

صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة
يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- المحيط البيئي للمعوقين اللبنانيين والفلسطينيين في لبنان وانعكاساته الاقتصادية والاجتماعية: دراسة مقارنة.
- الحروب والصراعات وأخطارها على الأسرة العربية.
- المتغيرات البيئية وتأثيراتها على صحة الطفل اليمني.
- الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية للفلسطينيين في سورية.

المجلد الثالث - العدد الثامن - مايو 2010



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

الهيئة الإستشارية والعلمية (حسب الترتيب الأبجدي)

أ.د. أحمد رجاء رجب	أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر
د. أحمد عبد المنعم	مدير المشروع العربي لصحة الاسرة بجامعة الدول العربية. مصر
أ. أحمد عبد الناظر	مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس
أ.د. أحمد مصطفى العتيق	عميد معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر
أ.د. الزبير عروس	أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر
د. التيجاني طاهر التيجاني	كبير خبراء السياسات السكانية، الأمم المتحدة بالرياض. السودان
د. أيمن زهري	خبير دراسات السكان والهجرة. مصر
أ.د. توفيق بن خوجه	مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية
د. سلمى جلال	خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر
د. رامز مهاني	مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا
أ.د. شبيب دياب	أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان
د. عبد العزيز محمد فرح	خبير في استراتيجيات السكان والتنمية. السودان
د. عادل التاجوري	خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.
أ.د. عثمان الحسن محمد نور	أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، السودان.
د. عزت الشيشيني	مستشار ديموجرافي، المركز الديموجرافي بالقاهرة، مصر.
أ.د. فوزي عبد الرحمن	أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح	عميد معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.
أ. مصطفى أزلماط	خبير الدراسات والبحوث الديموغرافية والصحية، وزارة الصحة، المغرب.



صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير المشروع العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابع حلبي

أروى هاشم

الآراء الواردة في المجلة لا تعبر بالضرورة عن رأي جامعة الدول العربية، أو الجهة التي يعمل فيها الكاتب.



شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة
- أو البريد الإلكتروني papfaminfo@papfam.org
- تليفون/ فاكس: +202 - 27363834

الافتتاحية

حرصاً من إدارة المشروع العربي لصحة الأسرة في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين وتسهيلاً لنشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، يتم إصدار دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" بعد تحكيمها من قبل مجموعة متميزة من الخبراء والمتخصصين في المجالات التي تغطيها المسوحات والدراسات التي يقوم بها المشروع.

ويشهد هذا العدد الثامن تنوعاً أكبر في موضوعاته والتي نأمل أن تكون إضافة جديدة لإثراء المكتبة العربية بالموضوعات المختلفة حول صحة الأسرة والسكان في المنطقة العربية، كما نرحب بآرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
1	المحيط البيئي للمعوقين اللبنانيين والفلسطينيين في لبنان وانعكاساته الاقتصادية والاجتماعية - دراسة مقارنة. معضاد رحال
39	الحروب والصراعات وأخطارها على الأسرة العربية. أحمد عبد الناظر
75	المتغيرات البيئية وتأثيرها على صحة الطفل اليمني. طارق يحيى الكبسي
89	الأوضاع الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية للفلسطينيين في سورية. يوسف ماضي

المحيط البيئي للمعوقين اللبنانيين والفلسطينيين وانعكاساته الاقتصادية والاجتماعية دراسة مقارنة

معضاد رحال*

I - مقدمة:

وجدت الإعاقة في مختلف المجتمعات الإنسانية، ولا يكاد مجتمع على مر العصور يخلو من هذه الظاهرة، لكن طريقة التعامل معها اختلفت بين مرحلة وأخرى. ففي حين كانت المجتمعات القديمة تدعو إلى التخلص من المعوقين بالقتل أو العزل أو النفي، (محمد عبد المنعم نور، 1972)، فإن الأديان السماوية، دعت إلى تحريم قتل المعوقين وإلى الإحسان إليهم، والتعامل معهم برفق ومحبة كغيرهم من الأصحاء، فقد أولى السيد المسيح المعوقين محبة خاصة بقوله: "بآلامهم يتمجد الله" (لوقا 14 ومتى 25). كما دعا الإسلام إلى المساواة بين المعاقين والأصحاء في الحقوق والواجبات. إلا أن تطور العلوم الاجتماعية والانسانية وظهور دراسات الخدمة الاجتماعية وفق منظور المنهج العلمي، غيرت النظرة إلى الإعاقة بوصفها مشكلة اجتماعية، وشكلت تحدياً للأفراد والمجتمعات بضرورة إجراء مقاربات اجتماعية واقتصادية وثقافية لتحديد المفاهيم المتعلقة بالإعاقة وعلاقتها بالمجتمع، وضرورة الكشف عن مكامن القوة والقدرة لدى المعوق، وتمكينه من المشاركة في الحياة العامة، باعتباره وحدة إنسانية وإنتاجية. وقد استحوذت هذه المفاهيم على اهتمام البرامج والسياسات الاجتماعية والثقافية لمختلف المجتمعات، وبذلت جهود حثيثة على المستوى العالمي لتأهيل المعوق ودمجه في الحياة العامة. "لأن الإعاقة تحتاج إلى تدخل خاص وتدريب وتربية خاصة لحصول المعوق على قدر كاف من التعلم والتدريب، (Unesco, 1987).

* أستاذ علم الاجتماع، معهد العلوم الاجتماعية، الجامعة اللبنانية، بيروت، لبنان.

ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الإعاقة ترتبط بمجموعة من العوامل المتداخلة فيما بينها، وتشكل جميعها أولويات ينبغي معالجتها (قانونياً، جسدياً، نفسياً، اقتصادياً، صحياً، تربوياً...). مما يستوجب استنفاراً وتعاوناً لكل إمكانيات المجتمع.

وإذا كانت الدول المتقدمة قد قطعت أشواطاً بعيدة في التعامل مع هذه المشكلة على مختلف المستويات، وسخرت تقدمها التكنولوجي لخدمة المعوقين لتسهيل دمجهم في الحياة العامة (اختراع كرسي خاص متحرك لعلاج الأسنان). بالمقارنة نجد أن فئة المعوقين في الدول النامية ما زالت تفتقد الحد الأدنى من تأهيل البيئة التي تسمح لها بالتنقل والتعلم والعناية الصحية.

وتشكل الإعاقة في لبنان، على المستويين اللبناني والفلسطيني حالة ينبغي التوقف عندها، لما لها من أهمية على مختلف الصعد القانونية والاقتصادية والاجتماعية. وضرورة سعي المجتمع بكل مكوناته إلى خلق بيئات تمكن المعوقين من الاندماج في الحياة العامة، بشكل متساو مع باقي الأفراد. لذلك فإن طرح قضية المعوقين في لبنان على المستويين اللبناني والفلسطيني، تصبح على قدر كبير من الأهمية، خاصة من النواحي البيئية المتعلقة بالقانون والمجتمع والعمل والأمكنة التي يقصدها المعوقون.

وتأتي أهمية دراسة موضوع المحيط البيئي للمعوقين اللبنانيين والفلسطينيين من حيث ارتباطه وتأثيره في البناء الاجتماعي للمجتمع الذي يأخذ أبعاداً اقتصادية واجتماعية وصحية وسلوكية مختلفة. وتتجسد هذه الأهمية من خلال المعلومات والبيانات التي تشير إلى أن تأهيل المعوقين وتدريبهم وتجهيز أماكن العمل والتنقل بالمواد اللازمة، تحولهم إلى طاقة منتجة تساهم كغيرها، في تحريك الدورة الاقتصادية، وتساهم في تخفيض معدلات الإعاقة على مستوى الدولة والأسرة.

ووفقاً لذلك، سوف تحاول هذه الدراسة، إجراء مقارنة بين التشريعات الصادرة في هذا الشأن ودرجة شموليتها لجميع المعوقين في لبنان، واتساقها مع طبيعة المجتمع. إذ أن وجود بيئة خالية من العوائق، ومعززة بالتقنيات الحديثة تستلزم ذهنية متطورة تنظر إلى طاقة الفرد الإنتاجية وليس إلى إعاقته، مما يساهم في تمكين المعوقين من المشاركة في النشاطات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية والترفيهية كافة. وهذا الأمر يستوجب تحديد العلاقة بين حالات الإعاقة وإمكانية استيعابها على المستويات الصحية والاقتصادية والذهنية في المجتمع.

وتكمن الإشكالية هنا في تجميع الموارد البشرية الوطنية التي تشكل دوراً هاماً في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ونظراً لأهمية معدلات المشاركة وارتباطها بمعدلات الإعالة، تصبح قضية تهميش المعوقين واستبعادهم من النشاط الاقتصادي وعدم اعتبارهم من عداد القوى العاملة على قدر كبير من الخطورة، جراء الخسارة الكبيرة التي تحدثها، سواء على المستوى الشخصي، إذ يتحولون إلى مواطنين سلبيين يعيشون حالة على غيرهم، أو على المستوى الوطني، حيث تقف الدولة جزءاً كبيراً من دخلها القومي جراء استبعادهم.

ولأجل ذلك، بدأت الدول والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني، تهتم بقضية المعوقين وتحث الحكومات المعنية على تطبيق القرارات والقوانين الصادرة في هذا الخصوص، وذلك من أجل تنمية قدرات المعوقين انطلاقاً من احترام الإنسان وتقديره والتعامل معه كوحدة لها حقوقها التي يجب أن تراعى. وتأمين جميع المستلزمات البيئية التي تساهم في تجديد طاقاته وتأهيله وتدريبه وإعداده للمساهمة في عملية الإنتاج وبناء المجتمع لدمجه في الحياة العامة، بعيداً عن منطق الشفقة والرحمة.

إزاء ذلك يصبح السؤال مشروعاً عن مدى انعكاس المفاهيم الحديثة على البيئة التي يعيشها المعوقون اللبنانيون والفلسطينيون التي تتيح لنا تحديد إشكالية هذه الدراسة في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية:

أ- ما هي جدوى القوانين التي تحدد العلاقة بين المعوقين والمحيط البيئي الذي يعيشون فيه؟ وهل تتسحب مفاعيلها على المعوقين الفلسطينيين في لبنان؟ وهل تكمن المشكلة في تقصير التشريع أم في عدم تطبيقه؟

ب- ما هي العوامل والأسباب التي تدفع بالقطاعين العام والخاص إلى العزوف عن تطبيق القوانين المتعلقة بتشغيل المعوقين وتوفير المناخات الملائمة في أماكن العمل؟

ت- ما مدى فعالية التقديمات النوعية للجمعيات الأهلية التي تعنى بشؤون الإعاقة على أداء المعوقين؟ وهل استطاعت أن تتحول من المفهوم الرعائي القائم على الإيواء والعزل إلى المفهوم الإنتاجي القائم على الاستقلالية والإندماج في الحياة العامة؟

ث- ما مدى فعالية القوى الضاغطة العاملة في مجال الإعاقة لتحقيق بيئة خالية من المعوقات؟

ج- ما هي أوجه التشابه وأوجه الاختلاف في التعامل بين المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين؟

لقد أدى الخلل في تطبيق القوانين إلى الحاق الضرر بالحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمع بشكل عام. كما أن تجاهل القوانين لحالة الإعاقة الفلسطينية في لبنان من شأنها أن تخلق نوعاً من التمييز والشعور بالغبين والكرهية من قبل هؤلاء.

إن الاهتمام بقضية المعوقين يأتي، بلا شك، من أهمية هذه الظاهرة وما ينتج عنها من آثار جسيمة تمس ببنية المجتمع، وخاصة تلك المتعلقة بالآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية والتعليمية.

II - منهجية الدراسة:

بالرغم من الجهود التي تبذلها الهيئات والجمعيات والاتحادات المعنية بشؤون المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين، وبالرغم من القوانين الصادرة التي تقضي بتهيئة المناخات اللازمة لدمج المعوقين، فإن هذه الفئة ما زالت تعيش هاجس التهميش وهموم الفقر وعدم المساواة في التعامل والعمل نتيجة لعدم توافر البيئة الشاملة الخالية من العوائق، والتي تتيح للمعوقين ممارسة حياتهم المهنية والخاصة من دون أية صعوبات. من هنا تبرز أهمية الوعي من أجل تحقيق البيئة الملائمة للدمج التي لا تتم إلا من خلال تضافر مختلف الجهود لا سيما في القطاعين العام والخاص وتطبيق القوانين بشكل عادل وشامل.

وهكذا انطلقت الدراسة من فرضية أساسية تتمحور حول المحيط الاجتماعي الذي يتفاعل معه المعوقون، إذ كلما توافرت الظروف الملائمة لإقامة بيئة مؤهلة خالية من العوائق، استطاع المعوقون التفاعل بجدية أكثر مع متطلبات الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية، وتحولوا من فئة مهمشة إلى فئة منتجة تساهم في تفعيل الدورة الاقتصادية إنتاجا واستهلاكاً، من خلال تحديد احتياجات التوظيف بين القطاعين العام والخاص ورصد مهارات المعوقين المهنية في ظل مناخ ملائم وهادف للتقديمات اللوجستية اللازمة. وهكذا فقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال الإطلاع على الدراسات والتشريعات التي تناولت هذه الظاهرة، من أجل تحديد اتجاهات التعامل معها في البحث والتحليل.

إضافة إلى ذلك، فقد اتخذت الدراسة جانبا ميدانيا، تمثل بمجموعة من المقابلات الفردية والجماعية (Focus group) المباشرة، مع مدراء ومسؤولي الهيئات والاتحادات والجمعيات التي تهتم بقضية الإعاقة، على المستويين اللبناني والفلسطيني في لبنان وقد تنوعت عينة الدراسة الميدانية في مدينة بيروت وضاحيتها الجنوبية على المستويات التالية:

- عشر مؤسسات إنتاجية في القطاع الخاص بما فيها الترفيهية،
- عشر مؤسسات رسمية في القطاع العام،
- عشر مدارس رسمية وخاصة،
- عشر مستشفيات خاصة ومستشفى حكومي واحد،
- أربع جمعيات أهلية تعنى مباشرة بتأهيل وتدريب المعوقين،
- ثلاث جمعيات أهلية تعنى بالمعوقين الفلسطينيين في مخيمي مار الياس وعين الحلوة،
- الأونروا ومدرسة تابعة لها،
- عشرون مقابلة فردية مع معوقين لبنانيين،
- مقابلة مع ثلاث مجموعات مركزة مع معوقين فلسطينيين في مخيمي برج البراجنة وعين الحلوة.

III- تحديد المفاهيم:

- **المعاق:** هو كل شخص تكون إمكانياته لاكتساب وحفظ عمل منخفضة بسبب عجز أو نقص في مؤهلاته الجسدية أو العقلية. وقد حدد القانون الإعاقة الجسدية بالحالات الآتية: المكفوفون، الصم، البكم، فاقدو الأطراف، المشلولون. أما المعاقون عقليا فهم الأشخاص الذين يعانون ضعفا في بعض المراكز العصبية يؤدي إلى اضطراب في النمو العقلي يعيق المصاب عن التوافق الاجتماعي، (مجموعة من المؤلفين، 1999). إن شمولية التعريف أدت إلى حصول تفاوت في الإحصاءات حول عدد الإعاقات بين المؤسسات الدولية والمؤسسات المحلية. ففي حين تقدر الأولى نسبة المعوقين بحوالي 10% من مجمل السكان فإن الثانية تقدرها بأقل من ذلك بكثير (لبنان 1.9%، فلسطينيو لبنان 2% من مجمل الفلسطينيين المقيمين في لبنان)، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2000)، (وزارة الشؤون الاجتماعية اللبنانية، 2000)، (هيئة الإعاقة الفلسطينية، 2000).

- **التأهيل:** هو توظيف مجموعة من الخدمات الصحية والتعليمية والنفسية لتطوير قدرات الفرد واستعداداته لتمكينه من المشاركة في الحياة العامة من دون معوقات.
- **إعادة التأهيل:** تعني تدريب الفرد على مهنة كان يعرفها وفقد القدرة على مزاولتها بشكل طبيعي جراء إصابته بإعاقة.
- **البيئة المؤهلة:** هي مجموعة التعديلات الهندسية واللوجستية على مختلف المستويات الصحية والمدرسية والأماكن العامة والمنازل وأماكن العمل التي تتيح للمعوقين العمل والتنقل بمفردهم.
- **العلاقة بين الإعاقة والتنمية:** إذا كانت الصلة وثيقة بين الإعاقة والمرض بالمعنى السلبي، فإنها وثيقة أيضا بقضية التنمية سلبا وإيجابا. إذ أن استبعاد المعوقين من المشاركة في النشاط الاقتصادي، وعدم اعتبارهم من عداد القوى العاملة تحت ذرائع مختلفة، يشكل خسارة كبيرة على المستوى الإقتصادي الكلي والجزئي. فعلى المستوى الجزئي، يؤدي عدم مشاركة المعوق في عملية الإنتاج إلى غياب الدخل الفردي، وبالتالي إلى تدني مستوى معيشته، ويتحول بسهولة، إلى مواطن سلبي يعيش حالة على غيره ويشكل عبئا على من حوله وعلى مجتمعه. وعلى المستوى الكلي حيث تفقد الدولة جزءا كبيرا من إنتاجها الوطني جراء استبعاد المعوقين الذين يستطيعون العمل. وقد بينت إحدى الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية "أن كل دولار واحد ينفق على برامج تأهيل المعوقين يعود بتسعة أضعاف على خزينة الدولة كضريبة دخل ناتجة عن عمل المعاق" (اليونيسيف، 1984).
- فالمعوقون طاقة بناءة يمكن استغلالها والإستفادة منها في مختلف أوجه النشاط الاقتصادي. وقد بينت الدراسة الميدانية التي قمنا بتنفيذها أن المعوقين أكثر إنتاجية من غيرهم من الأسوياء، إن كان من حيث الالتزام بدوام العمل

أوعدم التغيب أو المثابرة والتيقظ أثناء العمل. وتبين أن أصحاب العمل ينظرون بارتياح وطمأنينة إلى السلوك المهني للمعوقين الذين يعملون لديهم. من هذا المنطلق، نلاحظ سعي الجمعيات الرعائية والاتحادات إلى إقناع متولي الإدارة في مؤسسات القطاع الخاص بقبول تشغيل المعوق بداية، على سبيل التجربة، لإقناعها، بأن كفاءتهم الإنتاجية لا تقل عن غيرهم من الأسوياء. وقد صرحت مسؤولة التدريب المهني في مؤسسات الرعاية الاجتماعية - التنمية الفكرية، في إطار سعيها لتشغيل المعوقين بالقول: "إنني مسؤولة عن إدارة المشغل المحمي في المؤسسة، الموزع بين النجارة والخيطة والرسم والتطريز ... ويتم تعديل البرامج حسب حاجة سوق العمل، ونسعى، عند انتهاء التدريب، للتأكد من الكفاءة المهنية للمتدربين لدى أرباب العمل بتجربة أداء المعوق، وإذا كانت كفاءته متدنية، فليس مجبراً بقبوله، وقد أثبتت التجربة، صحة تقديرنا من خلال النجاح الذي يحققه المعوق في عمله وتمسك رب العمل به"، (مقابلة مع السيدة شمس بدر الدين، 2008)، فالأهمية تكمن، إذاً، في نظرة رب العمل إلى قدرات المعوق الذي يجلس خلف الكرسي أو السماعية أو العصا، وليس إلى إعاقته.

IV- المحيط البيئي للمعوقين اللبنانيين والفلسطينيين:

يمكننا تصنيف المحيط البيئي للمعوقين إلى المستويات التالية:

1- البيئة الذهنية: تسيطر على المسؤولين وعلى المجتمع، بشكل عام، أفكار مسبقة بعدم جدوى التقديرات التي تساهم في دمج المعوقين في الحياة العامة، ويفضلون حصرها في إطار الخدمات الرعائية. وينطلقون من فكرة صعوبة تحقيق العمالة للأصحاء، فكيف يمكن أن تتحقق للمعوقين؟ وبالتالي فإن التكاليف التي تنفق على المعوقين يمكن أن تذهب إلى إقامة استثمارات جديدة للتشغيل. لقد كشفت الدراسة الميدانية على المؤسسات الإنتاجية في القطاع الخاص أن حوالي 80% من هذه المؤسسات لا تقبل تشغيل معوقين لديها لحكمها المسبق بتدني إنتاجيتهم. في

حين أن 20% الأخرى أعربت، من خلال التجربة، عن أن إنتاجية المعوقين العاملين لديها جيدة وتتجاوز إنتاجية الأسوياء في بعض الحالات. كما تعطي تجربة المشاغل المحمية نموذجاً في كفاءة المعوقين في العمليات الإنتاجية الدقيقة والمعقدة (الرسم، الحفر على الزجاج، الصناعات الزراعية، النجارة، التطريز ...)، وهذا ما تم الوقوف عليه في بعض الزيارات والملاحظة بالمشاركة في بعض المشاغل المحمية في مركز نازك الحريري المهني في عرمون بتاريخ 2008/3/17 ومستشفى بيت شباب للمعوقين بتاريخ 2008/3/10 ومؤسسة الكرامة في عين الحلوة بتاريخ 2008/4/7. أما على مستوى الذهنية المكوّنة لموقف المسؤول في القطاع العام تجاه الإعاقة، فإنها في غاية التعقيد والتخلف، وربما، فإن التلكؤ أو الممانعة في إصدار بعض المراسيم، أو عدم التشدد في تنفيذها، والتي من شأنها تسهيل عملية الدمج، يعود إلى الحكم المسبق بعدم الجدوى من إصدارها. وهذا ما حصل في إصدار مرسوم يتعلق بتسهيل الرياضة للمعوقين كانت قد أعدته وزارة الشؤون الاجتماعية منذ أكثر من أربع سنوات، فلم يلق تجاوباً من قبل الوزير المختص، بالرغم من الإلحاح المتواصل لإصداره، إلى أن ذهب الوزير وأتى آخر، وضاع المشروع في أدراج الوزارة، (مقابلة مع السيدة كورين عازار مديرة مركز الكفاءات في وزارة الشؤون الاجتماعية بتاريخ 2008/2/1).

2- البيئة الاقتصادية: إن الحالة الاقتصادية المتردية التي يمر بها لبنان، تلقي بظلالها على المؤسسات التي تعنى بهذه المسألة، وتتأثر أسر المعوقين (لبنانيين وفلسطينيين) إلى حد كبير جراء هذه الحالة التي تؤدي إلى تقليص التقديمات نتيجة لتخفيض الميزانية المخصصة لدعم احتياجات المعوقين. فعلى سبيل المثال فإن ميزانية دعم المشاغل المحمية للمعوقين اللبنانيين، بالرغم من أهميتها، لا تتجاوز 100 ألف دولار أمريكي سنوياً وفي أغلب الحالات، تنخفض إلى 75 ألف دولار، (مقابلة مع الأستاذ عبد شعبان المدير العام للمؤسسة الوطنية للاستخدام بتاريخ 2008/3/4)، مما يؤخر في توفير المواد اللازمة لعملية الإنتاج، التي تصل في أغلب الأحيان إلى التوقف عن العمل. كذلك الأمر في ما يتعلق بالتقديمات المخصصة للمعوقين الفلسطينيين،

إذ أن مساهمات أسر المعوقين التي تتراوح بين 10% و20% من قيمة التقديمات، تنعكس سلباً على مستوى المعيشة لأسر المعوقين التي تقع بين فكي كماشة الحاجة إلى الخدمة والحاجة إلى الأموال اللازمة لسد الحاجات المعيشية الأساسية. والمشكلة تكون معكوسة، أيضاً، على المؤسسة الداعمة، وتحديد الأونروا، التي ترتبط بميزانية محددة لا تستطيع تجاوزها. والتي في أغلب الأحيان تكون غير مستقرة، (مقابلة مع السيدة تغريد عواضة مديرة برنامج الإعاقة في الأونروا بتاريخ 2008/4/3)، وما يزيد المشكلة تعقيداً وتفاقماً، ضيق سوق العمل أمام المعوقين اللبنانيين، وإقفاله في وجه المعوقين الفلسطينيين، حيث يقومون بأعمال هامشية بسيطة داخل المخيمات. وهذا ما يزيد معدل الإعاقة على أسر المعوقين، من دون استثناء، وتتفاقم معها المشاكل الاجتماعية الأخرى. وعلى افتراض أن أسرة المعوق ميسورة، فإنها قد تصطدم بذهنية متخلفة، حيث تلجأ إلى إيداع جزء من مواردها المالية، لتأمين مستقبل المعوق الذي تقوم بإعالتة، وتحجم عن استخدام مواردها في تأهيله ودمجه في الحياة العامة، اعتقاداً منها أنها قامت بواجبها كاملاً.

