تلبية احتياجاتهم واحتياجات أسرهم، حيث أفاد 81.8% من المصابين بأنهم غير قادرين على تلبية احتياجاتهم، و16.6% من المصابين قادرين إلى حد ما على تلبية احتياجاتهم.

### 2. المعوقات التي تمنع المصابين الراغبين بالعودة للعمل بعد الإصابة:

أظهرت الدراسة أن هناك عدة معوقات تحول دون عودة المصابين للعمل، حيث أفاد 72.3% من المصابين أن سوء الوضع الصحي يعتبر أهم المعوقات، يليه عدم ملائمة مكان العمل لظروف المصابين الحالية بنسبة 10.8%،

(17) بلغت نسبة البطالة في قطاع غزة 51% حسب نتائج مسح القوى العاملة للربع الرابع 2018، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، <http://213.6.8.54:8080/postar.aspx?tabID=512&lang=ar&ItemID=3380&mid=3915&wversion=Staging>

ويحل بعدها رفض صاحب العمل عودة المصاب بنسبة 6.8%، وأخيراً عدم توافر فرص العمل الملاءمة بنسبة 6.0%.



توصية (23): يوصي فريق الدراسة بعقد ورشة عمل أو مؤتمر يشارك فيه القطاع الخاص والمجتمع المدني والحكومة والجهات الدولية لبحث هذا الموضوع وإيجاد مقترحات لعلاجها.

3. المؤهلات والخبرات والمهارات التي تمتلكها أسرة المصاب ويمكن استثمارها لتحقيق العيش الكريم للأسرة وللمصاب في الوقت الحالي:

تبين من المجموعات البؤرية مع أهالي المصابين أن حوالي نصف الأسر لا يتوفر لديها أي مؤهلات أو خبرات يمكن استثمارها لتحقيق العيش الكريم للأسرة والمصاب. أما النصف الآخر من الأسر يتوفر لديهم العديد من الخبرات والمؤهلات التي يمكن استثمارها وأهمها:

1. وجود خريجين جامعيين يمكنهم عمل دروس تقوية لطلبة المدارس.
2. امتلاك أحد أفراد الأسرة مهارة التطريز والأعمال اليدوية.
3. خبرة في إدارة مشروع تجاري صغير.
4. خبرة في تربية مواشي وطيور.
5. خبرة في أعمال البناء والإنشاءات.
6. قدرة أحد أفراد الأسرة على العمل كبائع متجول.
7. امتلاك أحد أفراد حرفة أو مهنة.

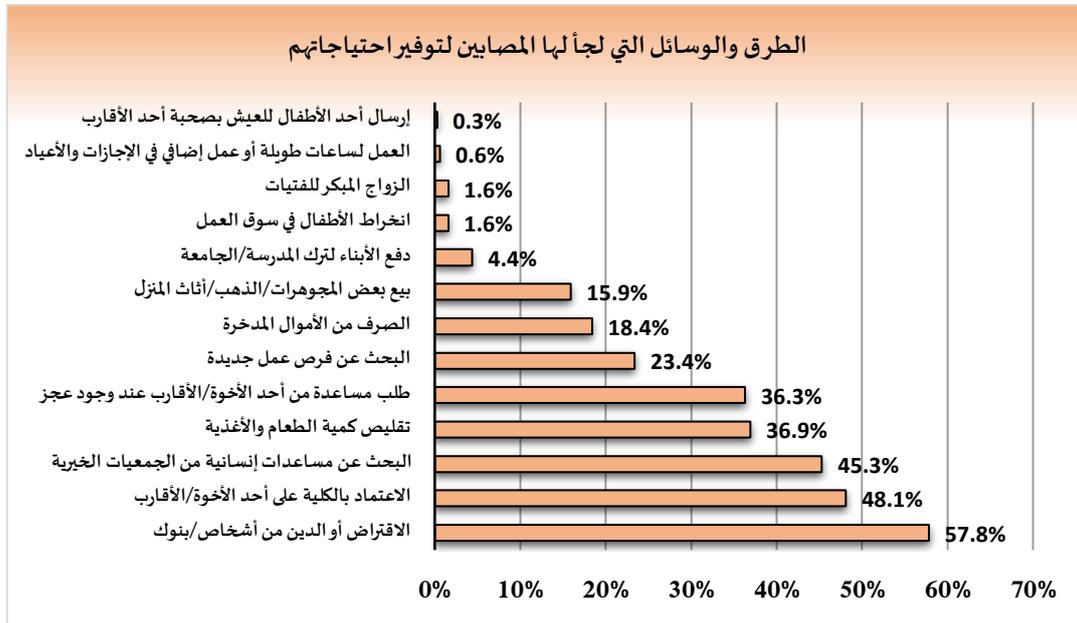
أما عن العقبات التي تحول دون الاستفادة من هذه الخبرات والمؤهلات فكانت كالتالي:

1. الوضع المالي الصعب للأسرة وقلة توفر مصادر الدخل.
2. عدم توفر جهات داعمة تساعد في افتتاح مشاريع.
3. مساحة المنزل ضيقة ولا تسمح بافتتاح مشروع في المنزل.
4. الظروف الصحية للمصابين التي تعيق ممارسة أي أعمال.

#### 4. الطرق والوسائل التي يلجأ لها المصابون لتوفير احتياجاتهم المختلفة:

تنوعت الطرق والوسائل التي يلجأ لها المصابون لتوفير احتياجاتهم واحتياجات أسرهم من الغذاء ومصروفات المعيشة والتعليم والاحتياجات الصحية، وفيما يلي أهم هذه الطرق والوسائل التي يتبعها المصابون<sup>18</sup>:

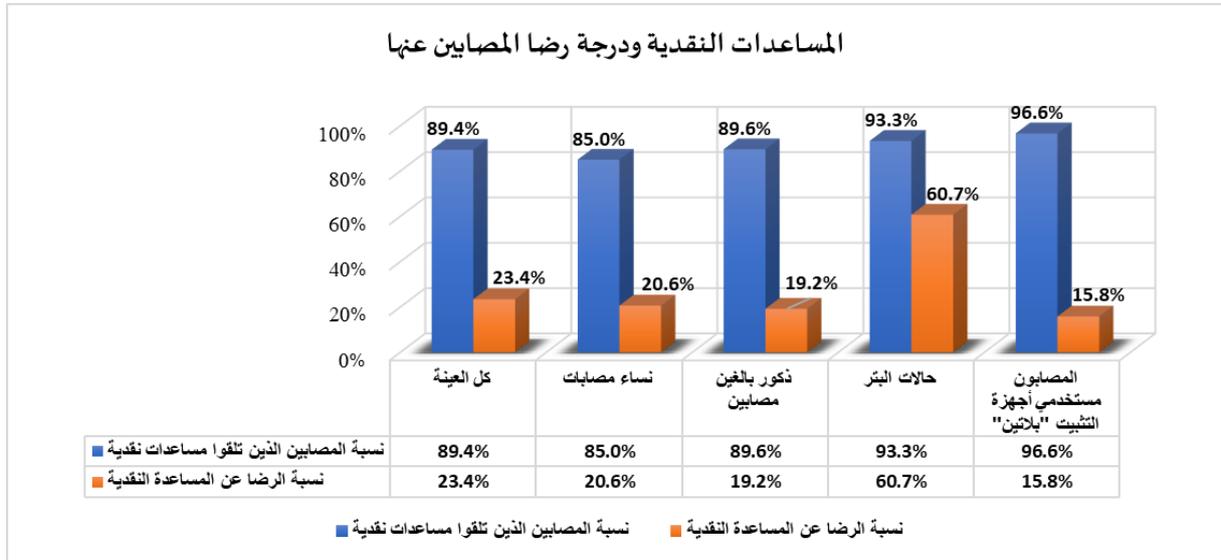
1. 57.8% من المصابين يلجؤون إلى الاقتراض من أشخاص/بنوك.
2. 48.1% من المصابين يعتمدون بالكلية على أحد الأخوة/الأقارب.
3. 45.3% من المصابين يلجؤون للبحث عن مساعدات إنسانية من الجمعيات الخيرية.
4. 36.9% من المصابين يلجؤون إلى تقليص كمية الطعام والأغذية.
5. 36.3% من المصابين يلجؤون لطلب مساعدة من أحد الأخوة/الأقارب عند وجود عجز.
6. 23.4% من المصابين يلجؤون للبحث عن فرص عمل ملائمة لظروف الإصابة.
7. 18.4% من المصابين يلجؤون للصراف من الأموال المدخرة لديهم.
8. 15.9% من المصابين يلجؤون لبيع ممتلكاتهم الخاصة (مجوهرات، أثاث المنزل).