إن هذا الاعتقاد يسيطر على ذهنية بعض الأسر التي ترى في المعوق، إنساناً ناقصاً لا يمكن إعادته إلى حالته الطبيعية، وأن القدر يريد له ذلك. وهذا الموقف تعرضت له السيدة أمل إبراهيم مديرة مؤسسة الهدى للإعاقة البصرية إذ تقول: "لقد تعرض والدي إلى ضغوط كثيرة من الأقارب للحوول دون متابعة دراستي ودخولي الجامعة الأميركية في بيروت منذ ثلاثين سنة، والإيعاز إليه بإدخال ما ينفقه على تعليمي، لحمايتي من الحاجة، وحتى لا أكون عالة على أحد في المستقبل، إلا أنه كان مصراً على تشجيعي على متابعة دراستي، بالرغم من الصعوبات في تلك الفترة بسبب عدم توافر التقنيات الموجودة حالياً، وكان يشجعني على الصمود وتجاوز الصعاب، في الدراسة وفي المجتمع، وبفضل هذا الموقف استطعت أن أتجاوز جميع المصاعب التي واجهتني، وتخرجت من الجامعة بإجازة في إدارة الأعمال، وأنا اليوم أدير مؤسسة منذ فترة طويلة وعلى علاقة متينة مع محيطي المهني والعائلي"، (مقابلة مع السيدة أمل إبراهيم مديرة مؤسسة الهدى للإعاقة البصرية التابعة لمؤسسات الرعاية الاجتماعية بتاريخ 2008/3/20)، قد ترافقت، في حالة أمل، الأوضاع

الاقتصادية الميسورة مع ذهنية متطورة ومنفتحة، أنقذتها من عزلة اجتماعية، وأعدت إليها ثقها بنفسها من خلال مشاركتها في الحياة العامة. ولا يتوافر هذا بسهولة لغالبية المعوقين. وهذا ما يؤكد أحد العاملين في مجال الإعاقة، إذ يقول "إننا نواجه مشكلة مزدوجة (اقتصادية وذهنية) مع أسر المعوقين. ففي الحالة الأولى يتهرب الأهل من أي مساهمة مالية نتيجة سوء أوضاعهم المادية، ونحن مقتنعون بذلك، في أغلب الحالات، وفي الثانية، يتهربون من تحمل المسؤولية في استقبال أولادهم بعد إتمامهم عملية التأهيل والتدريب ويلقونها على عاتق المؤسسة"، (مقابلة مع الأب بديع الحاج رئيس مستشفى بيت شباب بتاريخ 2008/3/10).

3- البيئة القانونية: يعود إصدار القوانين المتعلقة بالمعوقين اللبنانيين إلى مرحلة الإستقلال عام 1943، (القوانين والمراسيم التي صدرت لصالح المعوقين، مجموعة التشريع اللبناني المتخصصة بنشر المراسيم والقوانين)، حيث شملت مختلف أنواع الإعاقات، وفي ضوئها، زاد عدد المؤسسات التي تهتم برعاية المعوقين جسديا وعقليا وماديا، من خلال برامج صحية وتربوية ومهنية. وقد هدفت هذه القوانين إلى تعزيز قدرات المعوقين، وخلق فرص اقتصادية واجتماعية جديدة أمامهم، تمكنهم من الإعتماد على ذاتهم وتعيد الثقة إلى نفوسهم من جهة، وإلى الإلتزام بتنفيذها من جهة أخرى، باعتبارها ملزمة أكثر من السياسات لجهة ضمان حقوق المعوقين. ويعتبر القانون رقم 2000/220 الذي تتوافق أحكامه مع المعايير الدولية، وينسجم مع الإتفاقيات الدولية المتعلقة بالإعاقة، من أهم القوانين، إذ يحتوي على ما يزيد على 100 مادة تتناول أوضاع المعوقين، سواء من حيث التشغيل في القطاعين العام والخاص، أو من حيث تهيئة البيئات المناسبة للدمج (بيئة هندسية، لوجستية، وسائل نقل، تعديل شروط الوظيفة العامة...).

يشكل القانون على المستوى النظري حالة متقدمة، في تهيئة الظروف المناسبة لدمج المعوقين في الحياة العامة، إلا أن الأهمية تكمن، في وضع آلية حقيقية وجادة للتنفيذ. من هنا، فإن السؤال يصبح مشروعا وملحا حول التغييرات التي أحدثتها القانون على مستوى التطبيق.

في الواقع، إن النتائج أنت مخيبة للأمل، خاصة بعد مرور حوالي ثماني سنوات على إقراره، إذ ما زالت نسبة عالية من المعوقين (86% تقريبا) خارج إطار العملية الإنتاجية، حسب بيانات وزارة الشؤون الاجتماعية من برنامج تأمين حقوق المعوقين، الذي يعتمد على بطاقات الإعاقة التي تمنحها الوزارة إلى المعوق. ولهذا فقد وصفه البعض بأنه "قانون مثالي لمجتمع يحمل أبنائه ذهنية متخلفة بالنظر إلى الإعاقة والمعوقين". إننا، في الوقت الذي نميل فيه إلى التوافق مع هذا الرأي، نسجل الملاحظات الآتية:

أ- الحكم المسبق من قبل أصحاب العمل على عدم قدرة المعوقين على الإنتاج، وارتفاع التكاليف اللوجستية المطلوبة لتشغيلهم، وأن عملية التشغيل هذه، تفرض عليهم بالغضب والإكراه. ويبيدي أحد المسؤولين في قطاع الإعاقة قلقا بالغا من هذا الموقف حينما يعلن انسحابه من أحد الاجتماعات المخصصة للتنسيق بين مندوبين عن المعوقين وممثلين عن أصحاب العمل في المكتب الإقليمي لمنظمة العمل الدولية في بيروت حينما قال "اضطرت إلى الانسحاب من الاجتماع عندما وجدت أن كلا الطرفين غير قادر على إيصال صوته إلى الآخر بصورة واضحة وغير مفروضة، فأصحاب العمل يعتبرون أن المعوقين فرضوا عليهم غصبا بموجب القانون"، (قاسم صباح، 2002)، مما يدل على عدم تقبل أرباب العمل لفكرة مناقشة موضوع تشغيل المعوقين.

ب- لقد طاولت مفاعيل القانون 20% من المؤسسات الإنتاجية، حينما حدد تشغيل نسبة 3% من المعوقين في المؤسسات التي يزيد عدد العمال فيها على 60 عاملا، وعامل واحد في المؤسسات التي يتراوح عدد العمال فيها بين 30 و60 عاملا، علما أن 80% من المؤسسات الإنتاجية يقل عدد العمال فيها عن 20 عاملا.

ج- إعطاء فرصة لأصحاب العمل بالتهرب من تشغيل المعوقين، بدفع غرامة لا تتجاوز 400 دولار أمريكي، عن كل معوق ملزمة بتشغيله.

د- لجوء بعض أصحاب العمل إلى الإستفادة من حوافز تشغيل المعوقين، إذ يقدمون على استخدام بطاقة المعوق للإستفادة من الحسومات الضريبية، مقابل الإشتراط عليه أن يبقى في منزله لقاء أجر زهيد يرسل إليه في نهاية كل شهر، (مقابلة مع الأب بديع الحاج رئيس مستشفى بيت شباب بتاريخ 2008/3/10).

هـ- عدم إلتزام القطاع العام بأحكام القانون، رغم من أن الفقرة ج من مقدمة الدستور، تلزم الدولة بتطبيق مبدأ المساواة بين جميع المواطنين، دون تمييز أو تفضيل، فإن معظم الإدارات العامة لم تلتزم بأحكام القانون المتعلق بالمعوقين. فعلى مستوى التشغيل، اقتصر الإلتزام على قلة من المؤسسات المستقلة، أبرزها مؤسسة كهرباء لبنان التي يعمل فيها حوالي 100 معوق بمبادرة شخصية من الوزير المرحوم إيلي حبيقة في أوائل عام 2000، (مقابلة مع السيدة كورين عازار مديرة مركز الكفاءات في وزارة الشؤون الاجتماعية بتاريخ 2008/2/1). أما المجلس النيابي، الذي أقر هذا القانون فلا يعمل فيه سوى موظف واحد من أصل ثلاث مئة موظف، (مقابلة مع رئيس شؤون الموظفين في مجلس النواب اللبناني بتاريخ بتاريخ 2008/3/2). وينسحب هذا الوضع على باقي إدارات الدولة بنسب متفاوتة في الإنخفاض. كما أن الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لم يلتزم بتطبيق القانون لا من حيث التشغيل ولا من ناحية عدم منح براءة ذمة إلى المؤسسات التي لا تلتزم بتطبيقه.

د- إن الغرامة التي فرضها القانون على أصحاب العمل غير الملتزمين بتطبيقه، والمخصصة لصندوق بطالة المعوقين، ما زالت موضع خلاف بين وزارتي المالية والعمل، بحجة عدم توافر الإعتمادات اللازمة. كما أن بطاقة المعوق التي أصدرتها وزارة الشؤون الاجتماعية، بناء على القانون، لم يحصل عليها سوى 62886 معوقاً، أي بنسبة 41% من مجموع المعوقين الذين قدرت نسبتهم بحوالي 4.3% من مجموع السكان المقيمين على الأراضي اللبنانية، باستثناء المخيمات، (وزارة الشؤون الاجتماعية، برنامج تأمين حقوق المعوقين، جامعة الدول العربية، 2004)، إلا أن هذه البطاقة لم تعط حاملها أية تسهيلات، خاصة على مستوى الرعاية الصحية، فالمستشفيات لا تتقيد بها وبالتالي على صاحبها القيام بالإجراءات التي يقوم بها أي فرد عادي.

أمام هذا الواقع، لا بد من التساؤل، ماذا استفاد المعوقون من هذا القانون؟

بالرغم من أن القانون لم يتبنّ وضع إطار شامل لحل قضية المعوقين، ضمن خطة زمنية واضحة، وبالتالي، لم يساهم في إزالة الحواجز من أمام المعوقين لدمجهم في الحياة العامة. وخاصة أنه تبنى مقاربة تنموية، بتخطيه البعد الطبي، إلى البعد الاجتماعي التنموي الذي يهدف إلى إشراك فئة واسعة من المعوقين المهمشين في عملية الإنتاج، إضافة إلى ما يمكن أن يحدثه من تغييرات في أذهان أولئك الذين يرون في المعوقين أنهم فئة لا رجاء منها على مستوى المشاركة في الحياة العامة. إلا أنه للأسف لم يعط المعوقين فرصة إثبات وجودهم وتأكيد قدراتهم بالشكل المطلوب. وما زالت القوى الضاغطة التي تأخذ على عاتقها الدفاع عن حقوق المعوقين، مثل إتحاد المقعدين اللبنانيين، إتحاد جمعيات المكفوفين، هيئة الإعاقة الفلسطينية، تناضل من أجل تطبيق القوانين التي أقرت سابقاً. ويمكننا القول في هذا السياق، أنه مهما تعددت النصوص القانونية، فلا تشكل وحدها حافزاً لتعزيز مفهوم الشراكة والتنوع في الحياة العامة، بقدر ما يتطلب وعياً ونضوجاً لدى مختلف فئات المجتمع.

على المستوى الفلسطيني: إذا كان الاهتمام بقضية المعوقين قد بدأ منذ عقد من الزمن تقريباً، على المستوى المؤسسي، فذلك يعود، في تقديرنا، إلى تزامن الأولويات على الساحة الفلسطينية. وإذا كان العمل، حول قضية المعوقين، قد بدأ مع ولادة هيئة الإعاقة الفلسطينية عام 1997، إلا أن التوجهات لهذا العمل قد بدأت قبل ذلك، حينما قدمت إحدى المكفوفات الفلسطينيات في العام 1994 فكرتها حول دمج التلاميذ المكفوفين في المدارس. وقد تبنت الأونروا بالتعاون مع مؤسسات المجتمع المحلي (مؤسسة غسان كنفاني، أبو جهاد الوزير، المساعدات الشعبية النرويجية...)، هذه الفكرة وطبقتها في ثلاث مدارس في لبنان وبدأت بتطويرها حتى أصبحت مشروعاً متكاملًا ينسحب على مختلف أنواع الإعاقات، لاسيما الحركية والبصرية والسمعية. (تقرير عن المؤتمر الإقليمي للمكفوفين، 2003).

تعتبر هيئة الإعاقة الفلسطينية، التي تأسست في العام 1997 بدعم من الأنروا وجمعية المساعدات الشعبية النروجية، الجهة التي تنطلق منها آلية العمل تجاه المعوقين، من خلال برامج يتم تنسيقها مع باقي المؤسسات المحلية، التي تعمل في شأن الإعاقة الفلسطينية، لقد بدأت الهيئة عملها، بوضع برنامج تعليم المعوقين ودمجهم في المدارس، من خلال آلية عمل توزعت على عدة اتجاهات:

أ- إجراء مسح شامل للإعاقات في المخيمات والتجمعات الفلسطينية كافة، موزعة على فئات النوع والعمر ونوع الإعاقة وأسبابها. وقد بلغ مجموع الإعاقات في العام 2000 حوالي 2888 إعاقة موزعة على الشكل التالي: 63.8% ذكور و36.2% إناث، وبنسبة 16.3% إعاقات حرب، أما نسبة العاملين فقد بلغت 22.7% (عمل منزلي أو هامشي) وفي آخر إحصاء في العام 2003 وصل العدد إلى 4000 معوق أي بنسبة 2.3% من مجموع الفلسطينيين المقيمين في لبنان والذين قدر عددهم بحوالي 250 ألفاً،
(Coordination forum for NGOs Working in the disability field, 2000).

ب- تدريب فريق عمل من باحثين اجتماعيين واختصاصيين للعمل مع المعوقين في المدارس والتواصل مع أسرهم في مختلف المخيمات والتجمعات الفلسطينية، للإطلاع على أحوالهم المعيشية وحالات الإعاقة لديهم، والبدء بمشروع إصدار بطاقة المعوق، (مقابلة مع السيدة تغريد عواضة مديرة برنامج الإعاقة في الأنروا بتاريخ 2008/4/3).

صحيح أن مشروع الدمج ما زال في بداياته، إلا أن هيئة الإعاقة الفلسطينية بالتنسيق مع باقي المؤسسات المعنية، مصممة على تحقيق الأهداف، ولا تقدم على أية خطوة إلا بعد دراسات مستفيضة. وكأنها تستفيد من التجربة اللبنانية في هذا المجال. وقد تبين لنا هذا الأمر من خلال الدراسة الميدانية والمقابلات التي أجريت مع المختصين في بعض المدارس التابعة للأنروا وفي بعض المؤسسات في مخيم عين الحلوة.

إن اللقاء الذي تم في مدرسة بيسان مع فريق العمل المتخصص (ثلاث مربيات داعمات إضافة إلى المنسقة)، (مقابلة جماعية مع السيدات مها أبو النعاج منسقة برنامج الدمج التربوي، والمربيات الداعمات في مدرسة بيسان: منال نوفل، دلال عامر وسارة الخطيب بتاريخ 2008/4/8). نستخلص منه النتائج التالية:

أ- تخصيص مكتب داخل المدرسة لفريق العمل حتى يبقى على تواصل دائم مع المعوقين الذين لا يتجاوز عددهم الستة.

ب- معرفة التلميذ المعوق بالمرجعية التي يلجأ إليها عند الحاجة، والتي هي على تماس معه.

ج- التنسيق عن قرب مع الجسم التعليمي والإدارة للتدخل عند حصول أي مشكلة مع أحد المعوقين.

د- توافر التجهيزات اللوجستية التي يستخدمها المعوقون ولا سيما المكفوفون (كومبيوتر ناطق، آلة كاتبة ذات أحرف نافرة (بريل)، أوراق خاصة....).

هـ- العمل على إبقاء صفوف المصابين بإعاقات حركية في الطابق الأرضي، ريثما يتم تجهيز مصعد في المدرسة. بالمقارنة، حينما طلبت إحدى الطالبات المعوقات حركيا، في إحدى المدارس الرسمية التابعة لوزارة التربية الوطنية من مديرة المدرسة لنقل صفها إلى الطابق الأرضي لعدم تمكنها من الصعود يوميا إلى الطابق الثالث، لم تكثر لها، ولم تجبها بالنفي أو القبول، (مجلة واو، 2007).

إن المشكلة هنا، ليست في عدم الإكتراث لطلب الطالبة، بتغيير صفها، وربما يحول دون ذلك موانع تتخطى قدرة الإدارة، إنما في طريقة التعاطي مع المعوق، وكأنه غير موجود. وهذا ما ينعكس سلبا على الطالبة وشعورها بالغبن والدونية. إلا أن موقفا معاكسا، ما شهدناه في طريقة التعاطي مع الطلاب الفلسطينيين المعوقين في مدارس الأونروا، حيث أبدى الطلاب المعنيين ارتياحا كبيرا من قبل الجهاز المعني بمواكبتهم. وفي هذا السياق تقول الطالبة الكفيفة هدى: "كنت في البداية،

أعيش في عزلة وأخاف كثيرا، إنما حاليا، توطدت علاقتي مع زميلاتي، وشعرت بالارتياح التام بعدما وجدت أن هناك من يتابعني ويقدم لي كل الدعم المادي والمعنوي، فما علي إلا أن أواظب على دراستي، وأشعر بالارتياح مع المدربات اللواتي يتابعن أوضاعي مع زملائي في المدرسة وفي المنزل، فلم أعد أخاف من المستقبل وسوف أتخصص في الجامعة في اللغة العربية والدراسات الإسلامية، (مقابلة مع التلميذة هدى (كفيلة) في مدرسة بيسان بعين الحلوة، الصف الأول ثانوي بتاريخ 2008/4/8).

4- البيئة الهندسية: يهدف تأهيل البيئة الهندسية إلى تيسير وصول المعوقين إلى الأماكن التي يقصدونها من دون أية عوائق (المادة 33 من قانون 2000/220). وهذا ما يستدعي تصميم الأماكن والمؤسسات العامة، وتجهيزها بالمواد اللازمة لاستقبالهم، وقد بينت الدراسة الميدانية توافقا تاما بين المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين حول ضرورة تجهيز المؤسسات العامة، لتمكين المعوقين من الوصول إليها بسهولة تامة لإنجاز معاملاتهم الخاصة بأنفسهم. نظرا للصعوبات التي يواجهونها في صالات الانتظار أو في أماكن المرور.

5- المرافق العامة: يعنى بها الملاعب والساحات العامة والطرق والأرصعة ومواقف السيارات، الإشارات الخاصة، وسائل النقل.... وتزويد هذه الأماكن بإشارات خاصة بالمعوقين لإرشادهم إلى الأماكن التي تسهل عليهم التنقل. وقد يتشارك المعوقون اللبنانيون والفلسطينيون المشاكل الناجمة عن عدم تأهيل معظم الأماكن العامة والخاصة التي يقصدونها. إذ أن معظم هذه الأماكن، لا تتوافر فيها الحدود الدنيا من التجهيزات الخاصة. وإذا كانت الدول المتقدمة التي تتخفف فيها معدلات الإعاقة تزدهم فيها الإشارات المخصصة للمعوقين، نجد أن الدول المتخلفة، ومن ضمنها لبنان، التي ترتفع فيها معدلات الإعاقة، تكاد أن تخلو منها هذه الإشارات، مما يدل بشكل واضح على عدم تجهيز المرافق بالوسائل اللازمة للمعوقين. وإذا كان القانون لم يلحظ تجهيز الطرقات، إلا أن ما أتى على ذكره، لم يبصر النور، وباتت القرارات حبرا على ورق. أما في ما يتعلق بالمعوقين

الفلسطينيين فإن المشكلة تزداد تفاقمًا داخل المخيمات التي لا تكاد أزقتها تتسع لمرور شخصين من المشاة، فكيف الحال بالنسبة إلى تنقل المعوقين؟ "إنني أرغب في العمل بالرغم من وضعي (كفيف)، إلا أنني أخشى الضياع في زواريب المخيم ولا أستطيع العودة وهذا ما حصل معي عدة مرات"، (مقابلة مع مصطفى ميناوي، أحد أعضاء المجموعة المركزة في مخيم برج البراجنة بتاريخ 2008/3/10).

6- المدارس والجامعات: لقد تبين من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت على عشر مدارس رسمية وخاصة في بيروت، أن جميعها غير مجهزة لاستقبال حالات الإعاقة، (المدخل، الملعب، المراحيض، المصعد...)، علما أن بعضها يستقبل حالات مختلفة من الإعاقات. ففي ثانوية بيروت الحديثة في بئر حسن يوجد 36 طالبا وطالبة في المدرسة مصابون بإعاقات مختلفة، (مقابلة مع الناظرة زينب عثمان في ثانوية بيروت الحديثة بتاريخ 2008/3/15)، وفي الوقت ذاته لا تحتوي على أية تجهيزات لذوي الإحتياجات الخاصة، علما أن معظم هذه المدارس قد تم بناؤها حديثا بعد صدور القانون، (يقوم إتحاد المقعدين اللبنانيين حاليا باتصالات مع وزير التربية الوطنية لتجهيز عشر مدارس رسمية ومهنية. مقابلة مع السيدة سيلفانا اللقيس رئيس إتحاد المقعدين اللبنانيين بتاريخ 2008/3/3). وإذا كانت الحجة في ارتفاع تكاليف هذه التجهيزات، فإن الدراسات التي أجريت تدحض هذه الحجة، فحسب تقرير إتحاد المقعدين اللبنانيين حول التقدم نحو بيئة مؤهلة لاستقبال المعوقين فإن الكلفة الإضافية للمدرسة، والتي تشمل المنحدرات، مراحيض خاصة عدد 3، ورافعات للكراسي المتحركة تعادل ما نسبته 2.7% من الكلفة الإجمالية لبناء المدرسة، وأن تكلفة جميع المدارس الرسمية في لبنان، لا تتجاوز 25 مليون دولار أمريكي. كما يمكن إجراء بعض الإضافات على المباني القديمة مثل المنحدرات الخشبية أو الألمنيوم أو الإسمنت ومساحات للسيارات، ووضع إشارات خاصة بالمعوقين في تلك الأماكن. أما المدارس التابعة للأونروا، فإنه يتم تجهيزها تدريجيا تبعا للميزانية المخصصة، إلا أن التجهيزات اللوجستية التي ترتبط بحاجات التلاميذ فهي متوافرة بشكل مستمر. أما فيما يتصل بالمباني الجامعية فإن التأهيل طويل، فقط، المبنى

الجامعي في الحدث الذي يستفيد من خدماته اللبنانيون والفلسطينيون على حد سواء. أما مباني كليات الجامعة اللبنانية الباقية فهي عبارة عن مبان سكنية تفتقر إلى أبسط التجهيزات التي يحتاجها الأسوياء، فكيف الحال بذوي الحاجات الخاصة؟

7- المؤسسات الحكومية: إن المباني الحكومية التي تم بناؤها بعد صدور القانون، كمبنى وزارة التربية الوطنية في محلة الاونسكو لم يأخذ في الاعتبار التأهيل الهندسي للمعوقين، أما المباني الأخرى التي بمعظمها كانت معدة للسكن، فلا تستوفي الحدود الدنيا من شروط التجهيزات الهندسية الخاصة. وإذا وجدت بعض الأبواب التي تفتح تلقائياً أو بعض المنحدرات، فلم تكن موجهة إلى خدمة المعوقين، بل يستفيد منها عامة الناس، ولا سيما عربات الأطفال.

8- الأماكن الترفيهية: من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت على مجموعة من الفنادق والمطاعم ودور السينما والملاعب الرياضية ومدن الألعاب، تبين أن التجهيزات الموجودة لا تتجاوز بعض المنحدرات والأبواب التي تفتح تلقائياً، والتي بالأصل يمكن أن تكون مخصصة لعربات الأطفال، كما أشرنا سابقاً، في غياب كامل للتجهيزات الداخلية أو بعض آلات اللعب المخصصة للمعوقين.

9- تأهيل المنازل: إن مقارنة تأهيل منازل المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين تبدو متباعدة جداً، ففي حين أن المنازل التي يقطنها معوقون لبنانيون لم يتم تجهيزها إطلاقاً، ولم تلحظها القوانين والمراسيم التي صدرت، نجد في المقابل، أن نسبة لا بأس بها من منازل الفلسطينيين مؤهلة، إذ تقدر بحوالي 400 منزل، موزعة على مختلف المخيمات. وحالياً يجري إعداد خطة شاملة لتجهيز منازل مخيم نهر البارد عند البدء بعملية إعادة الإعمار، (مقابلة مع السيد قاسم صباغ منسق هيئة الإعاقة الفلسطينية بتاريخ 2008/2/18)، (مقابلة مع السيد قاسم صباغ منسق هيئة الإعاقة الفلسطينية بتاريخ 2008/2/18). وربما يعود ذلك إلى سهولة التعديلات في منازل المخيمات، نتيجة لطبيعة المباني، فهي بمعظمها تتكون من طابق أو إثنين على الأكثر.

لقد بينت الدراسة الميدانية مع المجموعات المركزة في مخيم برج البراجنة، الإعتراضات الواسعة على تجهيز المنازل، التي تقتصر على بعض الحواجز، وعلى مسكات في بعض المراحيض، وفوق المغاسل. ويقول أبو جورج (بتر ساق، 70 سنة، خمسة أولاد)، "إن تجهيز الحمام، وحاجز السلم حتى الطابق الثاني، مكان إقامته، قد جهزهما على نفقته الخاصة من دون أية مساعدة من أحد، بالرغم من حالته المادية المتعثرة..."، ويضيف منتقدا المؤسسات الداعمة "الأونروا كلما راجعناها بطلب يقولوا ما في موازنة، وحتى أستطيع تأمين الدواء أجبرت إبنى على ترك المدرسة ليتحول إلى العمل حتى أستطيع تأمين رغيف الخبز". ويشاطره في الرأي، يوسف سحميني (بتر ساقيه، متزوج، 4 أولاد)، بقوله "لقد تعودت على صعود الدرج إلى الطابق الأول، ولم يتم تجهيز منزلي بالرغم من مطالبتي المتكررة". أما جمانة، (أم لولدين مصابين بالشلل)، فقد أعلنت أن ما تم تجهيزه في منزلها لا يفي بالغرض "أنا أرفع الأولاد إلى كرسي الحمام، ولم أعد أقوى على حملهما... وأسعى لتأمين منزل أرضي.. فهما يبكيان باستمرار لرغبتهما في الخروج إلى الشارع، وأنا لا أقوى على ذلك، ودائما يقع الخلاف بيني وبينهم.. والحل بالهجرة إلى دولة أجنبية تهتم بهم، لأنني قرفانة الحياة والمخيم". وهذا ما ينطبق أيضا على حالة منال فران (أم لإبنة مصابة بالشلل) حيث تقول: "ما تم تجهيزه حمام المنزل فقط، والمشكلة في الأبواب، وصعوبة الدخول والخروج إلى الغرف، حيث أضطر إلى حملها وهي سمينة لا أقوى على حملها... ونتيجة لذلك منذ عيد الفطر (أي منذ أكثر من ستة أشهر) لم تخرج من المنزل"، (مقابلة جماعية مع المجموعة المركزة في مخيم برج البراجنة بتاريخ 2008/3/10).

نلاحظ، من خلال هذه الشهادات، صعوبة الوضع الذي يواجهه المعوقون وأسره داخل المخيمات الفلسطينية التي هي أقرب إلى العزل، وخاصة أن المخيم يتميز بكثافة سكانية عالية، وأزقة ضيقة، وعدم وجود بنى تحتية كافية، مما يزيد في تعقيدات البنية الاجتماعية التي يعيشها المعوقون.

10- البيئة الصحية: لما كانت الصلة بين المرض والإعاقة وثيقة جداً، إذ كثيراً ما تشكل مصدراً للإعاقة، إضافة إلى الحروب والنزاعات المسلحة التي تسفر عن أعداد كبيرة من المبتورين والمشوهين، يصبح من الأهمية بمكان إعطاء هذه الناحية أولوية على ما عداها. ولقد شكل تقدم الرعاية الاجتماعية إسهامات كبيرة في إثبات أهمية العمل الاجتماعي - الطبي في ميدان تأهيل المعوقين حسياً وعقلياً وبدنياً، فإذا ما ترك المعوق من دون رعاية طبية سوف يكون عرضة للتخلف عن الآخرين وقد يلجأ إلى أساليب سلوكية تجعل منه عبئاً على المجتمع وعالة عليه، خاصة في الأرياف إذ كثير من المعوقين لا يستفيدون من الخدمات الطبية بسبب الجهل أو عدم الإقتناع بجدوى المعالجة فيبقون في غرف مغلقة عبئاً على أسرهم وعلى مجتمعهم. وما يزيد المشكلة تعقيداً في العناية الطبية تعدد أنواع الإعاقات، بحيث أن بعضها يستلزم عناية خاصة وأجهزة خاصة وفريق عمل متخصص. وهذا ما تفتقر إليه معظم المستشفيات والمراكز الصحية.

إن الحديث عن تأهيل قدرات المعوقين الجسدية والنفسية، يقتضي التطرق إلى السياسة الصحية في لبنان، إذ تشكل الفاتورة الصحية هماً يعيشه المواطنون يومياً، حيث يعتمد اللبنانيون في تغطية النفقات الصحية على ثلاث مؤسسات أساسية:

أ- شركات التأمين الخاصة، التي تنحصر تقديماتها، في أقلية من الفئات الميسورة، نظراً، لارتفاع تكاليف الإشتراك.

ب- المؤسسات الضامنة لموظفي القطاعين العام والخاص والمؤسسات المستقلة، والموزعة بين تقديمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وتعاونية الموظفين، والقوى الأمنية.

ت- وزارة الصحة العامة التي يستفيد من تقديماتها، جميع المواطنين اللبنانيين الذين لا يخضعون للفئتين الأنفتي الذكر الذين يشكلون الأكثرية الساحقة من اللبنانيين، ويصنفون في أدنى مستويات السلم الاقتصادي- الاجتماعي، ويندرج المعوقون ضمن هذه الفئة، معتمدين على البطاقة التي منحهم إياها

وزارة الشؤون الاجتماعية والتي تثبت إعاقته. إلا أن الإستفادة من هذه التقديمات تخضع إلى إجراءات إدارية معقدة، وإلى مزاجية المسؤولين في المراكز الصحية، وبشكل أساسي إلى ميزانية وزارة الصحة التي غالباً ما تقع تحت عجز دائم، مما يدفع بالمستفيدين، تحت وطأة الحاجة، إلى اللجوء لدى المرجعيات السياسية أو الحزبية للتدخل للحصول على الموافقة على طلب الاستشفاء.

وفي حين أن المواد من 27 إلى 32 من القانون 2000/220 تنص على حق المعوق في الرعاية الطبية وإعادة التأهيل وخدمات الدعم مجاناً في مختلف المستشفيات والمراكز الصحية العامة والخاصة، إلا أن الوقائع الميدانية والشهادات التي أدلت بها الأكثرية الساحقة من أفراد العينة الذين جرت مقابلتهم من المعوقين عكست صورة قاتمة ومؤلمة عن المعاناة التي يمر بها المعوق عند محاولته الحصول على العناية الطبية، خاصة في ظل ارتفاع تكلفة الفاتورة الإستشفائية. وبالتالي فإن حاملي البطاقة الصحية يستفيدون من الخدمات الطبية نظرياً فقط، فقد أعلن 90% من المعوقين الذين جرت مقابلتهم، أن بطاقة المعوق ليس لها أي منفعة، خاصة على المستوى الصحي. فالمعوق يذهب إلى المستشفى ويبرز البطاقة إلى الإدارة المختصة، التي تطلب منه تغطية من وزارة الصحة، وتعطيه الأخيرة الموافقة على التغطية بنسبة 85% كغيره من المواطنين إذا توافرت الإعتمادات المخصصة لذلك. ويعتبر المعوق موسى ظاهر "أن دخول المعوق إلى أي مستشفى أو مركز علاجي، إذا كان على حساب وزارة الصحة يخضع لأمزجة المسؤولين عن هذه المؤسسات الصحية". وإذا كان مزوداً ببطاقة صحية يقول: "إن البطاقة التي بحوزتي لم تنفعني، وليس لها قيمة، فأنا بحاجة ماسة إلى علاج فيزيائي مكثف لكي أتمكن من المشي، وعندما عرفت إدارة المركز الذي قصدته بأنني سوف أعالج على حساب وزارة الصحة رفضوا طلبي بحجة أنه لا يوجد محل، وعندما طلبت المعالجة على حسابي فتحت لي كل الأبواب، فماذا فعلت لي البطاقة؟ وأين حقوق المعوق في هذا البلد؟ وبما أنني فقير الحال ولا أملك الأموال الضرورية لأدفع

تكاليف العلاج، فإنني انتظر رحمة الله وشفقة المسؤولين عن المركز العلاجي الذي قصده، وهو المركز الوحيد المخصص لمعالجتي، ولا أعلم متى ستوافق إدارة المركز على قبولي"، (صحيفة اللواء بتاريخ 2007/5/30).

أما في الجانب الفلسطيني، فإن المشكلة الصحية تبدو أعمق وأكثر حدة. ويعود ذلك في تقديرنا إلى العوامل الآتية:

- أ- الحالة الاقتصادية المتردية التي يتأثر بها الفلسطينيون وضيق سوق العمل أمامهم.
- ب- محدودية ميزانية المؤسسات والجمعيات الأهلية التي تعنى بالتقديمت الصحية، لا سيما الأونروا.
- ت- عدم الإستقرار الذي تعيشه المخيمات والذي يؤثر سلبا في النشاط الاقتصادي.
- ث- عدم تجهيز المستشفيات والمراكز الصحية بالتجهيزات البشرية واللوجستية لمعالجة مختلف الحالات الصحية.
- ج- تقلص المساعدات التي تقدمها السلطة الفلسطينية ومنظمة التحرير الفلسطينية، جراء سياسة التقشف التي تفرضها سلطات الاحتلال.
- ح- المساهمة التي تفرضها الأونروا على المعوقين المستفيدين من التقديمت الطبية التي تتراوح بين 10% للأسر الفقيرة و20% للأسر الميسورة، (مقابلة مع السيدة تغريد عواضة، مصدر سبق ذكره)، مع الإشارة إلى صعوبة إيجاد عائلات ميسورة داخل المخيمات.

إن تردي الأوضاع الصحية تعكسها آراء المجموعات المركزة في مخيمي برج البراجنة وعين الحلوة. ويشير أبو جورج من مخيم برج البراجنة إلى الحالة الصحية المتردية التي يعيشها المعوقون وأسرهم في المخيم بقوله: "يلزمني دواء بقيمة 45 دولارا شهريا، نذهب إلى الأونرو فيأتينا الجواب لا يوجد ميزانية، وإذا حكينا لا أحد يسمعنا، طلب مني "الدكتور" جلسات ليزر، تكلفتها 300 دولار، بعد

الإتصال بالأونروا، أيضاً، لا يوجد ميزانية، طلب الطبيب تغيير الطرف، بعد التوسط طلبوا مني أن أدفع 150 دولاراً، وأنا لا أستطيع ... ننتظر حتى نعمل "ضبة" من "الجامع"، ويضيف أبو جورج "إذا كان لك قرابة في الأونروا يضبط وضعك وإلا لا تحصل على شيء، يقولون لي عندك ولد أعزب هو يعمل ويؤمن لك ما تريد ... فليس لنا معين سوى الله سبحانه".

يعتقد، للوهلة الأولى، أن هناك بعض المبالغة في كلام السيد أبو جورج، نتيجة للحالة النفسية الضاغطة التي يمر بها، فسلم أمره إلى ربه، في الحصول على الدعم لأنه لا يستطيع الإعتماد على عمل ولده باستمرار، فالأخير بحاجة الى تأمين مستقبله. وهنا تتبين حالة اليأس التي وصل إليها أبو جورج، والتي تشكل نموذجاً عن المعاناة التي يعيشها المعوقون الفلسطينيون. وما يعزز هذا الرأي موقف آخر ربما يكون أصعب من سابقه حينما يتحدث السيد مصطفى ميناوي، (كفيف ويخضع لغسيل كلى مرتين في الأسبوع) عن معاناته في تلقّي العلاج: "إنني أذهب إلى صيدا، مستشفى الهمشري، مرتين في الأسبوع، وصحيح أن الغسيل مجاني هناك، لكن عليّ أن أدفع مبلغ 50 دولاراً في كل جلسة بدل إبرة وطعم، إضافة إلى أجرة الطريق، والمعاناة التي أواجهها للوصول إلى المستشفى والعودة منه، لأن المستشفيات الفلسطينية في بيروت غير مجهزة، والمستشفى الحكومي اللبناني تكلف الجلسة 100 دولار، أما الأدوية فلها حكايات وهموم تكاد لا تنسى، نذهب إلى الأونروا لجلب الدواء، فإما أن يعطونا أدوية لا تنفع ولا تضر أو يقولون لنا غير موجود، 3/4 أدوية الأنروا غير نافعة، وأكثر من ذلك، يطلبون منا إعادة فراغات الإبر وأغلبها تتكسر". وتعترف السيدة بسمة عنتر مديرة مؤسسة الكرامة للمعوقين، في التقصير عن تلبية كل الاحتياجات الصحية والخدماتية للمعوقين بقولها "إن الحاجات كبيرة ومتشعبة والإمكانيات ضئيلة وإلى تراجع، لذلك لا يمكننا وضع خطة ثابتة للتقديمات لكي نتبعها، وهذا ما لا يعرفه المعوق، ولديه الحق، إذ أن تأمين حاجاته ليست مسؤوليته، وعلينا أن نسعى باستمرار لتلبية معظم الحاجات حسب الأولوية"، (مقابلة مع السيدة بسمة عنتر مديرة مؤسسة الكرامة للمعوقين الفلسطينيين في مخيم عين الحلوة بتاريخ 7 / 4 / 2008).

11- البيئة التعليمية والتأهيلية: تعتبر الجمعيات والمؤسسات الرعائية التي تهتم بقضية الإعاقة، على المستويين اللبناني والفلسطيني والتي تنتشر في مختلف المناطق اللبنانية والمخيمات الفلسطينية، المصدر الأساسي للعملية التعليمية والتأهيلية.

ففي لبنان، تدرج نشاطات المؤسسات التعليمية والتأهيلية في ثلاث فئات: التعليم، التدريب أو الإثنين معاً. إلا أنها، في الحالات الثلاث، تختلف من حيث إمكانياتها، وقدرة استيعابها كما ونوعاً، (على سبيل المثال، تستقبل مؤسسات الرعاية الاجتماعية المعوقين والسويين من عمر يوم وحتى عمر 25، بنظامين داخلي وخارجي، تعليماً وتدريباً. أما مستشفى بيت شباب للمعوقين فلا يستقبل إلا حالات الإعاقة الجسدية ابتداءً من عمر الثالثة عشر.)، (مقابلة مع السيدة ليال اليمين مديرة مؤسسة الرعاية الاجتماعية - التنمية الفكرية بتاريخ 2008/3/15)، وتتميز هذه المؤسسات بمرونة مناهجها، فهي إلى جانب اعتمادها المنهاج المخصص من قبل وزارة التربية الوطنية، تلجأ إلى الإستعانة بخبراء واختصاصيين من مؤسسات عالمية، للإستفادة من التطورات التقانية التي تحصل على الصعيد العالمي واستخدامها في التعليم، هذا ما لايتوافر في المؤسسات التعليمية الرسمية أو الخاصة التي نادراً ما تستقبل طلاباً معوقين. ولهذا لم تتحقق عملية الدمج وتصبح العملية التعليمية أقرب إلى العزل، مما يترتب عليه مضاعفات كبيرة. وهذا ما أوضحتها الدراسة الميدانية التي بينت أن عدد الطلاب المعوقين في عشر مدارس في مدينة بيروت وضاحيتها الجنوبية لم يتجاوز 60 طالباً، أي بنسبة أقل من 1% من مجموع الطلاب، كما بينت الدراسة أن ثانويتي التراث وبيروت الحديثة سجلتا أعلى نسبة في استقبال الطلاب المعوقين، 9% و 5% على التوالي في حين أن النسبة في المدارس الأخرى تراوحت بين 0% و 0.5%.

إلا أنه من الملفت للنظر، أن جميع هذه المدارس، وبالرغم أن بعضها تم بناؤه حديثاً، في العام 2003، أي بعد صدور القانون الذي يلزم باتباع التنظيم الهندسي لدمج المعوقين، لم تتوافر فيها أي من التجهيزات الهندسية التي لحظها القانون. إضافة إلى افتقار هذه المدارس إلى الكادر المتخصص في تعليم ذوي الحاجات

الخاصة وتوجيههم، ونكتفي بتخصيص مدرّسة للقيام بعملية التوجيه والإرشاد لجميع الطلاب، وتتفرد ثانوية التراث بإقامة ورش عمل لأهالي الطلاب المعوقين بواسطة أخصائيين. (مقابلة مع مدير ثانوية التراث بتاريخ 2008/4/2).

إن أسر الطلاب المعوقين، خاصة الميسورة، ترى نفسها في حيرة من أمرها، فهي لا تريد أن ترسل أبناءها إلى مؤسسات الرعاية الخاصة بالإعاقة، خوفاً من عزلهم عن المجتمع، وفي الوقت نفسه، فهي مضطرة لاتخاذ هذا القرار، لأن هذه المؤسسات مجهزة لوجستياً وفنياً ومهنيًا أكثر من المدارس العادية. وهذا ما يدعو إلى ضرورة إجراء تطوير فني ولوجستي للمدارس العادية، تمكنها من استقبال حالات الإعاقة المختلفة.

أما على المستوى الفلسطيني، فيبدو أن المسألة، أكثر تطوراً، منهجياً وتقنياً. وبالرغم من حداثة مشروع التأهيل والدمج التربوي الذي اعتمده الأونروا في مدارسها، فإنه يسير في ثلاثة اتجاهات عمل: الأول التعاقد مع مؤسسات لبنانية متخصصة في تعليم المعوقين، مقابل قسط سنوي محدد عن كل معوق فلسطيني، وتدفع قيمة القسط بناء على تعريف وزارة الشؤون الاجتماعية التي حددته بمبلغ دولارين يومياً للمعوق جسدياً. وهذا ما يوقع المؤسسة في مشكلة التمييز بين المعوقين لعدم تمكنها من اعتماد جميع المعوقين من جهة، ولعجز الأهالي عن تسديد ما يتوجب عليهم من جهة ثانية. والثاني يتمثل في التركيز على عملية الدمج التربوي داخل مدارس الأونروا من خلال فريق عمل متخصص (تمت الإشارة إلى دوره سابقاً ص 7). أما الثالث، فيقضي بتقديم الدعم المادي واللوجستي إلى المؤسسات التي تعمل ضمن إطار هيئة الإعاقة الفلسطينية، بمشاركة جمعية المساعدات الشعبية النروجية ومنظمة التحرير الفلسطينية.

11- البيئة السياسية: يسود اعتقاد أن تهميش المعوقين على المستوى السياسي يتعلق بالصعوبات التي يواجهونها أثناء عملية الإقتراع، لاختيار ممثليهم في المجلس النيابي أو المجالس البلدية. وفي الوقت الذي نقر فيه، بأهمية وخطورة

المشقات التي يتحملها المعوقون أثناء عمليات الإقتراع، والنشاط الذي تقوم به الجمعيات الناشطة في هذا الإطار، إلا أن المطالب تتمحور حول تأهيل جميع مراكز الإقتراع أو بعضها، غير أن المسألة، في تقديرنا، تتعدى ذلك، لتتطال المشاركة الفعلية في التمثيل السياسي، سواء على مستوى المجلس النيابي أو على مستوى المجالس البلدية، للمشاركة في القرارات التي تخصهم. فهل تتعلق الموانع في عدم قدرة المعوق على الإدارة الجماعية؟ أم في الذهنية المجتمعية التي تتحكم في العقل الجمعي حول الموقف المسبق من المعوق الذي يقوم على الشفقة والرحمة، وليس على حقه كفرد؟

12- البيئة الأسرية: تشكل الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى، التي تحتضن الطفل المعوق وتنفهم حاجاته، وتشعر بوجوده وتعطيه الحب والحنان الذي يحتاجه لبناء ذاته. لذلك فإن الأسرة، تؤثر إلى حد بعيد في تطور سلوك الفرد المعوق من خلال البيئة المنزلية التي يتفاعل معها. فكلما كانت هذه البيئة مرتبطة بتفهم حاجات المعوق وسلوكه وتطور الوظائف الفيزيولوجية لشخصيته، خلقت لديه شعورا بالإرتياح والطمأنينة وساعدته على الانتقال بسهولة إلى العملية التأهيلية خارج إطار الأسرة، والإندماج سريعا في الحياة العامة. أما إذا اعتمدت الأسرة، خيار عزل المعوق بذريعة الخجل والشعور بالذنب، وأشعرته بالغرابة عن أسرته، فسوف تؤثر سلبا في مستقبله المهني والاجتماعي، ويبقى في عزلة ونقمة على أسرته ومحيطه. لذلك فإن الأخصائي الاجتماعي يتوجه إلى الأسرة لفهم البيئة الأسرية التي يعيش في إطارها المعوق، ومدى مساهمتها في تعزيز وإنجاح عملية التعلم والتأهيل.

لقد كشفت الدراسة الميدانية، عن تناقض حاد، تعيشه الأسرة اللبنانية والفلسطينية، في تعاملها مع المعوق. فهي إما أن تبالغ في الإفراط في استخدام اللبونة والدلال معه، إعتقادا منها أن هذا الموقف يعوضه عما فاتته من نقص، أو أنها تبالغ في التهرب من مسؤولياتها تجاهه، وتلقي بالمسؤولية على عاتق المؤسسات الرعائية، أو أنها تأخذ موقفا عدائيا من المعوق نفسه. وهذه المواقف تبدو مشتركة بين العائلات الفلسطينية واللبنانية. ففي الأولى، تحيط الأسرة المعوق

بكل العطف والرحمة وتحرم نفسها من أشياء ضرورية لتؤمن له كل حاجاته، وتذهب أكثر من ذلك، حينما لا توافق على إدخاله إلى المدرسة أو إلى أية مؤسسة رعائية، خوفاً عليه، ولأنها لا تستطيع ولا تطيق ابتعاده عنها، وكأنها ترى أن الله اختارها لخدمة إبنها، أو حاسبها على ذنب اقترفته، أو يمتحن تمكّنها من إيمانها، فلا يجوز لها أن تتخلى عن هذه المهمة إطلاقاً.

لقد واجهت هذه المواقف العاملين في مجال توعية أسر المعوقين، ولا سيما في منطقة عكار، حيث واجهوا صعوبات كبيرة في إقناع الأسر، بضرورة إرسال أبنائهم إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمساعدة في تعليمهم ودمجهم في الحياة العامة، خاصة الذين تتراوح أعمارهم بين سنتين وسبع سنوات، (مقابلة مع هالة حرفوش مسؤولة برنامج الإرشاد والتوجيه الأسري في مؤسسات الرعاية الاجتماعية بتاريخ 2008/3/20). وهذا الأمر ينسحب أيضاً، على الأسر الفلسطينية. إذ بينت الدراسة أن 50% من الأسر تتجاوب مع برامج المؤسسات من بينهم 30% تتميز بتجاوب عال، (مقابلة مع نهلة غندور مديرة روضة تأهيل المعوقين في مؤسسة غسان كنفاني في مخيم مار الياس بتاريخ 2008/3/5). وهذا التراجع، لدى الجانبين يعود إلى عدة أسباب:

- أ- الشك بعدم إمكانية إعادة المعوق إلى حالته الطبيعية.
- ب- الإيمان بالقضاء والقدر.
- ج- الجهل بقدرة العلم والتكنولوجيا في تطوير قدرات الإنسان الفكرية والحركية
- د- الأعباء المادية التي تنتج عن المعالجة وعدم قدرة الأسرة على تحملها.
- هـ- المشاكل العائلية التي تنتج عن حالات الإعاقة وتؤدي إلى الخلل في العلاقات العائلية.

13- البيئة المهنية: يمكننا تصنيف البيئة المهنية في فئتين: الأولى تتعلق بضيق سوق العمل أمام المعوقين اللبنانيين القادرين على العمل، حيث أن نسبة كبيرة منهم تعاني البطالة، لأسباب تتعلق في معظمها بعدم تطبيق القوانين المتعلقة بالتشغيل في القطاعين العام والخاص من ناحية. وعدم فعالية القوى الضاغطة من المجتمع

المدني، ولاسيما، الجمعيات والاتحادات الناشطة في مجال الإعاقة، في الضغط لتطبيق القوانين من ناحية أخرى. أما الثانية، فتتعلق بعدم توافر التجهيزات اللوجستية للذين يمارسون عملا والتي يمكن توزيعها على المستويات التالية:

أ- **الدخول إلى مكان العمل:** فإذا كان الدخول إلى مكان العمل يشكل إحراجا للمعوق فسوف ينتج عنه علاقة متوترة، تشكل إحراجا للمعوق، ويصبح التشغيل نوعا من الشفقة وجارحا للشعور، يسفر عنهما ترك المعوق لعمله.