(18) تم ترك المجال للمصاب لاختيار أكثر من إجابة.

## 5. المساعدات المالية النقدية المقدمة للمصابين:

بينت النتائج أن 89.4% من المصابين قد تلقوا مساعدات نقدية بعد تعرضهم للإصابة، وبسؤالهم عن مدى رضاهم عن هذه المساعدات فقد أكد 23.4% فقط أن هذه المساعدات جيدة.



أما عن مدى ملاءمة هذه المساعدات لاحتياجاتهم الحالية، فقد أفاد 37.4% من المصابين أنهم لا يستطيعوا العيش بهذا الدخل، في حين يظن 32.5% منهم أن المساعدات المالية ليست كافية لهم، ويظن 24.1% من المصابين أن المساعدات كافية فقط، بينما يرى 5.9% من المصابين أن المساعدات المالية جيدة بما فيه الكفاية.

## 6. فرص حصول المصابين على أي مساعدات نقدية:

تبين النتائج أن فرص حصول 62.2% من المصابين وأسرهم من وجهة نظرهم على أي مساعدات نقدية أصبحت أسوأ بعد الإصابة وقال 34.4% من المصابين أن فرص حصولهم على أي مساعدات نقدية لم تتغير بعد الإصابة، فيما قال 3.4% من المصابين فقط أن فرص حصولهم على أي مساعدات نقدية قد أصبحت أفضل بعد الإصابة.

### توصيات قطاع سبل العيش والمساعدات النقدية

1. يوصي فريق الدراسة بعقد ورشة عمل أو مؤتمر يشارك فيه القطاع الخاص والمجتمع المدني والحكومة والجهات الدولية لبحث هذا الموضوع وإيجاد مقترحات لعلاجه.

## نتائج تفصيلية لقطاع سبل العيش والمساعدات النقدية

### 1. تأثير الإصابة على عمل المصابين:

#### 1.1 تأثير الإصابة على عمل/وظيفة النساء المصابات:

أظهرت النتائج أن 12.5% فقط من النساء كن ملتحقات بعمل/وظيفة قبل الإصابة، مقابل 87.5% منهن لم يكن ملتحقات بعمل/وظيفة قبل الإصابة، أما بعد الإصابة فلم تتمكن جميع النساء العاملات من العودة للعمل/الوظيفة بعد الإصابة، على الرغم أنه ما زالت لديهن الرغبة بالعودة للعمل/الوظيفة.

#### 2.1 تأثير الإصابة على عمل/وظيفة الذكور البالغين المصابين:

أظهرت النتائج أن 65.6% من الذكور كانوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، مقابل 34.4% لم يكونوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، أما بعد الإصابة فقد تمكن 12.2% فقط من الذكور العاملين من العودة للعمل/الوظيفة بعد الإصابة، على الرغم أن 88.9% ممن لم يتمكنوا من العودة ما زالت لديهم الرغبة بالعودة للعمل/الوظيفة.

#### 3.1 تأثير الإصابة على عمل/وظيفة المصابين الذين بترت أحد أطرافهم:

أظهرت النتائج أن 70.0% من المصابين الذين بترت أحد أطرافهم كانوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، مقابل 30.0% لم يكونوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، أما بعد الإصابة فلم يتمكن أحد منهم من العودة للعمل/الوظيفة بعد الإصابة، على الرغم أن 76.2% ما زالت لديهم الرغبة بالعودة للعمل/الوظيفة.