ب - **التعديلات الهندسية:** بالرغم من بساطتها إلا أنها تعتبر ضرورية لتأدية العمل بالشكل الصحيح وبحرية تامة. فلا يمكن لأي كان أن يقوم بعمله بنجاح وهو يفكر بالمعاناة التي سوف تواجهه أثناء تأديته لعمله، أو الإنتظار ليطلب من زميله مساعدته ليتناول ملفا أو أي غرض من مكان مرتفع، حيث سيضطر إلى الإعتماد على الآخرين أثناء تأديته لعمله. فالتعديلات الهندسية يجب أن تنطلق من مبدأ تحسين أداء عمل المعوق وليس الإحسان إليه.

ج - **المفروشات والمعدات:** تساعد هذه التجهيزات المعوق، على تأدية عمله من دون الحاجة إلى الآخرين، وهكذا تكون العلاقة مع زملاء العمل علاقة تبادلية وتكاملية، إن الملفت في هذا السياق، أن المؤسسات الإنتاجية (عامة وخاصة) التي تقوم بتشغيل المعوقين، بالرغم من قلتها، لا تعير هذه النواحي أية أهمية، حتى في المباني التي أنشئت في السنوات القليلة الماضية. وقد بينت الدراسة الميدانية أن مباني المؤسسات الرسمية وشبه الرسمية، العامة والخاصة، لم تعر أهمية إلى الضرورات الهندسية واللوجستية التي حددها القانون، باستثناء المستشفى الجامعي الحكومي ومبنى الجامعة اللبنانية الحديث.

د- **التكافؤ في علاقات العمل:** تكون علاقات العمل طبيعية بين العاملين، حينما يطبق مبدأ تكافؤ الفرص، فلا يخفض الموقع تبعاً للإعاقة أو يرفع مراعاة لها. فلا مسامحة بحجة العطف، ولا قسوة بحجة التربية والتعليم. فتطبيق مبدأ الثواب والعقاب من شأنه أن يعطي كل عامل نصيبه حسب نشاطه.

هـ- **المواقف النفسية:** إن التعاطي مع المعوق يحمل محاذير كثيرة، خاصة إذا كان ينظر إليه من خلال العكاز أو السماع أو الكرسي، لذلك فإن إزالة هذه النظرة من ذهنية أصحاب العمل والمجتمع من شأنها أن تحفز المعوق على الخروج من دائرة الضائقة النفسية ويجعل أداءه طبيعياً.

و- **تعزيز القدرات والخبرات:** إن معظم الإعاقات لا تعيق القدرة على التعلم والتطور. لذلك فإن وضع المعوق في مكان عمل ثابت، يؤدي به إلى الملل وسوء الأداء وخفوت الحماس للعمل. أما تحسين الموقع الوظيفي الناجم عن التعلم واكتساب المهارات فيخلق لديه حافزاً على الخلق والإبداع. ويقول سليم تالون رسام معوق في مؤسسة الكرامة في مخيم عين الحلوة: "كان عندي دائماً هاجس الرسم والفن، وأفكر دائماً في هذا الأمر، وأقدمت على رسم عدة لوحات، ثم أتلفتها، خوفاً من انتقادات الناس، فلم يكن لدي ثقة في نفسي مطلقاً، وكنت أشعر بالعدوانية تجاه الجميع، حتى أسرتي، الجميع أعدائي وضدي، إلى أن أتيت إلى المؤسسة وبدأت ظروف عملي تتغير وبدأت أستعيد الثقة في نفسي، والآن أعتبر نفسي فناناً وأتباهى بلوحاتي وأستفيد من أي نقد ولا أخافه أبداً، لم تعد الإعاقة تشكل أي إحراج لي"، (مقابلة مع سليم تالون، أحد أعضاء المجموعة المركزية في مؤسسة الكرامة في عين الحلوة، بتاريخ 2008/4/7).

صحيح، أن احتضان المؤسسة للسيد تالون قد أحدث تحولاً نوعياً في حياته وطريقة تفكيره، ولكن هل تستطيع المؤسسات المعنية بتأمين الظروف المشابهة إلى

جميع المعوقين الفلسطينيين؟ لا شك في أن المشكلة على المستوى الفلسطيني، تأخذ أبعاداً مختلفة عما هي في لبنان نتيجة لعدة عوامل:

أ - الحالة المعيشية السيئة التي يمر بها الفلسطينيون بشكل عام في لبنان.
ب- عدم وجود تشريعات تنظم وتلزم أصحاب العمل بقبول نسبة محددة من المعوقين الفلسطينيين.

ج- عجز الجمعيات الفلسطينية على استيعاب وتأهيل مختلف أنواع الإعاقات.
د- ضيق سوق العمل داخل المخيمات وإقبال سوق العمل اللبناني في وجههم، وهذا ما عبر عنه معظم أفراد المجموعة المركزة في مخيم برج البراجنة. إذ قال مصطفى ميناوي (كفيف): "بالرغم من حالتي فإنني أسعى دائماً للبحث عن عمل منتج، وقد جربت عدة مهن في المخيم، نجارة، بيع خضار... إلا أن المشكلة أن مجال العمل داخل المخيم ضيق جداً، وخارجه ممنوع علينا فتح أي بسطة... وإنني أعرف "المصري" وعبارات الموازين... لكن لا يوجد إمكانية للعمل". إضافة إلى أن القدرة الائتمانية للمعوقين الفلسطينيين متدنية. حيث يقول يوسف سحميني (متزوج أربع أولاد): "لا يهمني بتر ساقي، تعودت على ذلك منذ فترة طويلة، ما يشغل بالي تأمين معيشة أولادي، وإنني على استعداد لأن أقوم بأي عمل وتعلم أي مهنة في وقت قصير، إنما من أين لي ذلك... حينما يعرفوك فلسطيني لا يجوز المناقشة بموضوع العمل، فهناك حكم مسبق على الفلسطيني، إنما لن أياس فسوف أظل أنتقل من مهنة إلى أخرى... الآن لدي محل فروج، أستدين من الأصحاب 1000 دولار أفتح به عمل، أو من المؤسسات الأخرى للنجدة، اليونسيف وبفائدة 7% وذلك بكفالة أحد الأصدقاء، المشكلة لم نقدر على تأمين مبلغ من المال نستطيع من خلاله فتح مشروع صغير، لا أحد يدين مبالغ كبيرة، يلزمه ضمانات". إننا في هذا السياق نتوافق مع السيد يوسف، خاصة في ما يتعلق بتمييز القوانين اللبنانية بعدم أخذ أوضاع المعوقين الفلسطينيين في الاعتبار، إلا أن مسألة الائتمانات وفتح البسطات

يعاني منها اللبنانيون أيضاً، وهي، في الوقت نفسه، مظهر من مظاهر الفوضى والتخلف.

14- خدمات مختلفة: لقد أجاز القانون للمعوقين الاستفادة من بعض الإعفاءات، كالضرائب والرسوم. إلا أن التطبيق الفعلي، كان يصطدم بالتفسيرات المختلفة لهذه الإعفاءات. فعلى سبيل المثال، الإعفاء من رسوم استيراد السيارات لذوي الإعاقات في الساق الأيمن دون الأيسر. وتجهيز السيارة، تبعاً للإعاقة، في الخارج، مما يدفع بصاحب العلاقة إلى إعادة تجهيزها بما يتناسب مع حالته، (مقابلة مع السيد سيلفانا اللقيس رئيس اتحاد المقعدين اللبنانيين بتاريخ 2008/3/3). وهذا ما يؤدي إلى نفقات إضافية لا يقوى المعوق على تحملها. إن هذه المزاجية في التعامل والروتين الإداري، يدفعان بالمعوق إلى التخلي عن الاستفادة من هذه الحقوق، أما المعوقون الفلسطينيون فلا يستفيدون من أي من هذه الإعفاءات.

V - خاتمة واستنتاجات:

يشكل تهميش المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين في لبنان حالة من المعاناة، على مختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية والقانونية والسياسية. وكلما اشتدت الضائقة الاقتصادية في لبنان انعكست تهميشاً وفقراً ومعاناة على المعوقين وأسرهم. وبالرغم من القوانين، والضغوط التي تمارسها مؤسسات المجتمع المدني من أجل تحقيق بيئة خالية من العوائق، تخفف من حالة التهميش وتسهل عملية دمج المعوقين في الحياة العامة، إلا أن تحقيق هذا الهدف دونه صعوبات كثيرة، تتعلق بشكل أساسي في الترابط والاتساق بين البيئتين الذهنية والاقتصادية، اللتين تتحكمان في تحقيق المساواة بين المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين وباقي أفراد المجتمع.

لقد بينت الدراسة مستويات مختلفة من نقاط التباين والتوافق لدى المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين. والملفت أن القواسم المشتركة بمجملها سلبية من شأنها عرقلة عملية الدمج وتأخير إقامة بيئة مؤهلة تحقق عملية مشاركة المعوقين في

الحياة العامة. كما بينت مقدار التمييز الناتج عن القوانين اللبنانية بين المعوقين أنفسهم، الذين يعيشون شراكة هموم قضيتهم على أرض واحدة. غير أن المشكلة تبدو أكثر تعقيدا على المستوى الفلسطيني، نتيجة لضيق الخيارات أمام المعوقين الفلسطينيين من ناحية، والوضع المأزوم الذي تعيشه المخيمات الفلسطينية على مختلف المستويات البيئية والديموغرافية والأمنية من ناحية ثانية.

لقد خلصت هذه الدراسة إلى الإستنتاجات التالية:

- الارتباط المتين بين الحالة الاقتصادية المتردية على المستويين الكلي والفردي وعدم تحقيق بيئة خالية من العوائق، من شأنها تسهيل حركة المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين.
- المزاجية في تطبيق القوانين وتفسيراتها المتعددة التي تأتي في أغلب الحالات، لغير مصلحة المستهدفين منها. وعدم جدواها في إلزام القطاعين العام والخاص في تطبيق كل في ما يخصه.
- تبدل النظرة الأسرية والمجتمعية للمعوق تبعا لموقعه المهني والإنتاجي.
- بالرغم من أهمية المؤسسات الرعائية في تعليم المعوقين وتأهيلهم للدخول إلى سوق العمل، إلا أنها لم تستطع التحول من المفهوم الرعائي إلى المفهوم الإنتاجي للمعوقين.
- التمييز الواضح والبيّن بين المعوقين اللبنانيين والفلسطينيين على المستوى القانوني والمهني والخدماتي.
- ضعف تقديمات الهيئة العليا للإعاقة الفلسطينية والأنروا أمام ضخامة وتنوع الحاجات والخدمات للمعوقين الفلسطينيين.
- تقاسم معاناة الإعاقة وتداعياتها بين اللبنانيين والفلسطينيين.

- تمكنت القوى الضاغطة في مجال الإعاقة من تغيير مفاهيم التقييمات القائمة على فعل الخير إلى حق من حقوق الأفراد المعوقين. إلا أنها لم تستطع تحقيق البيئة المناسبة التي تساعد المعوقين على القيام بنشاطاتهم بشكل عادي.

فإذا كان المعوقون يشكلون طاقة فاعلة يمكن استغلالها والإستفادة منها، فيصبح لزاماً على المعنيين في القطاعين العام والخاص، العمل سوياً من أجل تأمين المناخ المناسب لتطبيق القوانين وتفعيلها، ومن أجل وضع خطة علمية سليمة تقارب احتياجات التوظيف ومهارات المعوقين المهنية والفكرية دون تمييز.

المراجع:

المراجع العربية:

- 1- أحمد زايد، (1990): خطاب الحياة اليومية في المجتمع المصري، مكتبة الحرية، القاهرة.
- 2- أحمد مجدي حجازي، (1992): علم اجتماع الأزمة: رؤية نقدية للنظرية السوسولوجية، دار الثقافة العربية، القاهرة.
- 3- أرشيف وزارة الشؤون الاجتماعية، وهيئة الإعاقة الفلسطينية، والبرنامج الانمائي للأمم المتحدة الفصل المتعلق بالإعاقة للعام 2000.
- 4- أشرف فرح أحمد، (1996): الوعي الاجتماعي والانتماءات الاجتماعية، دراسة على عينات من الشباب المصري، رسالة دكتوراه، قسم اجتماع، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 5- آلان تورين، (2000): ما الديمقراطية؟ دراسة فلسفية، ترجمة عبود كاسوحة، دمشق.

- 6- أيان كريب، (1999): النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابر ماس، ترجمة محمد حسين غلوم، عالم المعرفة، عدد 244، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب- الكويت.
- 7- تقرير عن المؤتمر الإقليمي للمكفوفين الذي عقد في بيروت من 16 إلى 18 كانون الأول 2003، بالإشتراك مع إتحاد آسيا للمكفوفين، حول الدمج التربوي للمكفوفين، ص. 84 و 85.
- 8- ثريا عبد الجواد، (1985): بعض المحددات البنائية لوعي المرأة المصرية، دراسة ميدانية على عينة من النساء بمدينة القاهرة، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس.
- 9- جامعة الدول العربية، المسح اللبناني لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي 2004، ص. 38.
- 10- جورج طرابيشي، (1998): في ثقافة الديمقراطية، بيروت، دار الطليعة للطباعة والنشر.
- 11- حلیم بركات، (2000): المجتمع العربي في القرن العشرين، بحث في تغير الأصول والعلاقات، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت.
- 12- حلیم بركات، (2004): الهوية، أزمة الحداثة والوعي التقليدي، رياض الريس للكتب والنشر، بيروت، لبنان.
- 13- خالدة سعيد، (1991): المرأة، التحرر، الإبداع، نساء مغربيات، الفتك، الدار البيضاء.
- 14- زعمط يوسف، تأهيل الشباب المعوقين، محاضرة في دورة تدريب الباحثين الاجتماعيين العاملين في وكالة هيئة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، عمان، الأردن بتاريخ 1980/8/20.

- 15- عبد المجيد عبد الرحيم، لطفي احمد، تربية الطفل المعوق، مكتبة النهضة المصرية، ط2، القاهرة، ص. 93 و94.
- 16- قاسم صباح، مسؤول مساعد في جمعية المساعدات الشعبية النروجية، مؤتمر الإعاقة والعمل، إتحاد المقعدين اللبنانيين، بيروت، 2002، ص.54.
- 17- مجلة أزهار ماغازين، العدد 35، تشرين الثاني 2007، ص. 43.
- 18- مجلة واو، العدد الرابع، إتحاد المقعدين اللبنانيين، بيروت 2007 ص.17.
- 19- مجموعة التشريع اللبناني، أرقام القوانين والمراسيم التي صدرت لصالح المعوقين: 43/25 _ 73/11 _ 77/421 _ 77/80 _ 79/2019 _ 93/243 _ 220/.
- 20- مجموعة التشريع اللبناني المتخصصة بنشر المراسيم والقوانين 2000 _ 7603 / 2002 _ 7784 / 2002 و 7999 / 2002.
- 21- مجموعة من المؤلفين، التنشئة والتدخل الاجتماعي، المركز التربوي للبحوث والإنماء، بيروت، 1999، ص. 155.
- 22- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1972، ص 7.
- 23- منظمة الأمم المتحدة للأطفال، ملف السنة المالية للمعاقين، نقلا عن صحيفة النهار، بيروت، تاريخ 1984/4/6.
- 24- منظمة الأمم المتحدة للأطفال، ملف السنة المالية للمعاقين، نقلا عن صحيفة النهار، بيروت، تاريخ 1984/4/6.

المراجع الأجنبية:

- 1- Liphart: The Politics of Accommodation, Population and Democracy in the Netherlands, Berkeley University of California, 1998, p.p. 41-47.
- 2- Seymour Martin Lipset: Social Requisites of Democracy-Economic Development and Political Legitimacy, American Political Science Review, Vol. 53, No 19 Mars 1956, p.p. 69,105.
- 3- Robert Dahl, Polyarchy: Participation and opposition, New Haven, Yale University Press, 1991, p.p. 86,87.
- 4- Education of deaf children and young people, guides for special education, N4, UNESCO, Los-Angeles, 1987, P. 1
- 5- Coordination forum for NGOs Working in the disability field- results of the Palestinian disability card survey, April 2000, P. 18, 19, 20 of 21

ملحق رقم (1)

1- المؤسسات الإنتاجية:

سوبر ماركت سان جورج، مؤسسة حرب، مؤسسة رمال، شركة خليفة، مطعم الساحة، مونوبري، geant، سيتي مول، سبينس بفرعيه.

2 - المستشفيات:

بيروت الحكومي الجامعي، الساحل، بهمن، الرسول الأعظم، الحياة، الجامعة الأمريكية، بيروت، الزهراء، المقاصد، طراد، حيفا.

3- المدارس:

ثانوية التراث، البتول، بيروت الحديثة، الروضة، المروج، برج البراجنة الرسمية، رأس بيروت، بئر حسن، فخر الدين، بيسان - الأونروا. مدرسة بيسان في مخيم عين الحلوة.

4- الإدارات العامة والمؤسسات الرسمية:

وزارة التربية الوطنية، وزارة الإعلام، وزارة المهجرين، الصندوق المركزي للمهجرين، مجلس الجنوب، وزارة الموارد المائية والكهربائية، المديرية العامة للاستثمار، مؤسسة كهرباء لبنان، وزارة التنمية الإدارية، مصلحة تسجيل السيارات.

5- جمعيات ومؤسسات رعاية المعوقين اللبنانيين:

مؤسسات الرعاية الاجتماعية - التنمية الفكرية، مؤسسات الرعاية الاجتماعية - مركز نازك الحريري الدوحة، الجمعية اللبنانية لرعاية المعوقين - مجمع نبيه بري، مستشفى بيت شباب لتأهيل المعوقين.

6- الجمعيات الفلسطينية:

مؤسسة غسان كنفاني لرعاية المعوقين، جمعية المساعدات الشعبية النروجية للإعاقة الفلسطينية، مؤسسة الكرامة للمعوقين.

الحروب والصراعات وأخطارها على الأسرة العربية

أحمد عبد الناظر*

I- مقدمة:

لقد تضمّنت الخطة التنفيذية للإستراتيجية العربية للأسرة محورا خاصا بالأسرة العربية في مواجهة الكوارث الطبيعية ووطأة الحروب والاحتلال والنزاعات المسلحة والتهديدات الاجتماعية والصحية والبيئية وغيرها، وأساليب وطرق الإغاثة والحماية لكيان الأسرة وحياة وأملاك أفرادها، وضعت لها 5 أهداف رئيسية هي:

- حماية الأسرة العربية بكافة الوسائل والأساليب المادية واللوجستية من آثار الحروب والكوارث الطبيعية والتهديدات البيئية.
- توعية الأسر بطرق الإغاثة وبالإجراءات الوقائية والعملية الواجب اتخاذها في مواجهة الكوارث والحروب لحماية الأسرة وأمن أفرادها.
- رفع مستوى الاستعداد والجاهزية لتقديم المساعدة والإغاثة للأسر المنكوبة وتمكينها من استعادة توازنها وكذلك تأهيل الأسر المتضررة لإعادة قدراتها واستمرارها.
- رصد الانتهاكات التي يرتكبها الاحتلال الأجنبي في ظل الحروب والاحتلال للأعراف والمواثيق الدولية ونشر المعلومات المتعلقة بالإصابات والأضرار المادية والمعنوية والنفسية وحالات الترويع والإرهاب والاعتصاب وغيرها.
- رفع الكفاءة وتطوير قدرات مؤسسات الدعم والمساندة والإسعاف والدفاع المدني وصناديق التمويل ومنظمات العون التطوعية لتمكينها من مواجهة الأخطار والأزمات التي تحل بالأسر والمجتمع.

* مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، تونس.

تعاني 3 بلدان عربية الاحتلال أو التدخل العسكري أو الصراعات الداخلية المسلحة وهي فلسطين (الضفة الغربية وغزة) والعراق والصومال، هذا إلى جانب الأزمات الأمنية التي تعرفها دول عربية أخرى سواء بصفة متواصلة منذ سنوات، أو لفترة محدودة في الزمن وحتى في الرقعة الجغرافية. كما تواجه كل الدول العربية أخطارا وكوارث بيئية تستوجب التدخل الناجع والتخطيط الفاعل واستشراف الأحداث والتوقّي من المحتمل.

ومن المسلمات التي عايشناها، ولازلنا نعايشها، أن أي احتلال أو اختلال أمني في بلد ما يؤثر حتما بصورة أو بأخرى على أمن البلدان المجاورة واستقرارها وطبيعة عيشها سواء من حيث اختراق الحدود أو التهجير واللجوء أو التعطيل الاقتصادي والتجاري.

لقد كانت منطقتنا العربية ولا تزال، خاصة منذ 6 عقود، منطقة توتر قصوى ونزاعات وأزمات أمنية إقليمية وداخلية تحملت الأسرة تبعاتها ومآسيها في حياتها وصحتها وظروف عيشها وأمنها. وطبيعي أن تتأثر الحلقات الهشة في الأسرة أكثر من غيرها من تبعات هذا الوضع ونقصد بها المرأة والطفل والمسنّ والمريض.

وتفاقمت الصراعات السياسية والاقتصادية والدينية القائمة في المنطقة باتخاذها، من طرف قوى وتكتلات دولية كبرى، مسرحا لما وصفوه بمقاومة الإرهاب والذي يتبع فيه منطوق غريب يسمح ببلوغ الغاية مهما كانت الوسيلة، وبقتل العدو المحتمل حتى ولو كان الثمن أرواحا بشرية لا علاقة لها بطرفي النزاع أو تشريد المدنيين وكسر سلسلة العيش الآمن وظروفه الطبيعية، ولنا فيما يقع في فلسطين (الضفة وغزة) خير مثال ودليل.

وسنحاول في هذه الدراسة، معتمدين على عدد من الدراسات والبحوث الكمية والنوعية (انظر المراجع)، تبيان بعض تداعيات الأزمات والحروب والصراعات في المنطقة العربية على الأسرة وأفرادها، وذلك على مستويات عدّة: اقتصادية وتنموية واجتماعية وصحية ونفسية. وتتضمن بالأساس ثلاثة أقسام رئيسية هي:

- الأمن الإنساني.
- مخلفات الحروب والصراعات على الأسرة العربية: مؤشرات دالة من 3 دول.
- مقترحات عملية لمواجهة التحديات الكبرى التي تعرفها منطقتنا في المجال.

II - في الأمن الإنساني والتنمية:

إن الوضع العربي، في شموليته وتنوع مكوناته، يظهر أن المنطقة تزخر بمقومات تنموية نظرية محتملة هائلة سواء من حيث مخزون الأرض أو القدرات الزراعية أو الموقع الجغرافي أو تنوع الطبيعة أو المخزون الحضاري والتراكم الفكري أو من حيث الموارد البشرية والتركيب الديمغرافية للمجتمعات.

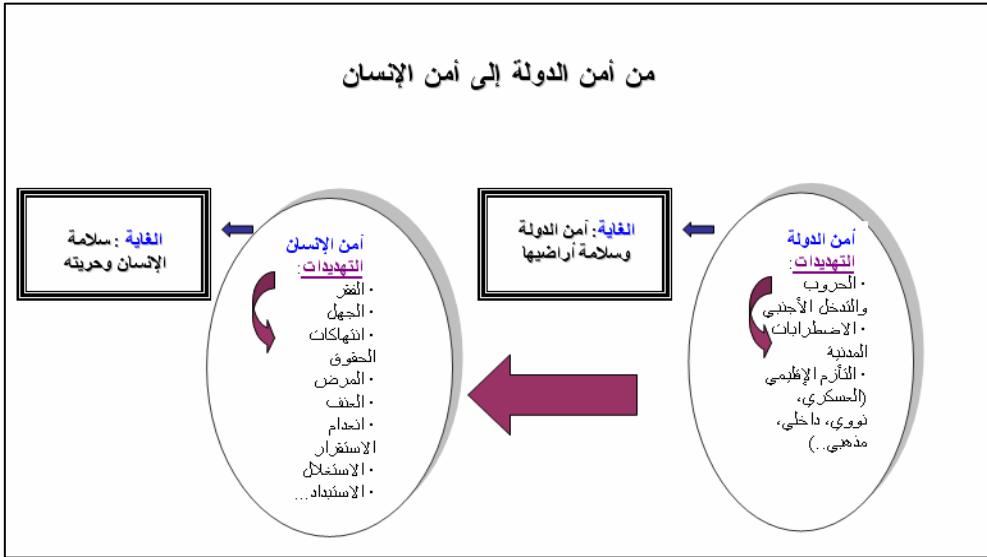
إلا أن كل تلك المقومات والعناصر لم تنتج تنمية ولا تقدما يوازي قيمتها المفترضة، بالرغم من الإنجازات المحققة في عديد المجالات. ولم تتطور أنساق النمو بالسرعة والتدفق المنتظرين، بل إن التراجع كان واضحا في بعض البلدان أو بعض أوجه التنمية.

ولم تعد الأسباب والعوامل المعيقة للتنمية العربية الشاملة خافية أو مستعصية الفهم فهي تندرج من طبيعة الاختيارات والاستراتيجيات المعتمدة إلى نظم التصرف والاستغلال مرورا بأساليب ومناهج التخطيط وبنوعية الحكم وثوابته وبمنظومة القيم وغيرها.

ويعتبر انعدام الأمن الإنساني بمفهومه الواسع أحد الأسباب المعيقة للتنمية باعتبار تأثيره المباشر وغير المباشر على كامل دورة الحياة الفردية وعلى حاضر ومستقبل المجتمعات، لذلك توجهت العديد من الدراسات والبحوث إلى التعمق في دراسة الروابط والتفاعلات بين الأمن والتنمية وهو بعد قائم بوضوح وجلاء في منطقتنا العربية مما جعل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي يختار لوثيقة تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2009 العنوان التالي: "تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية" والذي أبرز من خلاله أشكال وتمثلات غياب الأمن المؤدية إلى عرقلة مسيرة التقدم في البلدان العربية.

ولقد ساهمت الأحداث والتقلبات التي عرفها العالم خلال العقدین الأخيرین فی بلورة مفهوم جدید للأمن أكثر اتساعاً وتنوعاً من مفهوم أمن الدولة یستند إلى مرجعية أساسها التحديات العالمية والإقليمية والوطنية الداخلية، فأضيفت إلى المتغيرات التقليدية المعتمدة فی تعريفه وقياسه عوامل هامة أخرى مثل التلوث البيئي والإرهاب والتحرکات السكانية القسرية والنظم الاقتصادية والمالية والتغذية والفقر والسلوكيات الخطرة مثل المخدرات والأوبئة والاتجار فی البشر بكل أشكاله وضمان الحقوق والحريات، فحصل بذلك التحول من أمن الدولة إلى أمن الإنسان الذي يعرف بأنه " تحرر الإنسان من التهديدات الشديدة والمنتشرة والممتدة زمنياً وواسعة النطاق التي تتعرض لها حياته وحریته" (تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009). ولعل المقصود بالتهديدات هي ما أسلفنا ذكره من متغيرات وتحديات یستبطنها المفهوم الجديد للأمن.

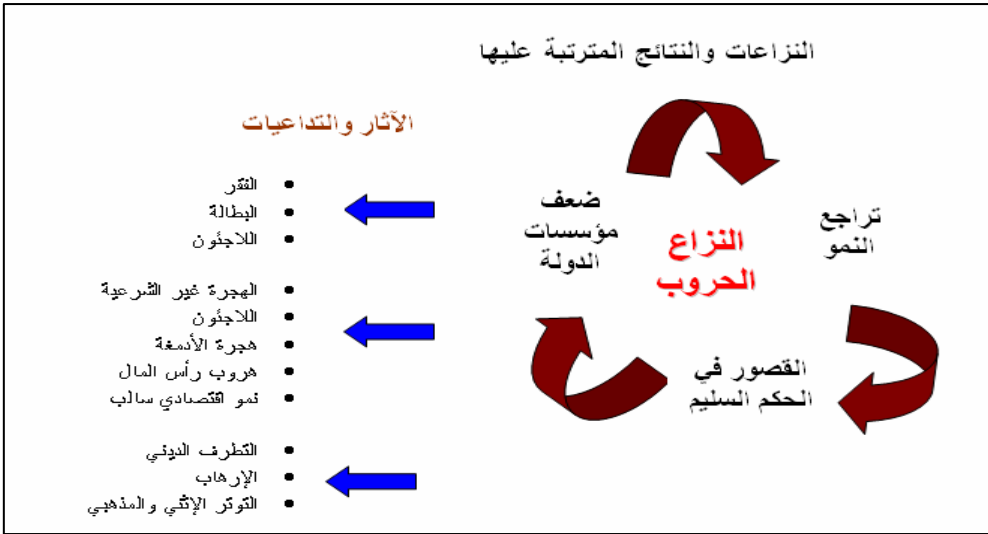
شكل رقم 1



إن المفهوم الوارد آنفاً لأمن الإنسان يجعله في علاقة عضوية متينة مع التنمية الشاملة المتضمنة للتنمية البشرية بما تتضمنه من بناء للقدرات وإتاحة للفرص وتأهيل المناخ الاجتماعي والسياسي وتطوير للفضاء الحياتي المعيشي وتأكيد للحق

في الطموح والتوق إلى الأفضل والعمل من أجل تحقيق الأهداف في إطار من التمكين والمشاركة والفعل الإيجابي البناء، فأمن الإنسان شرط أساسي لتحقيق التنمية، إذ لا تتوفر الفرص ولا تتاح الخيارات دون اطمئنان على الأرواح والممتلكات. كما أن توفر التعليم والخدمات الصحية والشغل والسكن اللائق من شأنه أن ينمي الشعور بالاطمئنان ويدفع إلى الاستثمار والطموح والتخطيط المتوسط والبعيد المدى. لكن مع كل هذا فالإنسان ليس في مأمن من الكوارث الطبيعية أو الأوبئة المستجدة والتي يتوجب عليه الاستعداد لها والتحفز للتعامل الفاعل معها، حتى لا تطيح بسرعة وبعمق، بما أسس له وبما أنجزه.

شكل رقم 2



إن التهديدات القائمة في وجه الإنسان العربي، فردا كان أو أسرة أو مجتمعا، تختلف من بلد إلى آخر وتتفاوت حدتها وآثارها أيضا من بلد إلى آخر. ولئن كانت أغلب دول منطقتنا تتعم بالأمن والاستقلال وعدم التدخل المباشر في شؤونها، فإنها مع ذلك قد لا تسلم من تهديد محتمل أو من آثار الكوارث الطبيعية والصحية كالنصح وندرة المياه والجفاف والأوبئة، أو التحديات الاقتصادية والاجتماعية كالبطالة والفقر وقلة الغذاء.

وتجدر الإشارة إلى أن قياس مستويات أمن الإنسان أمر صعب ولم يحصل الإجماع حول الطرق والأساليب التي يمكن إتباعها في ذلك رغم مبادرات البعض واجتهاداتهم (مقاربة موضوعية قائمة على مؤشرات، ومقاربة ذاتية قائمة على شعور الناس).

ومن بين المبادرات المنجزة استطلاع لرأي الناس في 4 بلدان عربية هي الأراضي الفلسطينية والكويت ولبنان والمغرب، حول التهديدات المحتملة كما يرونها من جملة 21 تهديدا محتملا لأمن الإنسان، فكانت الأجوبة بالطبع مختلفة إذ كان التهديد البيئي (التلوث) هو الأخطر لدى الكويتيين، في حين كان الاعتداء على الذات وعلى الممتلكات هو الأكبر لدى اللبنانيين والاحتلال الأجنبي لدى الفلسطينيين والفقير والبطالة لدى المغاربة.

جدول رقم (1): التهديدات الرئيسية لأمن الإنسان (%)

المغرب	لبنان	الكويت	الأراضي الفلسطينية المحتلة	التهديدات
74.9	77.8	91.2	-	الملوثات البيئية
76.9	80.5	73.5	82.3	نقص المياه
-	85.1	-	96.2	الاحتلال والنفوذ الأجنبي
-	80.1	-	-	تعسف الحكومة
72.3	80.9	-	73.4	سوء الخدمات الصحية
-	80.8	-	83.7	توتر العلاقات بين الجماعات المختلفة
-	79.9	-	-	التطرف الديني
70	86.2	-	75.6	الأوبئة والأمراض المعدية
81.2	86.5	-	91	البطالة
86	86.4	-	90.6	الفقر
75.9	88.7	-	85.4	الجوع
-	89.1	-	80.4	الاعتداء على الأشخاص والأماكن الخاصة

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2009.

III - الأسرة العربية وتداخيات الحروب والأزمات:

لقد حققت أغلب الدول العربية إنجازات تنموية خلال العقود الأخيرة ساهمت في تطوير عديد المؤشرات والأوضاع بفضل السياسات المعتمدة والخطط والبرامج المنجزة. ولكن بالرغم من ذلك تبقى المنطقة العربية في وضع اجتماعي واقتصادي صعب، تواجه تحديات هامة وخطيرة بمستويات أمية مرتفعة (حوالي 100 مليون أمي، 60% منهم من النساء) ومعدل بطالة عالية يفوق 10% في المجموع وحوالي 25% لدى الشباب وهو ما يتطلب توفير 85 مليون فرصة عمل لا تقدر الاقتصاديات العربية في وضعها الحالي على تلبيتها، وترتيب عالمي متأخر في قطاعات العلوم والثقافة وتقنيات الاتصال الحديثة، وأوضاع صحية متفاوتة جدا ومزعجة في بعض البلدان (حجم الإنفاق على الصحة 2% مقابل 11% كمعدل عالمي).

وبالإضافة إلى كل ذلك، تعتبر المنطقة من أكثر أقاليم العالم تأزما وأقلها استقرارا وأمنا اعتبارا للصراعات السياسية والدينية والمذهبية والعرقية الدائرة بها أو التي تهددها، واستنادا أيضا للتدخل الأجنبي بأشكاله المختلفة في العديد من دولها وللأزمات والصراعات الداخلية في بعضها.

وتتحمل الأسرة وخاصة أفرادها الأكثر هشاشة، النصيب الأكبر من أوزار الحروب والكوارث والتي لا تنتهي آثارها بانتهاء الأزمة بل كثيرا ما تمتد إلى سنوات طويلة بعدها إن لم نقل إلى عقود. وسنعرض في ما يلي جملة من المعطيات والمؤشرات حول أوضاع الأسرة في مجالات حياتية هامة بعدد من الدول العربية التي شهدت أو لا تزال تشهد أوضاعا من انعدام الأمن والاستقرار أو من الاحتلال والاعتداءات المختلفة.

ولئن تعيش كل من الأراضي الفلسطينية والعراق والصومال احتلالا أو تدخلا أجنبيا مباشرا، فإن دول عربية أخرى ليست في مأمن من تداخل الأمن والعمليات الإرهابية أو الصراعات الداخلية. كما أن الدول المجاورة لمناطق الأزمات والحروب لا تسلم هي أيضا من تحمل قسط من تبعاتها.

آثار الحروب على المرأة:

اعتباراً أن نسبة مشاركة المرأة في الدورة الاقتصادية لا تزال ضعيفة، حوالي 26% من القوة العاملة (UNDP 2009)، وأن الحروب ذكورية بالأساس، فإن المشاركة فيها والموت أو الأسر أو الإعاقة تصيب الرجال في المقام الأول وتحرم بالتالي عشرات الآلاف من الأسر من عائلهم والمصدر الأساسي لدخلهم ويدفعهم في كثير من الأحيان إلى الهجرة أو انقطاع الأطفال الذكور عن التعليم مبكراً لتحمل بعض مسؤوليات الأب المفقود أو البعيد.

وإضافة إلى مخاطر المرض التي تتعرض إليها النساء والفتيات في ظروف الحروب والنزاعات وعدم توفر الخدمات أو تدنيها، فإن بعضهن أيضاً يكن عرضة للاغتصاب والاستغلال والإذلال وهي تصرفات عايشناها خلال الحروب الأخيرة في المنطقة العربية أكثر من ذي قبل. ولئن لم تتوفر معطيات إحصائية دقيقة حولها للتكتم عليها لاعتبارات اجتماعية وأخلاقية، فإن دراسات وتحقيقات أجريت إثر حروب وصراعات نشبت في مناطق أخرى تبين مثلاً أن أغلب الإناث اللاتي تزيد أعمارهن عن 12 سنة تعرضن إلى الاغتصاب إبان الإبادة الجماعية في رواندا سنة 1994، وأن 20 ألف امرأة وفتاة تعرضن إلى الاعتداء الجنسي في يوغسلافيا السابقة خلال الحرب التي دارت فيها.

الحروب والصراعات وصحة المرأة

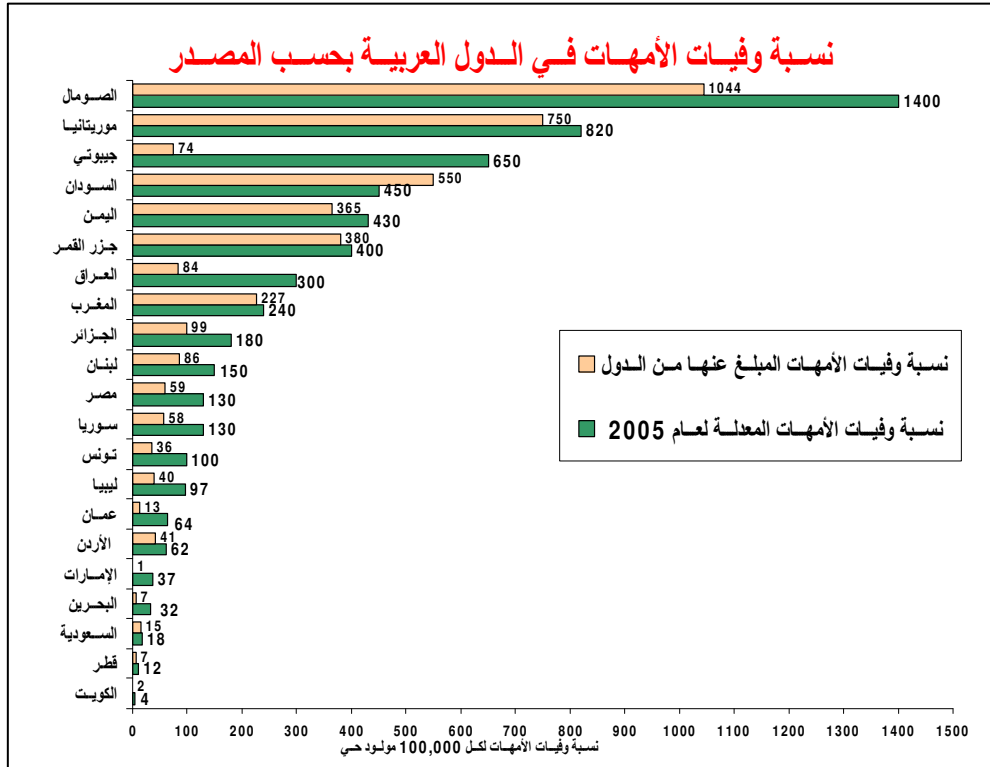
من الثابت أن صحة المرأة في كامل دورة حياتها وخاصة فيما حول الولادة شديدة التأثر بالأزمات وفقدان الأمن والكوارث مهما كان نوعها. وعادة ما يختل النظام الصحي بكل مكوناته في مثل تلك الظروف بسرعة وبعمق فتكون النساء والفئات الهشة الأخرى، مثل الأطفال والمسنين والمصابين بأمراض مزمنة الذين يكونون غالباً في حاجة إلى تدخلات عاجلة وقريبة، هم ضحايا تفكك الهياكل الصحية وغياب الكفاءات والوسائل والأدوية.

ويعتبر مؤشر وفيات الأمهات دليلاً واضحاً على إمكانية حصول المرأة على الخدمات الاجتماعية والصحية ومؤشراً على وضعها في المجتمع ومحددات لفاعلية النظام الصحي لمواجهة الاحتياجات. ولقد أكدت المنظمات الدولية في إعلانها

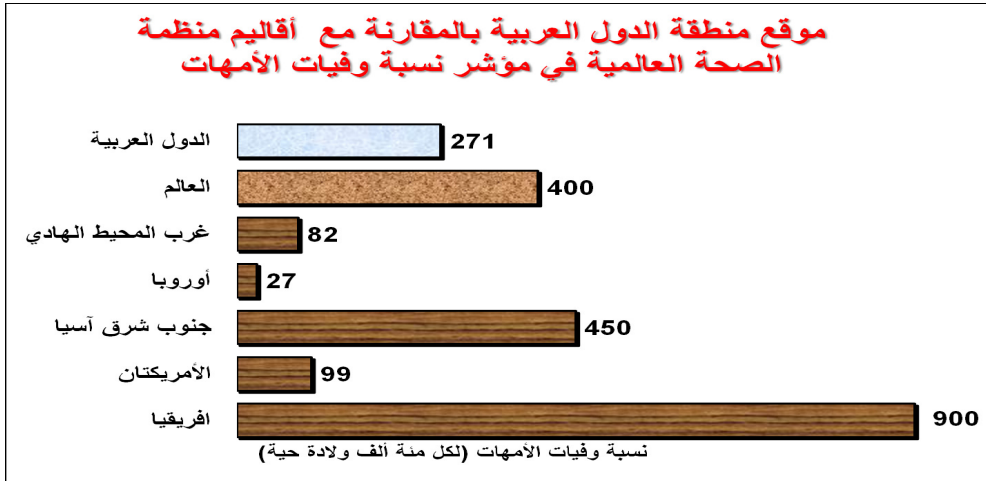
لخفض وفيات الأمهات (2001) بأن "موت المرأة أثناء الحمل والولادة ليست قضية صحية فحسب ولكنها تعدّ أيضا مظهرا للظلم الاجتماعي".

بصفة عامة يبلغ متوسط نسبة وفيات الأمهات في المنطقة العربية حوالي 270 وفاة لكل 100.000 مولود حي بنسبة تفاوتت كبيرة جدا تتراوح بين 2 (الكويت) و1044 (الصومال): (إحصائيات 2005 تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009-2009 ملاحظة: تعاني البيانات حول هذا المؤشر في الدول العربية الكثير من عدم الدقة وعدم التطابق). وتؤكد المعطيات حسب كل بلد عربي تأثر هذا المؤشر بأوضاع الحروب والأزمات وعدم الاستقرار إذ هي مرتفعة حيث ينعدم الأمن أو يسيطر الجفاف ويتراجع الاقتصاد وتندني ظروف العيش وذلك بالرغم من الخطوات الهامة التي قطعتها دول المنطقة في اتجاه تخفيض نسبة وفيات الأمهات وخاصة بدول الخليج العربي وبعض دول شمال إفريقيا.

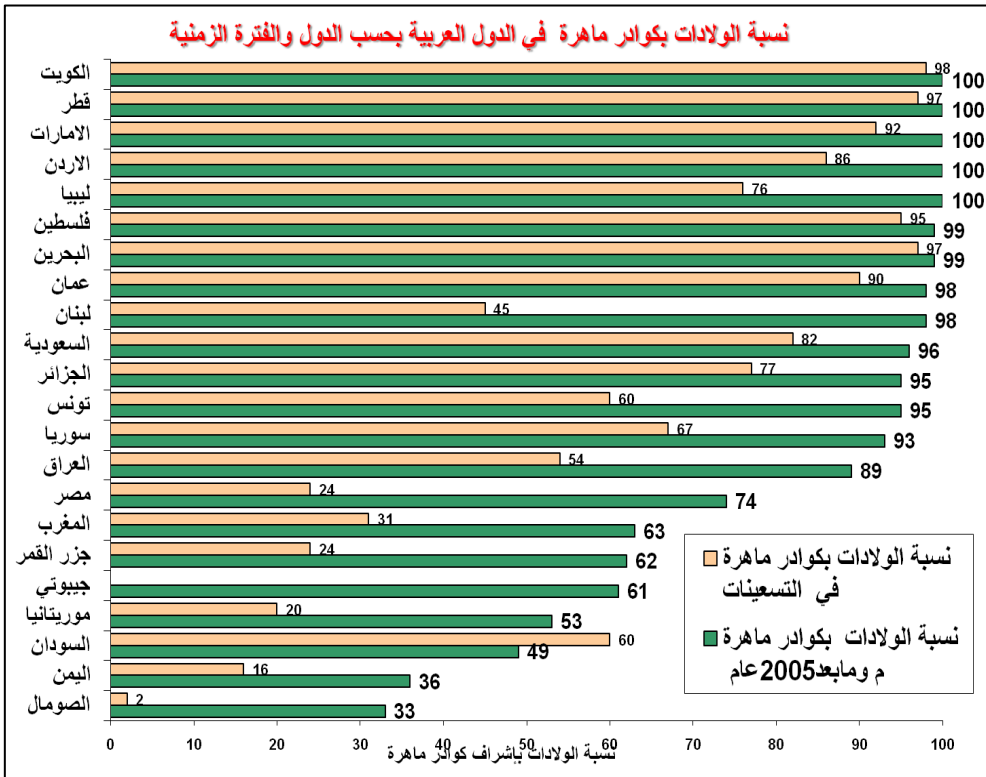
شكل رقم 3



شكل رقم 4



شكل رقم 5



ولقد كانت آثار الحرب الأخيرة على غزة في ديسمبر 2008 على صحة المرأة جلية إذ يضم القطاع 219.222 أسرة كان من بينها 41 ألف امرأة حامل عند اندلاع العدوان الذي كان من تبعاته حسب دراسة ميدانية:

أ- صعوبات في الوصول للخدمات الصحية:

- ◆ 66% كانوا بحاجة للرعاية الطبية خلال الحرب منهم 27% حصلوا على رعاية غير كافية، و 20% لم يستطيعوا الحصول على الرعاية.
- ◆ 4 من كل 10 نساء كن بحاجة لخدمات الرعاية لما قبل وبعد الولادة.
- ◆ رصد عدد من وفيات الأمهات أثناء محاولتهن الوصول للمستشفى.
- ◆ نقص في المواد الخاصة بالتنظيف (القوط الصحية، أدوات الإسعاف) مما جعل النساء يستخدمن وسائل غير آمنة.

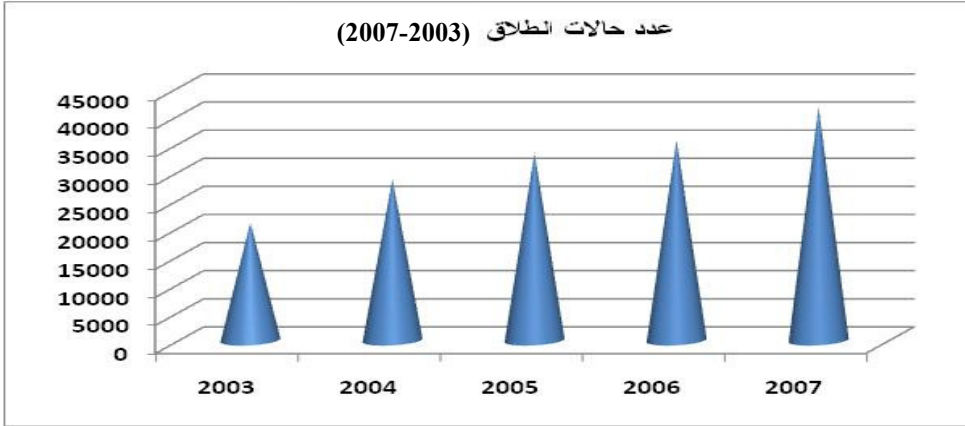
ب- تحديات في ضمان جودة الخدمات الصحية:

- ◆ رصد حالات ولادة تمت بأيدي غير مؤهلة.
- ◆ ارتفاع في نسب حالات الإجهاض بنسبة 40%.
- ◆ ارتفاع نسب حالات الولادة المبكرة.

انتهاكات حقوق المرأة ومعاناتها زمن الحروب:

- ◆ تقدر أعداد النساء الأرامل في العراق من جراء الحروب والنزاعات الطائفية والعرقية بنحو مليوني أرملة وهي نسبة تعد الأعلى على الصعيد العالمي مقارنة بعدد سكان البلد، وأن 10% فقط منهن يحصلن على الدعم الكافي.
- ◆ يقدر عدد أيتام الحروب والنزاعات المسلحة بالعراق ما بين 5-6 مليون يتيم منهم أكثر من مليوني يتيم بعد الاحتلال الأمريكي، وهذا يفرض ضغوطاً على النساء الأرامل في توفير المتطلبات المعيشية لأبنائهن .
- ◆ تضاعف حالات الطلاق المصرح بها سنوياً على يد المحاكم العراقية منذ احتلال العراق عام 2003، حيث ارتفعت من 20.6 ألف حالة في عام 2003 إلى 41.6 ألف حالة طلاق في عام 2007، أي أن معدل الزيادة كان بحدود (100%).

شكل رقم 6



الأطفال وويلات الحروب:

الأطفال هم إحدى الضحايا البريئة للحروب سواء بالموت أو حتى عند بقائهم أحياء لكنهم يتحملون الإعاقة والمرض والجوع وعدم توفر الدراسة والعمل المبكر والاستغلال، وذلك بالرغم من انتفاء مسؤوليتهم أو دورهم في ما يدور حولهم ويتنزل عليهم من مآسي، وحتى إن سلم من العاهات والإعاقات الجسمية فإن حالته النفسية لن تستقيم لفترة طويلة وربما لكامل حياته.