#### 4.1 تأثير الإصابة على عمل/وظيفة المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين":

أظهرت النتائج أن 66.1% من المصابين البالغين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" كانوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، مقابل 33.9% لم يكونوا ملتحقين بعمل/وظيفة قبل الإصابة، أما بعد الإصابة فلم يتمكن أحد منهم من العودة للعمل/الوظيفة بعد الإصابة، على الرغم أن 79.5% ما زالت لديهم الرغبة بالعودة للعمل/الوظيفة.

### 2. المعوقات التي تمنع المصابين الراغبين بالعودة للعمل بعد الإصابة:

#### 1.2 المعوقات التي تمنع النساء المصابات الراغبات بالعودة للعمل بعد الإصابة:

أظهرت الدراسة أن هناك معيقان يحولان دون عودة المصابات الراغبات بالعودة للعمل، حيث أفاد 75.0% منهن أن سوء الوضع الصحي يعتبر أهم المعوقات، يليه عدم توافر فرص عمل بنسبة 25.0%.

## 2.2 المعوقات التي تمنع المصابين الذكور الراغبين بالعودة للعمل بعد الإصابة:

أظهرت الدراسة أن هناك عدة معوقات تحول دون عودة المصابين الذكور الراغبين بالعودة للعمل، حيث أفاد 73.4% منهم أن سوء الوضع الصحي يعتبر أهم المعوقات، يليه عدم ملاءمة مكان العمل لظروف المصابين الحالية بنسبة 10.9%، وأخيراً رفض صاحب العمل عودة المصاب وعدم توافر فرص عمل بنسبة 6.3%

## 3.2 المعوقات التي تمنع المصابين الذين بترت أحد أطرافهم الراغبين بالعودة للعمل:

أظهرت الدراسة أن هناك عدة معوقات تحول دون عودة المصابين الذين بترت أحد أطرافهم الراغبين بالعودة للعمل، حيث أفاد 62.5% منهم أن سوء الوضع الصحي يعتبر أهم المعوقات، يليه عدم ملاءمة مكان العمل لظروف المصابين الحالية ورفض صاحب العمل عودة المصاب بنسبة 12.5% وأخيراً القلق والاكتئاب والخوف من نظرات الآخرين بنسبة 6.3%.

## 4.2 المعوقات التي تمنع المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين الراغبين بالعودة للعمل:

أظهرت الدراسة أن هناك عدة معوقات تحول دون عودة المصابين مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاتين" للعمل، حيث أفاد 80.6% منهم أن سوء الوضع الصحي يعتبر أهم المعوقات، يليه عدم ملاءمة مكان العمل لظروف المصابين الحالية بنسبة 9.7%، أخيراً رفض صاحب العمل عودة المصاب بنسبة 6.5%.

## 3. الطرق والوسائل التي يلجأ لها المصابون لتوفير احتياجاتهم المختلفة:

### 1.3 الطرق التي تلجأ لها النساء المصابات لتوفير احتياجاتهن المختلفة:

تنوعت الطرق والوسائل التي تلجأ لها المصابات لتوفير احتياجاتهن واحتياجات أسرهن من الغذاء ومصروفات المعيشة والتعليم والاحتياجات الصحية، وفيما يلي أهم هذه الطرق والوسائل التي تتبعها المصابات:

1. 60.0% يعتمدن بالكلية على أحد الأخوة/ الأقارب.
2. 60.0% يبحثن عن مساعدات إنسانية من الجمعيات الخيرية.
3. 45.0% يقلصن كمية الطعام والأغذية.
4. 37.5% يطلبن مساعدة من أحد الأخوة/ الأقارب عند وجود عجز.
5. 35.0% يقترضن من أشخاص/ بنوك.
6. 20.0% يبحثن عن فرص عمل ملائمة لظروف الإصابة.
7. 15.0% يبيعن ممتلكاتهم الخاصة (مجوهرات، أثاث المنزل).
8. 12.5% يصرفن من الأموال المدخرة لديهم.