وقد بينت عديد الدراسات التي أنجزت في الوطن العربي أو في غيره حول الطفولة زمن الحروب وبعدها تأزم نفسيات الأطفال وخوفهم الدائم وانعدام الثقة في الآخر لديهم، وتوقع الأسوء في كل لحظة ومن كل جانب. كما لدى العديد منهم مع الزمن سلوك عدواني تجاه من حولهم بل وأحيانا تجاه ذاتهم. ففي دراسة نفسية للطفل الفلسطيني بعد الانتفاضة تبين أن سؤالا كثيرا ما يحتفظون به وموجهها إلى الآباء: "هل ستحموننا من الموت؟" وفي تقرير عن أطفال العراق عندما بدأت بوادر الحرب تظهر، تبين أن الأطفال متشائمون من الحياة، لا يرون إلا الموت ويتوقعونها في كل لحظة ويعيشون الكوابيس ويعانون من التبول اللاإرادي والشعور بالأم مختلفة ويتساءل الكثير منهم: هل سنكبر حقا؟

ويعبر 39.3% من أطفال العراق وشبابه (10-30 سنة) عن قلقه من الحروب في حين أن 20,3% قلقون من فقدان الأمن، وحوالي 40% منهم غير متقائلين بالمستقبل (مسح الفتوة والشباب 2009).

واعتباراً إلى أن الحروب والكوارث تتسبب في تدمير المدارس فإن الحرمان من التعليم هو من مآسيها. ففي آخر دراسة أنجزت في العراق (المسح الوطني للفتوة والشباب 2009) تبين أن 14% من الأطفال في سن 10-14 سنة لم يستكملوا دراستهم وتصل النسبة إلى النصف للفئة 15-24 سنة أي أولئك الذين لم يعرفوا منذ ولدوا إلا الحروب والحصار وانعدام الأمن.

كما أبرزت نفس الدراسة أن 75.7% من أطفال العراق وشبابه (10-30 سنة) لا يعرفون استخدام الأنترنت (64.8%) أو أن معرفتهم به بسيطة (10.9%).

وفي العراق أيضاً:

- يعاني 4.7% من الأطفال في دون سن الخامسة من العمر من الهزال، مما يعكس مستوى متدنياً لظاهرة سوء التغذية المزمنة.
- ارتفعت حالات سوء التغذية بين الأطفال من سن ستة أشهر إلى خمسة أعوام من (4%) في عام 2003 إلى (7.7%) في عام 2007، كما أن حوالي 400 ألف طفل يعانون من سوء التغذية.
- انخفاض مؤشر نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة بخمسة نقاط مئوية، حيث أنخفض من (80%) في عام 1990 إلى 75% في عام 2006.
- ارتفاع نسبة الأطفال ناقصي الوزن دون سن الخامسة من العمر بنحو 6 نقاط مئوية، حيث ارتفعت النسبة من (9.0%) في عام 1990 إلى 15.7% في عام 2005.
- ارتفاع حالات التشوهات الولادية من 2-3 حالة لكل ألف مولود عام 1990 إلى (23) حالة لكل ألف مولود عام 2003، وأن معظم حالات الولادة المشوهة لآباء شاركوا في حرب الخليج الثانية عام 1991.

- ارتفاع مؤشر الأمية بين الشباب (15-24 سنة) خلال الفترة 1990-2006 من (21.4%) في عام 1990 إلى (26%) في عام 2006، وهذا بالتأكيد سينعكس سلباً على مستوى المهارة والقدرة الإنتاجية لدى السكان النشطين اقتصادياً.

- انخفاض مؤشر نسبة القيد في التعليم الابتدائي بقرابة خمس نقاط مئوية خلال الفترة 1990-2006، حيث أنخفض من 90.8% في عام 1990 إلى 86.0% في عام 2006، وهذا يشير إلى ارتفاع نسب التسرب من مرحلة التعليم الابتدائي.

- 70% من أطفال المدارس الابتدائية في العراق يحضروا إلى قاعات الدرس بصورة غير منتظمة، نتيجة للأعمال الإرهابية والعنف الطائفي الذي اشتد خلال عامي 2006 و2007.

- 92% من أطفال العراق يعانون من مشاكل متعلقة بالتعلم وفقاً لتقرير أممي لسنة 2007، وسينعكس ذلك كله على مستقبل تنمية وتطوير الموارد البشرية في العراق.

- بروز ظاهرة عمالة الأطفال، حيث بلغت نسبة الأطفال بعمر (5-14 سنة) الذين يعملون 11%. وتزداد نسبة عمل الأطفال في الريف إلى 18% مقارنة بحوالي (6%) في الحضر، ويعمل الأولاد بنسبة أكبر من البنات 12% و9% على التوالي.

أما في غزة فقد أسفرت الحرب الأخيرة عن 1440 شهيدا منهم 114 امرأة و431 طفلا، كما جرح 5300 شخصا. وكانت نسبة المدنيين من الضحايا عالية جدا.

على مستوى آخر، وفي كامل الأراضي الفلسطينية، قتلت القوات الإسرائيلية 955 قاصرا فلسطينيا خلال الفترة 2000-2008 كما قتل خلال نفس الفترة أكثر من 3 آلاف فلسطيني لم يشاركوا في عمليات قتالية.

جدول رقم (2): أعداد القتلى نتيجة المواجهات في الأراضي الفلسطينية المحتلة 2000-2008

إسرائيل	الأراضي الفلسطينية المحتلة			نوع الحادث
	المجموع	الضفة الغربية	قطاع غزة	
3	952	318	364	قاصرون فلسطينيون قتلوا على أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلية.
	386	107	279	فلسطينيون قتلوا خلال اغتيالات مدبرة.
5	2222	840	1382	فلسطينيون لم يشاركوا في عمليات قتالية وقتلوا على أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلية (باستثناء قتلى الاغتيالات المدبرة).
4	871	484	387	فلسطينيون غير معروف دورهم في النزاع، وقتلوا على أيدي قوات الاحتلال الإسرائيلية.

المصدر: البنك الدولي 2008

وفي دراسة أنجزت بعد العدوان على غزة لتشخيص الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية بالقطاع تبين ارتفاع نسب حالات وفيات الرضع بما قدره 50% وانخفاض نسبة التحاق الأطفال الفلسطينيين بالمدارس من 96% سنة 2000 إلى 80% سنة 2008 (المصدر: البنك الدولي 2008).

وفي لبنان، أظهرت نتائج دراسة وضع الأطفال في الحرب، أن الطفل اللبناني تعرض إلى خمس أو ست تجارب صادمة في حياته، وأن 90.3% من الأطفال عاشوا تجربة القصف، 68% أجبروا على النزوح، 54.5% عانوا من الفقر الشديد، 50.3% كانوا شهداء على أعمال العنف المختلفة، 26% منهم فقدوا أحد أقرانهم، 21% افترقوا عن أهلهم.

كما أن المليون قنبلة عنقودية التي ألقتها إسرائيل قبل انسحابها، ونصف مليون لغم المنتشرة في الجنوب حصدت، ولا تزال، ضحاياها خاصة من الأطفال.

التهجير والتشتت الأسري:

من المشاهد المألوفة في ظروف الحروب والكوارث هجرة الأسر بكثافة إلى أماكن أكثر أماناً وأرفق في العيش، وهي هجرة عادة ما تكون قبل الحرب خوفاً منها أو أثناءها هرباً من الخطر وحفاظاً على الحياة، أو بعدها إثر الخراب وفقدان المأوى والممتلكات وفرص العمل. وعادة ما تكون الهجرة إما لإقليم ما في نفس البلد أو إلى بلد مجاور، وفي كلتا الحالتين يختل التوازن الديمغرافي ولا يسايرها تطور نسبي لمرافق العيش والخدمات فتتكدس المشاكل والمآسي الاجتماعية والصحية والاقتصادية (بطالة، فقر، مرض، عدم توفر المدارس، تلوث، أوبئة الخ...). ومهما كان المعيل إقليماً أو دولة مهاجرة أو منظمات دولية، فإن العبء يكون ثقيلاً وتصبح المسألة "بقاء على قيد الحياة" أكثر منها "عيش كريم وتنمية إنسانية وطموح ومستقبل".

كما أن حركات الهجرة، والتي لم تستثن منها أي حرب أو كارثة، عادة ما تفرق بين أفراد الأسرة الواحدة وكثيراً ما تصبح فيها المرأة هي المسؤولة عن أسرتها بفعل غياب الرجال إما للحرب أو للبحث عن عمل، فتزداد الظروف قسوة والبؤس والفقر انتشاراً، وتتفشى في الكثير من تجمعات المهجرين سلوكيات خطيرة يفرضها انعدام السلطة والأمن والحاجة إلى البقاء بكل السبل والوسائل.

ومن ويلات الحروب والكوارث تحطم البنى التحتية ومرافق الخدمات الصحية والتعليمية وتشرّد الأسر جراء هدم المنازل. ففي الأراضي الفلسطينية دمرت حوالي 78 ألف منزل خلال الفترة 2000-2007 منها 32 ألف دمرت كلياً، أي أن عشرات الآلاف من الأسر شرّدت ونزحت إلى مناطق أخرى إضافة إلى فقدان الرعاية الصحية والتعليمية وغيرها، واهتزت الروابط الأسرية بفعل التفرقة والبعد والظروف المعيشية المأسوية التي تؤدي بدورها أحياناً إلى اختلال منظومة القيم الاجتماعية (فرق الاحتلال الإسرائيلي الأسر في الجولان المحتل وقطع التواصل بينهم إلا عبر الصراخ والأسلاك الشائكة وحقول الألغام).

جدول رقم (3): أعداد المباني المدمرة في الأراضي الفلسطينية المحتلة بين 2000 و2007، حسب نوع الدمار

المجموع	عدد مباني الأمن المدمرة	عدد المباني العامة المدمرة	عدد المباني المدمرة كلياً	عدد المباني المدمرة جزئياً	
45845	83	155	2855	42752	الضفة الغربية
31914	-	88	5248	26578	قطاع غزة
77759	83	243	8103	69330	الأراضي الفلسطينية المحتلة

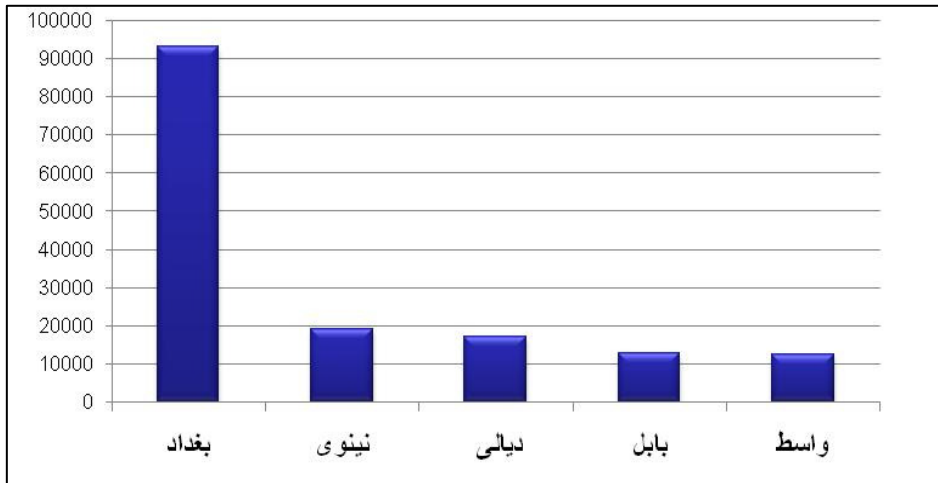
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2008.

وفي العراق:

- يقدر عدد العراقيين المهجرين داخل البلاد بنحو 2.8 مليون شخص نزحوا إلى مناطق داخل العراق.
- يتفاوت عدد الأسر النازحة من محافظة إلى أخرى، بلغت أعلاها في العاصمة بغداد، حيث بلغ عدد المهجرين منها (93) ألف عائلة..

شكل رقم 7:

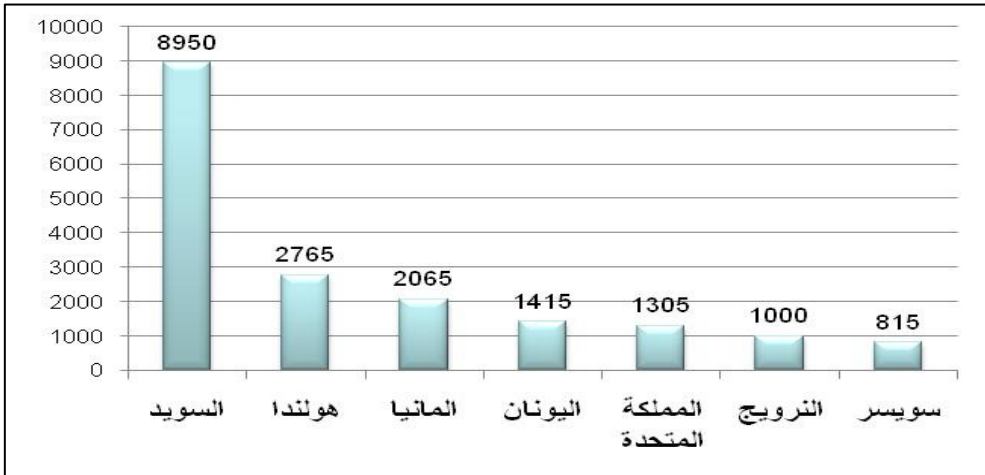
عدد الأسر المهجرة حتى أكتوبر 2008



- شهد العراق أول موجة تهجير إلى الخارج في عام 1980 وهو العام الذي بدأت به الحرب العراقية - الإيرانية، حيث تم تهجير ما بين (350-500) ألف مهجر إلى إيران.
- شهدت الفترة 1986-1988 عمليات تهجير قدرت ضحاياها بحوالي نصف مليون عراقي بين مشرد ومهجر إلى إيران وتركيا ودول الاتحاد الأوروبي.
- شهدت الفترة التي تلت الاحتلال الأمريكي للعراق في ربيع 2003 أضخم هجرة في تاريخ منطقة الشرق الأوسط، حيث قدرت أعداد العراقيين الذين فروا من ديارهم إلى الدول المجاورة بحدود مليوني شخص.
- تركز أكثر من نصف المهاجرين العراقيين في سوريا، ثم بحدود 25% في الأردن، ثم مصر، فلبنان، فالإمارات، فأيران، ثم تركيا.
- بلغ مجموع طلبات اللجوء المقدمة من مواطنين عراقيين نحو 29 ألف شخص، وكان العراقيون أكبر مجموعة طالبي اللجوء لدى الوصول إلى الدول الصناعية في عام 2008.
- تعد السويد أكثر الدول تقبلاً لطلبات اللجوء العراقية، حيث شكلت ما نسبته 41%، تليها هولندا بنسبة 12.5%، ثم ألمانيا بنسبة 9.4، ثم اليونان 6.4%

شكل رقم 8:

عدد طلبات لجوء العراقيين لدول صناعية حتى مطلع عام 2007



وفي لبنان، نتجت عن حرب 1975 موجة هجرة كبيرة إلى الخارج وانتقالات قسريّة أخلّت بالتركيبة الديمغرافية للمجتمع، والاقتصادية للبلاد، كان من نتائجها خاصة:

- ◆ النزوح القسري الداخلي (التهجير) لما يقارب ربع السكان، فقد قدر عدد الذين تركوا أماكن إقامتهم العادية ما بين سنتي 1975-1991 بنحو 800 ألف نسمة (من نحو 949 قرية ومدينة بينها 82 دمرت كلياً و 91 دمرت جزئياً).
- ◆ حركة كثيفة للهجرة نحو الخارج حيث قدر الرصيد الصافي للهجرة الخارجية خلال الفترة 1975-1991 بنحو 517 ألف مهاجر، أي ما نسبته 16.2 % من السكان.

ومع تواصل العدوان على لبنان خاصة سنوات 1993 و 1996 و 2006، تواصلت المآسي والتداعيات على الأسرة اللبنانية، إذ إضافة إلى قتلى وجرحى عدوان صيف 2006 تسببت هذه الحرب الأخيرة في إرغام مليون شخص على مغادرة ديارهم ويقدر أن ثلثي المتضررين منهم هم من الأطفال والنساء. وفي دراسة أشمل تبين أن 61% من اللبنانيين اضطروا إلى ترك منازلهم في وقت ما من زمن الحروب.

الحرب وظروف العيش:

لقد رسمت الحروب والأزمات التي عرفتتها المنطقة العربية آثارها وتداعياتها على كل أوجه الحياة اليومية للمواطن والأسرة وعلى مؤشرات الصحة والتعليم والتماسك الأسري والحراك السكاني والعلاقات داخل الأسرة وفي المجتمع.

كما أن الوضع الحالي، والذي يسير في بعض الدول نحو الانفراج وتراجع حدة العنف واللاأمن (العراق، لبنان، السودان) ويتواصل متأزماً في أخرى (فلسطين والصومال)، لا يزال يعكس صوراً عنيفة وأخطاراً حاضرة ستمتدّ انعكاساتها في الزمن على أغلب فئات المجتمع.

وتعتبر المؤشرات التالية، المستقاة من عديد المصادر البحثية والدراسات الكمية والكيفية، عما خلفته تلك الحروب والكوارث على النسيج المجتمعي والأسري. ففي العراق مثلاً:

- يقدر عدد السكان غير الآمنين غذائياً لعام 2008 بقرابة مليون نسمة ، يضاف إليهم 6.4 مليون نسمة يمثلون 22% من السكان يعتمدون بصورة كاملة على البطاقة التموينية، وبدونها سيتحلون إلى سكان غير آمنين غذائياً.
- انخفاض العمر المتوقع عند الولادة بمعدل سبع نقاط، حيث انخفض من (65) سنة في عام 1990 إلى (58) سنة في عام 2006.
- ارتفاع معدل الوفيات الخام لكل ألف نسمة من السكان من (8.5) حالة وفاة في عام 1990 إلى (10.0) حالة وفاة في عام 2006.
- ارتفاع حالات الوفيات بمرض السرطان الناتج عن الإشعاعات من (24) حالة في عام 1988 إلى (644) حالة في عام 2003.
- تزايد أعداد المعاقين في العراق نتيجة للحروب والنزاعات المسلحة حتى وصل العدد إلى حوالي مليون ونصف معوق في عام 2008، وبهذا يحتل العراق المركز الأول عالمياً بأعداد المعاقين قياساً بعدد السكان.
- ارتفاع معدلات البطالة في العراق والتي قدرت بنحو 15.5% من إجمالي النشطين اقتصادياً في عام 2008 مقارنة مع 6% في عام 1990.
- قدر معدل البطالة الناقصة (الأشخاص الذين لا يعملون بشكل كاف بنحو 29.5% لكلا الجنسين (49.58% للإناث و25.25% للذكور، وعلى مستوى البيئة فقد تراوح هذا المعدل ما بين 42%) في المناطق الحضرية و(44.7%) في الأرياف.
- الفئات الأكثر تضرراً من تأثيرات الحروب على فرص العمل هم الشباب في الفئة العمرية (15-24 سنة) الباحثين عن العمل لأول مرة، حيث لوحظ ارتفاع معدلات البطالة بينهم من (7.1%) في عام 1990 إلى (30.7%) في عام 2008
- بلغت نسبة السكان الحضر الذين يحصلون على مياه صالحة للشرب (60%) في عام 2006 مقابل 95% في عام 1990، في حين كانت النسبة لسكان الأرياف 30% في عام 2006 مقابل 75% في عام 1990.

- وفي غزة، أشارت إحدى الدراسات إلى:
- ◆ أثر نقص الحاجات الأساسية على جودة الحياة للفئات المستضعفة: 39% من الأسر أشارت إلى أن المال يشكل أولوية ملحة، يليه غاز الطهي بنسبة 20% ويأتي إصلاح المسكن في المرتبة الثالثة.
 - ◆ ستة من بين عشرة أسر أفادوا بأنهم لم يكونوا قادرين على إبقاء مساكنهم دافئة بما فيه الكفاية.
 - ◆ 43% من الأسر قالوا أنهم خففوا من استهلاك الطعام أثناء الحرب وأشار 9% من الأسر أنهم صاموا بسبب نقص الغذاء.

وفي لبنان، تبين دراسة أجرتها اللجنة الدولية للصليب الأحمر في 8 دول من بينها لبنان أن:

- أكثر من ثلاثة أرباع السكان (78%) عانوا حرمان المستلزمات الحياتية، مثل المياه والكهرباء، أو واجهوا وصولاً مقيداً جداً إليها، فيما حرم 28% من الوصول إلى الرعاية الصحية على مستويات عدة.
- أكثر من النصف (57%) تكبدوا أضراراً في الممتلكات، أو فقدوا الاتصال بقريب (51%).
- خسر النصف (51%) موارد عيشه.
- قال ربع المستجوبين (26%) إن عضواً من عائلتهم القريبة تعرضوا للقتل.

الاضطرابات النفسية الناجمة عن الحروب وانعدام الأمن:

تولد كل الحروب والمضاعفات الناجمة عنها توترات حادة داخل الأسرة التي تعيش حالات من القلق والضيق والإحساس بالعجز أو بالفقر كثيراً ما تترجم إلى سلوكيات غير طبيعية لدى الوالدين يطغى عليها الانفعال والغضب والعنف والتشاؤم وهي أوضاع تتعكس بالتأكيد على الأطفال داخل الأسرة وكذلك على العلاقات الأسرية ككل وهو ما يولد لدى الأطفال والنساء خاصة حالات من الاكتئاب والرغبة في الانعزال وعديد الأعراض النفسية الأخرى، كما يمكن أن تفجر هذه الأوضاع لدى الأطفال والشباب سلوكاً عدوانياً أو انحرافياً يصل إلى الجريمة أحياناً.

فخلال الحرب الأخيرة على غزة وإثرها عبّر سكان القطاع عن فقدانهم للشعور بالأمن الذي ولدّ فيهم الخوف من فقدان الأولاد، والأهل، والزوج والخوف من الموت أو الإعاقة والتي كانت تقلق النساء أكثر من الموت، كما غدتّ لديهم شعورا بالعجز وعدم القدرة على حماية الأسرة وتوترا وعصبية ولجوءا الى الصراخ وضرب الأولاد.

وتترجم المؤشرات التالية هذا الوضع النفسي المتأزم خاصة لدى الأطفال والنساء:

- ◆ 13% من السكان عانوا من مشاكل في النوم.
- ◆ 23% من الأطفال 5-14 سنة عانوا من التبول اللاإرادي أثناء النوم.
- ◆ 9% من الأطفال 10-14 سنة عانوا من مشاكل التبول اللاإرادي أثناء الحرب.
- ◆ 26% من الأطفال عانوا صعوبات في التركيز وهي أكثر شيوعا بين الأطفال الذكور.
- ◆ 40% شعروا بالعصبية و41% شعروا بالإحباط الشديد.

ونتيجة لما شهده العراق خلال العقد الأخيرين، بيّن المسح العراقي للصحة النفسية ارتفاع نسبة العراقيين المصابين باضطرابات نفسية، حيث بلغت 16.5% من إجمالي سكان العراق خلال عامي 2006-2007.

وفي لبنان أيضا، خلّفت الحرب والصراعات تفككا واضحا في المجتمع وتمزقا للعلاقات الإنسانية وانعداما للثقة ناتجا عن القلق المستمر والشعور بانعدام الأمن وتوقع الانتكاسة والعنف في أي لحظة إذ أن العديد من بذور وعوامل الأزمات السابقة لا تزال قائمة بشكل أو بآخر.

وتبين دراسة الصليب الأحمر المشار إليها أن جميع اللبنانيين تقريبا ذاقوا هول النزاعات المسلحة أو العنيفة وطعمها المر الكئيب. وتبين أن 96% من اللبنانيين تأثروا فعليا بشكل ما بالنزاعات المسلحة، وكانت لـ 75% منهم تجربة خاصة فيها. ومن انعكاساتها النفسية، قلق كبير لدى 62%، حزن لدى 55%،

رغبة في الانتقام لدى 34%، وترزع الثقة لدى 20%. وعندما سئلوا عن خوفهم الأول، كان: أن "يخسر المرء أحبائه".

ويعيش اليوم في لبنان جيل من الشباب دون 35 سنة من العمر عاشوا في حياتهم اليومية حوالي 17 سنة على وقع الدمار والقتل.

الأخطار والكوارث البيئية:

تعرف المنطقة العربية تحديات طبيعياً وبيئياً لا تقل خطورة عن التحديات الأمنية خاصة وأن التعامل معها لا يزال دون الجدية والعمق الذين يسمحان بتجاوز مخلفاتها المدمرة على المديين المتوسط والبعيد. ولئن تتفاوت الأمور بين دول المنطقة بصفة جليّة في مجال الأمن والاستقرار، فإنها تتقارب في ما تواجهه من أخطار المحيط وبيئة العيش. وتتمثل أهم التحديات في هذا المجال في نقص المياه الذي يبلغ مستوى الندرة في بعض البلدان والأقاليم، والتصحر والتلوّث، إضافة إلى التغيرات المناخية.

المشكلة المائية:

تعتبر ندرة المياه مشكلة رئيسية في المنطقة العربية التي يقع العدد الأكبر من بلدانها في مناطق قاحلة أو شبه قاحلة أي أن تهافت الأمطار فيها ضعيف، لذلك فإن حجم الموارد المائية المتوفرة بالمنطقة يبقى ضعيفا ويقدر بنحو 300 مليار متر مكعب سنويا. أما الحجم الإجمالي لموارد المياه السطحية المتوفرة بالبلدان العربية فيقدر بـ 277 مليار متر مكعب في السنة ينبع 57% من خارج المنطقة أي من بلدان مجاورة أو بعيدة، مع الإشارة إلى أن الاتفاقيات المبرمة بين الدول لتقاسم حقوق استغلال الأنهار المشتركة عادة ما تكون غير مفعلة أو هي تسيير حسب طبيعة العلاقات السياسية (منطقة تآزم وتوترات مستمرة).

ويزداد الوضع تعقيدا بالإفراط في الضخ والاستهلاك لتلبية حاجيات السكان إما للاستعمال المنزلي أو للزراعة أو للصناعة خاصة إذا علمنا بأن معدلات النمو السكاني في المنطقة تبقى مرتفعة بالرغم من انخفاض مؤشراتهما عما كانت عليه

خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي، إذ من المتوقع أن تبلغ نسبة النمو السكاني في المنطقة العربية خلال الفترة 2010-2015: 1.9% أي حوالي ضعف معدل النسبة العالمية (1.1%) وبهذا النسق سوف يبلغ عدد سكانها سنة 2015 نحو 385 مليون نسمة (331 سنة 2007).

وتشير بعض الدراسات إلى أن تزايد طلب السكان على المياه سيؤدي إلى انخفاض نصيب الفرد بحلول سنة 2025 إلى 460 مترا مكعبا وهو دون مستوى فقر المياه المدقع وفق المعايير الدولية (حاليا نصيب الفرد: دون 1000 متر مكعب).

وتتوزع استخدامات المياه في الدول العربية خلال الفترة 1999-2006 كالتالي:

- 85% للزراعة.
 - 8% للاستهلاك المنزلي.
 - 7% للاستهلاك الصناعي.
- (المصدر: UNDP - منظمة الأغذية والزراعة).

التصحّر:

يعرّف التصحر بأنه "تردي الأراضي في المناطق القاحلة وشبه القاحلة والجافة وشبه الرطبة، نتيجة عوامل مختلفة من بينها الاختلافات المناخية والنشاطات البشرية".

ويهدّد التصحر كل الدول العربية دون استثناء، ويكفي أن نشير إلى أن 89.6% من شبه الجزيرة العربية و 77.7% من شمال إفريقيا و 44.5% من وادي النيل والقرن الإفريقي هي صحراء (تقرير جامعة الدول العربية وبرنامج الأمم المتحدة البيئية)، ويتواصل تهديد التصحر بصفة متواصلة ولو بتفاوت بين الدول.

تلوث الماء والهواء:

أصبح التلوث بكل أنواعه مشغلا عالميا وقع التفتن إلى أخطاره وتجنّدت عديد القوى والفعاليات الرسمية والمجتمعية للتصدي له والتقليل من آثاره.

ويعتبر تلوث الماء خاصة من التحديات الخطيرة التي تواجهها المنطقة العربية بفعل الأساليب الزراعية المعتمدة والتي تستعمل فيها المواد الكيماوية والمبيدات بصفة مفرطة تؤثر، ولمدة طويلة، على نوعية المياه الجوفية والسطحية.

واعتبارا لندرة المياه بصفة عامة، فإن نسبة من السكان يضطرون إلى استعمال مياه ملوثة في غياب مياه نظيفة قريبة منهم. وتبين التقارير المختصة في المجال أن نسبة السكان الذين يستعملون مصادر محسنة لمياه الشرب بلغت 85% خلال الفترة 1990-2004 و 68% في البلدان العربية الأقل نموا. ويرى المختصون أن الدول العربية لن تحقق الغاية 10 من الهدف السابع من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول سنة 2015 (المتعلقة بالحصول على المياه المحسنة) وأنها في حاجة إلى 27 سنة إضافية لتبلغ الغاية (ربما؟).

ويساهم في تلوث المياه ذي الأضرار الصحية العديدة، فقر شبكة الصرف الصحي بالمنطقة العربية، إذ يبقى حوالي 30% من السكان خارج دائرة الانتفاع بخدمات الصرف الصحي، وترتفع هذه النسبة إلى 60% في بعض البلدان (جزر القمر، السودان، موريتانيا).

أما على مستوى تلوث الهواء، فإن الوضع وإن كان لا يبعث على كثير من القلق حاليا باعتبار أنه من أدنى المستويات في العالم (حجم انبعاث ثاني أكسيد الكربون) نتيجة ضعف التصنيع، فإن نسق تزايد تلوث الهواء في بعض بلدان شمال إفريقيا والشرق الأوسط هو من الأسرع في العالم.

تغير المناخ:

تقع المنطقة العربية، كغيرها من مناطق العالم، تحت تأثير التغيرات المناخية التي أصبح يشهدها كوكبنا منذ عقود، إلا أن مسؤوليتها في ذلك تبقى ضعيفة إذ أن نصيبها من ثاني أكسيد الكربون لا يتجاوز 4.7% (تقرير التنمية الإنسانية 2008/2007).

لكن في المقابل فإن تأثير التغيرات المناخية على المنطقة العربية كبير باعتبار هشاشة العناصر الطبيعية فيها واتساع رقعة التصحر وندرة المياه وارتفاع نسبة السكان في المدن. وتشير الدراسات المختصة إلى أن تغير مناخ الأرض وخاصة ارتفاع درجات الحرارة سوف يزيد من تقاوم ندرة المياه وتراجع مخزونات السدود ومستويات الأنهار وتراجع الإنتاج الزراعي والتكثيف من استعمال المواد الكيميائية فيه وهو ما سيساهم في حراك مكثف مخل بالتوازن والتوزيع السكاني.

إن ندرة المياه وتلوثها والتصحر والتغيرات البيئية تمثل تحديات كبرى أمام المنطقة العربية نظراً لتداعياتها على صحة السكان ونوعية عيشهم واستقرارهم وتواصل أنشطتهم، كما أنها أوضاع يقع وزرها خاصة على الفئات الفقيرة التي ليس لها من الإمكانيات والقدرات ما يسمح لها بالحصول على مياه محسنة أو اختيار مواقع السكن والتمتع بكل مرافق جودة الحياة.

وطبيعي أن تزداد كل هذه التحديات وأخطارها حدة زمن الحروب والصراعات، من ذلك مثلاً:

- بلغت نسبة تلوث مياه الشرب في العراق في مطلع عام 2009 حوالي 35%، الأمر الذي قاد إلى ظهور أمراض غادرها العراق منذ أكثر من ثلاثين عاماً منها مرض الكوليرا.
- غطي خدمات الصرف الصحي الآن فقط 25.7% من عموم مناطق العراق، في حين كانت تغطي (75%) من مناطق الحضر و(50%) من مناطق الريف عام 1990.
- وجود (25) مليون لغم أرضي من مخلفات الحرب العراقية الإيرانية وحربي 1991 و2003، أي أن هناك لغماً لكل عراقي تقريباً، ويوجد ثلاثة ملايين طن من الصواريخ والقنابل غير المنفجرة، مما يهدد الحياة في آلاف التجمعات السكانية والقرى.

- تقدر كمية العتاد الذي صنع من اليورانيوم المنضب الذي ألقى على العراق في حرب مارس 2003 بنحو (1750) طنّاً، وهو ما يعادل (5.5) مرة الكمية التي أُلقيت في حرب الخليج الأولى، علماً بأن النشاط الإشعاعي لليورانيوم المنضب يدوم ملايين السنين وله آثار خطيرة على السكان.

IV توصيات ومقترحات عملية:

- تجند كل الهيئات والمؤسسات الإقليمية، والوطنية وهيكل المجتمع المدني لتفعيل الاتفاقيات والمواثيق الدولية الخاصة بالحروب والنزاعات وحماية المدنيين زمن الحرب وتلك المتصلة بالأسلحة المحظورة والمواد الفتاكة التي يستعملها البعض.
- تكثيف التحرك على كل المستويات وأنشطة المناصرة والدعوة لإجبار قوى الاحتلال في بعض الدول العربية على القيام بواجب ضمان الإمدادات الغذائية والطبية للسكان بأقصى حدّ من الوسائل المتاحة، وحماية المدنيين غير المقاتلين المعرضين للخطر وتحديد المناطق المدنية.
- العمل على مستوى الحكومات والجمعيات، على تكريس القواعد والأعراف الدولية الخاصة بحق المهاجرين والمهجرين في لمّ شمل الأسر وتقديم العون والمساعدة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للأسر المهجرة .
- فسح مجال أرحب للعمل الجمعياتي/الأهلي ودعمه ومساندته وتعزيز مشاركته في الشأن المجتمعي العام باعتباره رافداً هاماً وفاعلاً في عمليات التنمية البشرية زمن السلم وزمن الحرب والكوارث.
- إحداث هيكل عربي إقليمي لمساعدة الأسرة العربية في مواقع الحروب والأزمات والصراعات والكوارث تكون صلاحياته وإمكاناته كبيرة ومتناسقة مع حجم التحديات (ضريبة شخصية على كل مواطن عربي عامل).
- اعتماد مبدأ المساواة والمطالبة باسترداد الحقوق وجبر الضرر مهما كان نوعه الذي يلحق الأسر العربية في مناطق الصراعات والحروب وتتبع

- المسؤولين على ذلك (هيكل مختص من الخبراء في المجال صلب جامعة الدول العربية أو على أي مستوى آخر).
- تعزيز الدعم المادي واللوجستي للمنظمات الدولية والإقليمية والمحلية المعنية برعاية اللاجئين والمدنيين زمن الحروب والكوارث وإعادة توطين المهجرين وإزالة الألغام وآثار الأسلحة المحظورة.
 - تطوير أنظمة جمع البيانات وتحليلها حول الأسرة العربية في الأزمات والصراعات والعمل على نشرها والتعريف بها على أوسع نطاق.
 - تكثيف التظاهرات الإعلامية والدراسات بهدف التشهير بما تتعرض له الأسرة العربية تحت الاحتلال وفي مناطق الصراعات ورفع الخلط بين المحارب والمدني وبين الحق في المقاومة والإرهاب.
 - دعوة الحكومات العربية التي لا تتوفر بها تشريعات وسياسات ومؤسسات لتحديث قوانين الأسرة وجعلها مواكبة للتغيرات السريعة والعميقة أن توفرها وتنفذها.
 - دعوة وسائل الإعلام العربية بكل أنواعها لتسليط الضوء على معاناة الأسرة العربية تحت الاحتلال.
 - تطوير السياسات والبرامج في بعض الدول العربية والتي هي في حاجة إلى ذلك، في مجال توفير المياه المحسنة وتوسيع شبكات الصرف الصحي.
 - الدعوة إلى تعزيز العمل العربي المشترك والاستفادة المتبادلة من الخبرات والتحارب في مجال البحث العلمي والتطبيقي حول الكوارث الطبيعية والتصحر والمياه والمناخ.
 - العمل على رفع درجة الوعي لدى المواطنين العرب بأخطار التحول البيئي والتصحر وندرة المياه وعلى نشر ثقافة بيئية منذ الصغر.

المراجع:

- 1- الأسكوا، الاتجاهات السائدة في أثناء النزاعات وتداعياتها، 2009.
- 2- الأسكوا، التقرير السنوي، 2008.
- 3- الأسكوا، حماية حقوق المرأة، 2009.
- 4- الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية، 2008.
- 5- الهيبي فواز عبد الرحمن، تداعيات الحروب والنزاعات على الأوضاع السكانية في البلدان العربية/ العراق نموذجا، 2009.
- 6- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2007.
- 7- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2008.
- 8- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية، 2009.
- 9- تقارير مؤتمر "أثر الحروب والنزاعات المسلحة على الأسرة العربية- دمشق 2007.
- 10- جامعة الدول العربية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تحديات التنمية في الدول العربية (ج1-2)، 2009.
- 11- حمودة أحمد عبد الرحمن، الخطة التنفيذية للاستراتيجية العربية للأسرة.
- 12- دياب شبيب، سوسيولوجيا النزاعات، 2007.
- 13- صندوق الأمم المتحدة للسكان، جمع البيانات في ظروف الحرب والأزمة الأخيرة على غزة، 2009.
- 14- عبد الغني نجيبية، وفيات الأمهات/التحدي الأصعب في الدول العربية، 2009.

- 15- عبد الناظر أحمد وعبد المنعم أحمد وعبد الحميد ماجدة، الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع والتحديات، جامعة الدول العربية، 2009.
- 16- كامل مهنا، النزاعات المسلحة وآثارها على الأسرة، 2010.

المتغيرات البيئية وتأثيرها على صحة الطفل اليمني

أحمد العتيق¹ أحمد عبد المنعم² صلاح مصطفى³ طارق الكبسي⁴

I- مقدمة:

تشير الدراسات الطبية والتقدم العلمي الحديث إلى أن حدوث المرض للإنسان تتفاعل فيه عوامل كثيرة متشابكة تتعلق بمسببات المرض والعائل المصاب والبيئة المحيطة سواء كانت بيئة طبيعية أو بيولوجية أو اجتماعية، ويتعاضد دور هذا التشابك في الأمراض التي تنتج عن خلل أو قصور في تأدية بعض أجهزة الجسم وأعضائه في تأدية وظائفها الفسيولوجية وفي بعض الأمراض لم تصل الدراسات العلمية الطبية إلى تحديد دقيق للعامل أو العوامل المسببة للمشكلة المرضية، وبالتالي تكون خطة العلاج هي الحد من تأثير بعض العوامل الظاهرة، بينما هناك عوامل أخرى قد تكون مجهولة، وهنا تبرز أهمية التعامل مع الظروف البيئية منها الاجتماعية والنفسية والاقتصادية مع الاهتمام بثقافة وعلاقات الأفراد داخل المجتمع.

وقد تزايد اهتمام العلوم الاجتماعية بالعوامل البيئية في الآونة الأخيرة ، ويرجع ذلك لتعاضد إدراك العلاقة التفاعلية بين الإنسان والبيئة، وقد احتلت الدراسات البيئية مكانتها هذه نظراً لزيادة المشكلات البيئية في العالم، كما اهتم المفكرون والكتاب والهيئات الدولية ومراكز البحث العلمي منذ ثلاثة عقود مضت بالأبعاد البيئية للمشكلة السكانية في البلاد المختلفة ، وهذا الاهتمام بدأ في التزايد منذ انعقاد المؤتمر الدولي الأول للسكان عام 1974.

ويعتبر الأطفال أكثر الفئات تأثراً بمخاطر البيئة والمجتمع الذي يحيط بهم، لأنهم في حالة ديناميكية من النمو، فتتضاعف خلاياهم، وتتطور أعضاؤهم بمعدل سريع، والأطفال يتعرضون أكثر للمواد الخطرة، لأنهم يقضون سنوات حياتهم

¹ معهد الدراسات والبحوث البيئية- جامعة عين شمس، مصر.

² المشروع العربي لصحة الأسرة- جامعة الدول العربية، مصر.

³ معهد الدراسات العليا للطفولة- جامعة عين شمس، مصر.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء- اليمن.

الأولى بالقرب من الأرض، ولأنهم عادةً يضعون كل ما يصل إلى أيديهم إلى أفواههم، إلى جانب عدد آخر من السلوكيات الديمغرافية والأوضاع الخاصة بهم.

وتشير الإحصاءات إلى أنه يموت كل عام أكثر من ثلاثة ملايين طفل دون سن الخامسة، لأسباب وظروف تتعلق بالبيئة، وهذا يجعل البيئة واحداً من أهم العوامل المؤدية لوفاة أكثر من عشرة ملايين طفل سنوياً - كما يجعلها عاملاً بالغ الأهمية في صحة وعافية أمهاتهم، (UNICEF, 2008).

وحيث أن مؤشرات صحة الأطفال تمثل أهمية قصوى في حياة المجتمعات، فكما هو معروف أن المجتمع اليمني يتميز بأنه مجتمع فتي تمثل فيه فئة الأطفال أقل من خمس سنوات حوالي 15% والفئة العمرية الصغيره أقل من 15 سنة حوالي 45% من إجمالي السكان بحسب نتائج التعداد العام للسكان-2004، وتعتبر هذه النسب كبيرة إذا قورنت بالدول الأخرى.

مشكلة الدراسة:

هناك عوامل بيئية أساسية تؤثر على صحة الاطفال، هذه العوامل متشابكة، ويصعب حصرها من ناحية أو الزعم بأن سببا بعينه يؤثر على حياة الأطفال ولكن يمكن القول بأن هناك عدة عوامل رئيسية مسئولة عن حدوث تلك المشكلة، منها العوامل الأيكولوجية والعوامل الفيزيائية وكل هذه العوامل وغيرها يمكن أن تؤثر على صحة الأطفال.

وتؤكد الكثير من الدراسات والأبحاث على أهمية المتغيرات البيئية على صحة الطفل الجسمانيه ، ونظرا لتأثير هذه المتغيرات على الطفل عموماً وعلى صحته خصوصاً، وحيث أن أغلب الدراسات المنفذة في الجمهورية اليمنية لم تنظر إلى تأثير البيئة المحيطة بالطفل على صحته وإنما يتم تناولها بشكل غير متعمق، ولذا فإن هذه الدراسة تسعى إلى إبراز العلاقة بين صحة الطفل والمتغيرات البيئية التي يعيش فيها.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة بشكل عام الى إبراز تأثير المتغيرات البيئية على صحة الطفل اليمني من خلال معرفة مدى تأثير المتغيرات البيئية على صحة الأطفال دون سن الخامسة وتحديد معاملات الارتباط بينها وإعداد التوصيات اللازمة التي تساعد متخذي القرار في تحسين مؤشرات صحة الأطفال.

فروض الدراسة:

تفترض الدراسة وجود ارتباط ذات دلالة إحصائية بين صحة الأطفال في اليمن والمتغيرات البيئية التي تحيط بهم". ويتضمن هذا الفرض الرئيسي مجموعة من الفروض الفرعية هي أن:

- هناك إرتباط بين الوعي البيئي وصحة الطفل.
- هناك إرتباط بين نظافة المنطقة المحيطة وصحة الطفل.
- هناك إرتباط بين العادات الإجتماعية الضارة وصحة الطفل.

منهجية الدراسة:

تتنمي هذه الدراسة إلى المنهج الوصفي التحليلي، والهدف منها ضمان تكامل الرؤية في تناول الوصف والمعاشية والتحليل والتفسير لمجتمع الدراسة الميدانية. وقد تم إختيار عينة عمدية غير إحصائية (Judgment Sampling) تعتمد على نظام الحصصية بما يمثل الحضر والريف من الأسر اليمنية التي يوجد فيها الفئة المستهدفة من الأطفال بواقع (250 أسرة معيشية) وقد بلغ عدد أفراد هذه الأسر (1.591 فرد)، بينما بلغ عدد الأطفال المستهدفين المبحوثين (231 طفل).

وتم إختيار هذه العينة بناءً على صعوبة ومحدودية الباحث في إستخراج عينة ممثلة للجمهورية اليمنية كاملة بمختلف محافظاتهما، ولذا تم إختيار محافظتين هما (أمانة العاصمة ومحافظة صنعاء)، حيث أن أمانة العاصمة تمثل حوالي 31% من إجمالي المناطق الحضرية على مستوى الجمهورية. كما أن محافظة صنعاء محافظة ريفية حيث تصل نسبة الريف فيها الى حوالي 98% من إجمالي سكان المحافظة وأكثر من 6% من إجمالي الريف على مستوى الجمهورية. وتتنوع

البيئات بشكل كبير مابين هاتين المحافظتين، وبناءً على ذلك تم إختيار منطقتين مختلفتين في كل محافظة، ليصبح عدد المناطق المختارة أربعة مناطق.

وتم تحكيم إستمارة العمل الميداني من قبل مجموعة من الخبراء والمحكمين ذوي الخبرة والعلاقة، وتم تعديل صياغة بعض الاسئلة وإلغاء البعض الآخر، وتم كذلك إجراء إختبار قبلي للإستمارة على عينة جزئية من المبحوثين، للتعرف على جوانب القصور في الإستمارة قبل تطبيق الدراسة الميدانية. وتم تنفيذ الدراسة الميدانية خلال الفترة 10/1 - 2009/11/15.

بعد إستيفاء الاستمارات من قبل المبحوثين، ومراجعتها وترميز إجاباتها، تم استخدام حزمة البرامج الجاهزة SPSS لتحليل اختبارات الفروض الإحصائية، وإجراء التحليل الإحصائي المتعدد.

التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

البيئة: في هذه الدراسة تم تحديد ثلاثة محاور لدراسة تأثير المتغيرات البيئية على الصحة النفسية والجسميه للطفل اليمني. وهي (البيئة داخل المنزل، الخصائص البيئية للمجتمع المحيط، الوعي البيئي لدى الأسرة).

صحة الاطفال: يقصد بمصطلح الصحة هو خلو الطفل -في العمر أقل من خمس سنوات- من الأمراض البيئية التي تصيب الأطفال، وهذه الأمراض التي يرجع السبب الرئيسي فيها إلى العوامل البيئية المختلفة التي تحيط بالطفل.

II - مناقشة نتائج الدراسة الميدانية:

2-1 الخصائص البيئية والصحية لمجتمع الدراسة:

رُوعي عند تصميم عينة الدراسة أن يكون حجم العينة مقارباً للنسبة على مستوى الجمهورية من خلال بيانات تعداد 2004، حيث كانت نسبة الحضر 29% والريف 71%. كما تم جمع بيانات مختلفة حول خصائص المسكن باعتبار المسكن هو المحضن البيئي الأول، والتي أظهرت كثير من الدراسات تأثيره على صحة الأطفال، (محمد فتحي أبو عيانة، 1999). وأظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن حوالي نصف المناطق المستهدفة فقط تعتبر نظيفة وجافة وأيضاً حوالي نصف مناطق

الدراسة تعاني وجود ناموس وذباب كثير، وأن مناطق الدراسة بشكل عام تفتقر إلى حدائق ومنتزهات، (جدول رقم 1).

الجدول رقم (1): الخصائص البيئية لمناطق عينة الدراسة

النسبة	العدد	الخصائص البيئية للمنطقة
56.0	126	المنطقة نظيفة وجافة
52.0	117	وجود ناموس / ذباب كثير
41.3	93	وجود الحيوانات ضالة
39.8	89	المنطقة بها تكديس قمامة
34.5	77	المنطقة تعاني من طفق المجاري
27.5	62	منطقة مزدحمة / كثيرة الضوضاء
20.9	47	شوارع معبدة
16.4	37	المنطقة بها مياه راكدة
9.8	22	يوجد مصانع في المنطقة
7.6	17	حدائق ومنتزهات

يتضح من الجدول رقم (2) أن حوالي طفل من كل طفلين يصاب بسعال أو ارتفاع في حرارة الجسم، كما أن طفل من كل ثلاث أطفال أصيب بالإسهال خلال الشهر السابق للدراسة، كما أن تلقي العلاج سواء للحمي أو السعال قد بلغت حوالي 96%، بينما انخفضت قليلاً بالنسبة لمن أصيب بالإسهال حيث بلغت حوالي 86%، وتلجأ أسرة من كل ثلاث أسر يمنية إلى التداوي بالأعشاب والطب الشعبي.

أما بالنسبة للأمراض البيئية المعدية فكان أكثر الأمراض التي أصيب بها الأطفال هي الإلتهاب الأميبي (7.1%)، يليه الإصابة بالدودة البوسية (6.6%).

أما بالنسبة للأمراض البيئية غير المعدية فكانت الإفرازات وانسداد الأنف وحساسية الصدر هما أكثر الأمراض انتشاراً.

الجدول رقم (2): نسب الإصابة ببعض الأمراض بين أطفال العينة.