### 2.3 الطرق التي يلجأ لها الذكور البالغين المصابين لتوفير احتياجاتهم المختلفة:

تتوزع الطرق والوسائل التي يلجأ لها المصابون الذكور البالغين لتوفير احتياجاتهم واحتياجات أسرهم من الغذاء ومصروفات المعيشة والتعليم والاحتياجات الصحية، وفيما يلي أهم هذه الطرق والوسائل التي يتبعها المصابون:

1. 62.8% يقترضون من أشخاص/ بنوك.
2. 44.8% يعتمدون بالكلية على أحد الأخوة/ الأقارب.
3. 40.8% يبحثون عن مساعدات إنسانية من الجمعيات الخيرية.
4. 36.4% يطلبون مساعدة من أحد الأخوة/ الأقارب عند وجود عجز.
5. 36.0% يقلصون كمية الطعام والأغذية.
6. 22.0% يبحثون عن فرص عمل ملائمة لظروف الإصابة.
7. 18.4% يصرفون من الأموال المدخرة لديهم.
8. 16.4% يبيعون ممتلكاتهم الخاصة (مجوهرات، أثاث المنزل).

### 3.3 الطرق التي يلجأ لها المصابون الذين بترت أحد أطرافهم لتوفير احتياجاتهم المختلفة:

تتوزع الطرق والوسائل التي يلجأ لها المصابون الذين بترت أحد أطرافهم لتوفير احتياجاتهم واحتياجات أسرهم من الغذاء ومصروفات المعيشة والتعليم والاحتياجات الصحية، وفيما يلي أهم هذه الطرق والوسائل التي يتبعها المصابون:

1. 63.3% يبحثون عن مساعدات إنسانية من الجمعيات الخيرية.
2. 60.0% يعتمدون بالكلية على أحد الأخوة/ الأقارب.
3. 46.7% يقترضون من أشخاص/ بنوك.
4. 40.0% يبحثون عن فرص عمل ملائمة لظروف الإصابة.
5. 33.3% يطلبون مساعدة من أحد الأخوة/ الأقارب عند وجود عجز.
6. 33.3% يقلصون كمية الطعام والأغذية.
7. 26.7% يصرفون من الأموال المدخرة لديهم.
8. 13.3% يبيعون ممتلكاتهم الخاصة (مجوهرات، أثاث المنزل).

### 4.3 الطرق التي يلجأ لها المصابون مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" لتوفير احتياجاتهم المختلفة:

تتوزع الطرق والوسائل التي يلجأ لها المصابون مستخدمي أجهزة التثبيت الخارجي "البلاطين" لتوفير احتياجاتهم واحتياجات أسرهم من الغذاء ومصروفات المعيشة والتعليم والاحتياجات الصحية، وفيما يلي أهم هذه الطرق والوسائل التي يتبعها المصابون:

1. 61.0% يقترضون من أشخاص/ بنوك.
2. 49.2% يبحثون عن مساعدات إنسانية من الجمعيات الخيرية.
3. 47.5% يعتمدون بالكلية على أحد الأخوة/ الأقارب.
4. 40.7% يقلصون كمية الطعام والأغذية.
5. 37.3% يطلبون مساعدة من أحد الأخوة/ الأقارب عند وجود عجز.
6. 25.4% يبحثون عن فرص عمل ملائمة لظروف الإصابة.
7. 15.3% يصرفون من الأموال المدخرة لديهم.
8. 15.3% يبيعون ممتلكاتهم الخاصة (مجوهرات، أثاث المنزل).

---

الآراء الواردة في هذه الدراسة لا تعبر عن رأي الصندوق الإنساني للأرض الفلسطينية المحتلة، إنما تعبر عن رأي المركز الفلسطيني للديمقراطية وحل النزاعات.