النسبة	العدد	أمراض الطفولة
أمراض الطفولة وتلقي العلاج لها		
55.6	113	سعال/إرتفاع حرارة الجسم
95.6	117	أعطي علاج للحمى
34.7	71	أصيب الطفل بالإسهال
86.4	74	أخذت نصيحة أو استشارة للإسهال
33.3	68	اللجوء الى العلاج بالطب الشعبي
نسبة الإصابة بالأمراض البيئية المعدية		
7.1	15	التهاب أميبي
6.6	13	الدودة الدبوسية
5.3	11	التهاب سحائي
4.7	10	الديدان: (الاسكارس)
3.7	8	الجرب
3.4	7	المالريا
2.4	5	البلهارسيا
نسبة الإصابة بالأمراض البيئية غير المعدية		
12.8	26	نزول إفرازات وانسداد بالانف
8.6	17	حساسية بالصدر
4.8	10	التهابات وحكة وانتفاخ بالجلد
3.8	8	احمرار وحرقان ودموع بالعينين

يمثل التدخين عادة سيئة بدأت تنتشر في المجتمع اليمني بشكل كبير، ومن المعروف أن وجود شخص مدخن في الأسرة له تأثير سلبي على جميع أفراد الأسرة الآخرين، بحيث يصبح الآخرون معرضون للتدخين السلبي، وقد أثبتت الكثير من الدراسات الآثار الصحية الضارة على الأطفال، (هدى الشناوي، 2005). وقد أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن أسرة من كل ثلاثة أسر يوجد بها شخص مدخن.

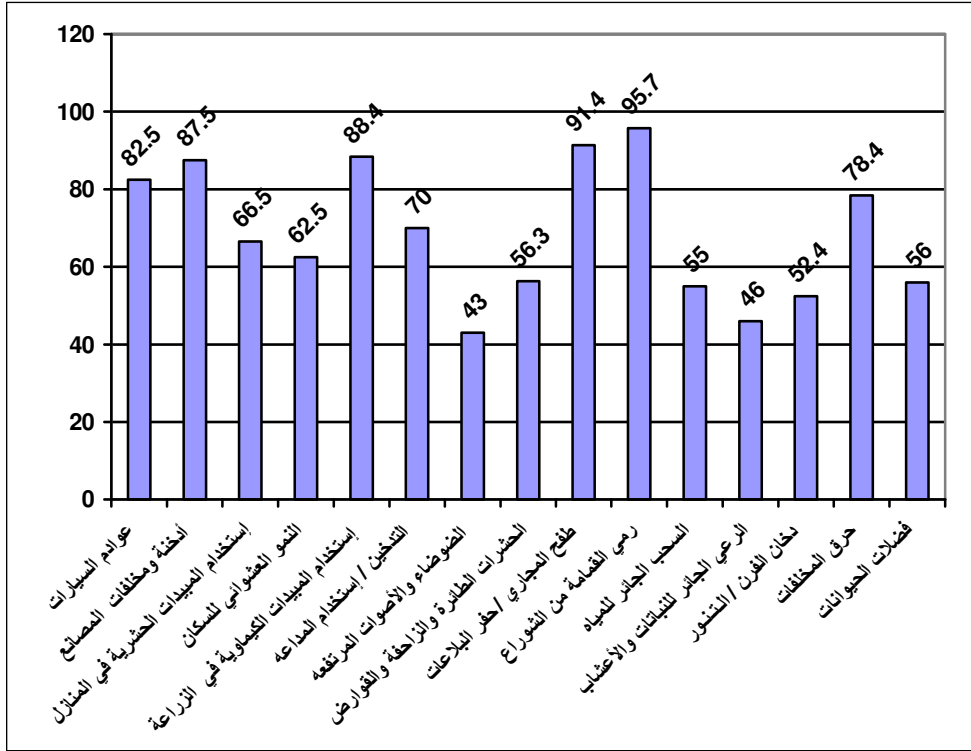
كما أظهرت النتائج أن حوالي ثلاث أرباع الأسر يوجد بها من يمضغ القات، وهذه النسبة كبيرة وتوضح مدى إنتشار القات في المجتمع اليمني، وتتوافق كثيراً مع نتائج المسوح المتخصصة في هذا المجال. (الجهاز المركزي للإحصاء، 2006). وقد تزايد التأثير البيئي للقات حيث أصبح أكثر المزروعات تعرضاً للمبيدات المضرّة بصحة من يتناوله بشكل مباشر، وعلى الأطفال بشكل غير مباشر من خلال الأمهات اللاتي يتناولنه. (جدول 3).

الجدول رقم (3): نسب انتشار التدخين ومضغ القات.

النسبة	العدد	الممارسات الصحية الضارة
التدخين		
31.8	73	نعم حالياً
16.4	38	نعم سابقاً
مضغ القات		
76.2	176	نعم حالياً
6.2	14	نعم سابقاً

يمثل وجود وعي بيئي لدى الأسرة أهمية في السلوك البيئي، حيث أظهرت العديد من الدراسات أن صحة الأسرة تتأثر بوجود وعي بيئي لديها، (ماجدة الدبركي، 2007)، وقد بينت النتائج أن أعلى ثلاث قضايا مثلت من وجهة نظر المبحوثين مشاكل بيئية تساهم في تلوث مناطقهم هي رمي القمامة في الشوارع وطفح المجاري وحفر البلاعات واستخدام المبيدات الكيماوية في الزراعة (95.7%، 91.4% و 88.4% على التوالي)، وهذه النتائج تختلف بحسب إختلاف المناطق والبيئات، وقد تميز إختيار المبحوثين لهذه المشاكل بارتفاع إختيارهم لعدد القضايا التي يرون أنها تساهم في تلوث البيئة، حيث أن حوالي 80% من المبحوثين أختاروا أكثر من 7 قضايا يرون أنها تساهم في التلوث البيئي من إجمالي عدد القضايا البالغ عددها 15 قضية. (شكل رقم 1).

شكل رقم (1): القضايا التي ترى الأسر أنها تساهم في التلوث البيئي



2-2 الارتباط بين المتغيرات البيئية وصحة الطفل (دون سن الخمس سنوات)

تكمن أهمية معامل الارتباط في أنه يساعد في معرفة مستوى الإرتباط وإتجاهه وهل هو إيجابي أم سلبي، وكذا معرفة مستوى الدلالة الإحصائية لهذه العلاقة.

ويوضح الجدول رقم (4) أنه كلما زاد الوعي البيئي للأسرة قابله نقص في إحتتمال تعرض الأطفال للسعال أو الحمى. أما محل الإقامة فيؤثر في السعال أو الإسهال، فالأطفال في الريف أكثر عرضة للإصابة بالسعال أو الحمى أو الإسهال مقارنة بأقرانهم في الحضر.

أما نوع المسكن فلم يؤثر سوى في إحتتمال تعرض الطفل للسعال أو الحمى، حيث أن الأطفال الذين يعيشون في مبنى مستقل أقل تعرضاً للإصابة بالسعال

مقارنة بالأطفال الذين يعيشون في جزء من مبنى. أما الخصائص الصحية للبيئة فيتضح تأثيرها السلبي من خلال عدد وفيات الأطفال، فكلما كانت هذه الخصائص جيدة أدى ذلك إلى انخفاض عدد وفيات الأطفال، وكذا يتضح تأثيرها السلبي أيضاً على تعرض الأطفال للإصابة بالأمراض البيئية غير المعدية.

الجدول رقم (4): معاملات الارتباط بين قضايا صحة الطفل والمتغيرات البيئية

قضايا بيئية	المؤشرات الاحصائية	طفل يعاني من إعاقة	عدد الوفاة للأطفال	تعرض الطفل لحالة سعال/حمى	الأمراض البيئية المعدية	الأمراض البيئية المعدية	تعرض الطفل للإسهال
الوعي البيئي	الارتباط	0.03	0.07	-0.15	0.13	-0.11	0.03
بقضايا التلوث	الدلالة	0.67	0.58	*0.03	0.33	0.36	0.65
مكان الإقامة	الارتباط	0.07	0.20	0.16	0.01	0.03	0.15
	الدلالة	0.33	0.11	*0.03	0.97	0.81	*0.04
نوع المسكن الذي تقيم به الأسرة	الارتباط	-0.06	-0.02	-0.15	-0.18	0.09	0.05
	الدلالة	0.36	0.90	*0.03	0.19	0.47	0.50
الخصائص الصحية للبيئة	الارتباط	0.04	-0.26	-0.08	-0.10	-0.31	-0.06
	الدلالة	0.59	*0.04	0.28	0.49	*0.01	0.36
البيئة النظيفة حسب المتغيرات	الارتباط	0.00	0.12	-0.02	-0.02	-0.08	0.02
	الدلالة	0.99	0.36	0.78	0.87	0.53	0.74

* معنوي بدرجة 95%

ويبين الجدول رقم (5) بشكل واضح تأثير التدخين على زيادة احتمال تعرض الطفل للسعال أو الحمى وكذا زيادة احتمال تعرض الأطفال للإسهال. أما تناول القات فيظهر تأثيره في زيادة عدد وفيات الأطفال، وكذا تعرض الطفل للسعال.

يظهر تأثير الرضاعة الطبيعية من حيث أن زيادة فترة الرضاعة الطبيعية تؤدي إلى انخفاض عدد الأطفال الذين يعانون من إعاقة وكذا احتمال تعرض الأطفال للأمراض البيئية غير المعدية وتعرض الطفل للإسهال.

أما احتمال تعرض الأم لمشكلة صحية أثناء الحمل أو الولادة فيظهر تأثيره على مختلف متغيرات صحة الطفل فيما عدى الأمراض البيئية المعدية.

الجدول رقم (5): معاملات الارتباط بين متغيرات الصحة الأسرية والمتغيرات البيئية

تعرض الطفل للإسهال	تعرض الطفل للسعال/الحمى	الأمراض البيئية غير المعدية	الأمراض البيئية المعدية	عدد الوفاة للأطفال	طفل يعاني من إعاقة	المؤشرات الاحصائية	قضايا بيئية وصحية
0.15	0.15	-0.05	-0.03	-0.16	0.07	الارتباط	التدخين الحالي
*0.04	*0.03	0.68	0.83	0.21	0.29	الدلالة	لأي فرد
0.02	0.16	0.01	-0.10	0.27	0.08	الارتباط	تناول القات لأي
0.79	*0.02	0.94	0.47	*0.03	0.24	الدلالة	فرد من الأسرة
-0.14	0.07	-0.27	0.09	0.20	-0.15	الارتباط	فترة الرضاعة
*0.05	0.29	*0.03	0.52	0.13	*0.03	الدلالة	طبيعية
0.13	0.16	-0.34	-0.03	-0.33	0.15	الارتباط	تعرض الأم
*0.07	*0.02	*0.01	0.82	*0.01	*0.03	الدلالة	لمشكلة صحية

* معنوي بدرجة 95%

2-3 المحددات البيئية لصحة الطفل:

لدراسة وتحليل العلاقة بين المتغيرات البيئية وصحة الطفل تم تحديد عدد 7 متغيرات تابعة كمقاييس لصحة الطفل وعدد 18 متغيراً مستقلاً تم كل منها على النحو المبين في الجدول رقم 6، وقد تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد لدراسة العلاقة بين المتغيرات التابعة والمستقلة.

الجدول رقم (6): المتغيرات البيئية المؤثرة على صحة الأطفال

وصفه ومرجعيته	اسم المتغير
المتغيرات التابعة	
متغير مستمر	عدد الإصابات بالأمراض المعدية
متغير مستمر	عدد الإصابات بالأمراض غير المعدية
متغير مستمر	عدد وفيات الأطفال
نعم لا	حدوث حالة وفاة
نعم لا	تعرض الطفل للسعال
نعم لا	تعرض الأطفال للإسهال
نعم لا	وجود طفل معاق
المتغيرات المستقلة	
حضر ريف (فئة مرجعية)	مكان الإقامة
متغير مستمر	الوعي البيئي
نعم لا (فئة مرجعية)	التدخين في الأسرة
نعم لا (فئة مرجعية)	مضغ القات في الأسرة
متغير مستمر	نظافة البيئة
صحي غير صحي (فئة مرجعية)	نوع خزان المياه المستعمل
نعم لا (فئة مرجعية)	الرضاعة من الثدي
نعم لا (فئة مرجعية)	معالجة مياه الشرب
نعم لا (فئة مرجعية)	تلقي الطفل التطعيمات اللازمة
نعم لا (فئة مرجعية)	تعرض الأم لمشكلة صحية
نعم لا (فئة مرجعية)	المسكن مرتبط بشبكة مجاري
نعم لا (فئة مرجعية)	التخلص من القمامة
نعم لا (فئة مرجعية)	وجود مطبخ داخل المسكن
مستقل جزء من مبنى (فئة مرجعية)	نوع المسكن الذي تقيم به الأسرة
نعم لا (فئة مرجعية)	الاحتفاظ بالحيوانات
نعم لا (فئة مرجعية)	إستخدام الغاز في الطهي
ترايبية غير ترايبية (فئة مرجعية)	المادة المستخدمة في أرضية المسكن
متغير مستمر	عدد غرف النوم

❖ العلاقة بين الإصابة بالأمراض المعدية والمتغيرات البيئية المختارة

بلغت قيمة R^2 حوالي (32%)، وهذا معناه أن النموذج لم يتعرف سوى ثلث الحالات فقط، وهذا يعني أن هناك ضعفاً في التوافق ما بين البيانات المقدره والبيانات الأصلية المشاهدة. ومن خلال الجدول رقم (7) يلاحظ أن المحددات التي لها إرتباط وتأثير على إحتمال تعرض الأطفال للأمراض المعدية، يأتي أولاً محدد الإحتفاظ بالحيوانات، فالأسر التي تحتفظ بالحيوانات يزداد فيها احتمال تعرض الطفل للأمراض البيئية المعدية بمقدار 0.79 وحدة بافتراض ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى، كما يلاحظ أن الأسر التي تستخدم أرضية صحية في المسكن ينخفض لديها احتمال الإصابة بأمراض البيئية المعدية بمقدار 0.77 وحدة بافتراض ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى.

❖ العلاقة بين الإصابة بالأمراض غير المعدية والمتغيرات البيئية المختارة

بلغت قيمة R^2 حوالي (21%)، وهذا معناه أن النموذج لم يتعرف سوى ربع الحالات فقط، ومن خلال الجدول رقم (7) يلاحظ أن المحددات التي لها إرتباط وتأثير على إحتمال تعرض الأطفال للأمراض غير المعدية، يأتي محدد الرضاعة الطبيعية أولاً، ثم وجود الحيوانات داخل المسكن، ومعنى ذلك أن الإحتفاظ بالحيوانات داخل المسكن يؤثر على زيادة احتمال الإصابة بالأمراض البيئية المعدية، ويؤثر في انخفاض احتمال الإصابة بالأمراض البيئية غير المعدية.

❖ العلاقة بين وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات في الأسرة والمتغيرات البيئية

بلغت قيمة R^2 حوالي (50%)، حيث يتضح أن عدد الحالات التي تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً بلغت حوالي 50% من إجمالي الحالات، وهذا يعني أن هناك توافق متوسط ما بين البيانات المقدره والبيانات الأصلية المشاهدة.

ومن خلال الجدول رقم (7) يلاحظ أن محدد الإحتفاظ بالحيوانات يمثل أكثر المحددات إرتباطاً بمتغير عدد الأطفال المتوفين في الأسرة، فالأسرة التي تحتفظ بالحيوانات داخل المسكن تكون أكثر عرضة لوفيات الأطفال بمقدار 1.3 مرة بافتراض ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى، كما أن الأسر التي تستخدم خزان مياه غير صحي تكون أكثر تعرضاً لحالة الوفيات مقارنة بالأسر التي تستخدم خزان

صحي للشرب، كما أن البيئة النظيفة تؤدي إلى نقص في عدد الوفيات للأطفال بمقدار 0.98، وتعرض الأم لمشكلة صحية يؤدي إلى زيادة عدد الوفيات في الأسرة بمقدار 0.65 وحدة واحدة.

الجدول رقم (7): معاملات الانحدار المتعدد

مستوى المعنوية	إختبار T	معامل الارتباط β	الخطأ المعياري	معامل الانحدار β	المتغيرات المستقلة
الإصابة بالأمراض المعدية					
.001	3.665	.445	.215	.789	الاحتفاظ بالحيوانات
.005	-2.925	-.355	.264	-.771	المادة المستخدمة في أرضية المسكن
.003	3.155		.572	1.805	الثابت
الإصابة بالأمراض غير المعدية					
.001	3.506	.404	.242	.849	رضاعة طبيعية
.028	-2.254	-.259	.114	-.257	الاحتفاظ بالحيوانات
.887	.143		.311	.044	الثابت
وفيات الأطفال					
.000	3.798	.408	.339	1.287	الاحتفاظ بالحيوانات
.003	3.156	.336	.320	1.011	نوع خزان المياه
.004	-3.003	-.321	.326	-.978	البيئة النظيفة
.037	2.149	.232	.304	.654	تعرضتي مشكلة صحية
.000	4.590		1.201	5.512	الثابت

يوضح الجدول رقم (8) تقديرات النموذج المقترح الذي تم الحصول عليه باستخدام الفئة المرجعية في جميع المتغيرات المستقلة، وبصفة عامة يجب أن نعرف أنه يتم الاعتماد على مستوى معنويه قدره 95%، حيث يتضح أن كلما كانت قيمة Odd Ratio أقل من واحد فهذا يعني أن تأثير الصفة (الفئة) أقل من الفئة المرجعية وتكون إشارة التقدير سالبه والعكس صحيح. ونورد هنا المتغيرات مرتبة بحسب إرتباطها بالمتغير التابع.

❖ العلاقة بين وجود طفل يعاني من إعاقة في الأسرة والمتغيرات البيئية

يتضح أن عدد الحالات التي تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً بلغت حوالي 31% من إجمالي الحالات، ومن خلال الجدول رقم (8) يلاحظ أن محدد الإقامة الحضرية يمثل أكثر المحددات إرتباطاً بمتغير الإصابة بالسعال، فالأسرة التي تسكن في الحضر أقل تعرضاً للسعال من الأسرة التي تسكن في الريف، كما يلاحظ أن الأسرة التي لا يوجد فيها من يمضغ القات تؤدي إلى نقص احتمال تعرض الطفل للسعال بافتراض ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى، وذلك يرجع بطبيعة الحال أنه يترافق مع هذه العادة الاجتماعية الضارة بجميع صورها، كما أن معالجة مياه الشرب يؤدي إلى نقص في احتمال إصابة الطفل للسعال بمقدار 1.3 وحدة مقابل وحدة واحدة من المتغير التابع.

ويؤدي عدم التخلص من القمامة بطريقة صحية إلى زيادة احتمال تعرض الطفل للسعال بمقدار حوالي 8 مرات مقارنة بالأسر التي تتخلص من القمامة بطريقة صحية. كما أن الاحتفاظ بالحيوانات داخل المسكن يؤدي إلى زيادة احتمال تعرض الأطفال للسعال بمقدار 5.2 مرة مقابل الأسر التي لا تحتفظ بالحيوانات.

❖ العلاقة بين إصابة الأطفال بالإسهال والمتغيرات البيئية المختارة

بلغ عدد الحالات التي تم تصنيفها تصنيفاً صحيحاً حوالي 25% من إجمالي الحالات، وقد تلاحظ من خلال الجدول رقم (8) أن المحددات التي لها إرتباط وتأثير على وجود طفل معاق بالأسرة تتمثل في محدد الاحتفاظ بالحيوانات وتعرض الطفل والأم لمشكلة صحية وكذا وجود مطبخ داخل المسكن.

الجدول رقم (8): تحليل معامل الإنحدار اللوجستي

Exp(B)	مستوى المعنوية	الخطأ المعياري	معامل الإنحدار β	المتغيرات المستقلة
الإصابة بالسعال				
.089	.000	.683	-2.425	مكان الإقامة
.181	.000	.458	-1.712	تناول القات في الأسرة
.261	.047	.676	-1.344	معالجة مياه الشرب

Exp(B)	مستوى المعنوية	الخطأ المعياري	معامل الاتحدار β	المتغيرات المستقلة
8.089	.001	.605	2.091	التخلص من القمامة
5.184	.000	.436	1.646	الاحتفاظ بالحيوانات
1.142	.748	.412	.132	الثابت
الاصابة بالاسهال				
.131	.000	.497	-2.035	محل الإقامة
.222	.000	.400	-1.505	وجود مدخن
.373	.009	.378	-.987	تعرض الأم لمشكلة صحية
.209	.003	.521	-1.567	نوع المسكن
40.537	.000	.680	3.702	الثابت
وجود طفل معاق في الاسرة				
.748	.000	.997	.582-	الاحتفاظ بالحيوانات
.190	.066	.905	-1.662	تعرض الأم لمشكلة صحية
11.062	.003	.809	2.404	وجود مطبخ داخل المسكن
17.679	.997	5084.15	20.423	الثابت

III - أهم نتائج وتوصيات الدراسة

3-1 - أهم النتائج:

أظهرت الدراسة الميدانية حول تأثير المتغيرات البيئية على صحة الأطفال (دون سن الخمس سنوات) عدد من النتائج أهمها:

❖ أظهرت النتائج أن متغير الوعي البيئي يأتي كأهم المتغيرات البيئية إرتباطاً بقضايا صحة الطفل، ومن ثم التخلص من القمامة بطريقة صحية ومناسبة وفي المرتبة الثالثة يظهر لنا التأثير الواضح للتدخين على صحة الأسرة. أما أقل المتغيرات البيئية تأثيراً في صحة الأطفال فكانت استخدام الأسرة للغاز في الطبخ، وتلقي الطفل للتطعيمات اللازمة لمواجهة أمراض.

❖ تلاحظ أن الأطفال في الريف أكثر احتمالاً للتعرض للسعال أو الحمى أو الإسهال مقارنة بأقرانهم في الحضر. كما أن وجود شخص مدخن في إطار الأسرة يؤدي إلى زيادة احتمال تعرض الطفل للسعال أو الحمى وكذا زيادة احتمال تعرض الأطفال للإسهال. أما تناول القات فيظهر تأثيره في زيادة عدد وفيات الأطفال، وكذا تعرض الطفل للسعال.

❖ بينت النتائج أن المحددات التي لها تأثير على احتمال تعرض الأطفال للأمراض المعدية، يأتي محدد الاحتفاظ بالحيوانات في البداية، كما يلاحظ أن الأسرة التي يتعرض فيها الطفل للأمراض البيئية المعدية تتأثر سلباً بالمادة المستخدمة في أرضيه المسكن. أما بالنسبة لتعرض الأطفال للأمراض غير المعدية، يأتي محدد الرضاعة الطبيعية أولاً، ثم الاحتفاظ بالحيوانات داخل المسكن.

❖ أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن محدد الاحتفاظ بالحيوانات يمثل أكثر المحددات البيئية ارتباطاً بمتغير عدد الأطفال المتوفين في الأسرة، وكذا نوع خزان المياه صحي، كما أن تعرض الأم لمشكلة صحية تؤدي إلى زيادة عدد الوفيات في الأسرة.

❖ كما تلاحظ أن محدد الإقامة الحضرية يمثل أكثر المحددات ارتباطاً بمتغير الإصابة بالإسهال، ووجود مدخن تؤدي إلى زيادة احتمال تعرض الطفل للإسهال، كما أن تعرض الأم لمشكلة صحية أثناء الحمل أو الولادة يؤدي إلى انخفاض احتمال تعرض الأطفال للإسهال.

❖ بينت نتائج الدراسة أن وجود طفل معاق بالأسرة يتأثر بالاحتفاظ بالحيوانات داخل المسكن ثم محدد مدى تعرض الطفل الأم لمشكلة صحية وكذا وجود مطبخ داخل المسكن.

3-2- أهم توصيات الدراسة:

❖ الإهتمام بالدراسات التي تهتم بالصحة العامة للأطفال، وتطوير نماذج أكثر دقة في الوصول إلى مقاييس واضحة لصحة الأطفال.

❖ الاهتمام بتحسين البنية التحتية وتوفير المياه النقية والصرف الصحي للمناطق المحرومة لما له من تأثير على صحة الطفل.

- ❖ إن التنشئة المستقبلية للطفل العربي تحتاج إلى منهج متكامل يساهم في تحديد الاحتياجات الحقيقية والاختيارات التي تساعد في رسم ملامح المستقبل. كما أن الوعي البيئي للأم يساهم في تحسين الصحة العامة للأطفال.
- ❖ الإهتمام بالمؤشرات البيئية ومدى تأثيرها على صحة الأطفال، وذلك من خلال القيام بإعداد بيانات ومؤشرات موحدة وتقديمها للجهات الاقليمية والدولية في الوقت المناسب. ودعوة الجهات المنتجة لبيانات صحة الأطفال والأسرة إلى تبني قياس التأثيرات البيئية على الأطفال، وضمها ضمن النماذج الإختيارية للدول العربية.
- ❖ الدمج بين الدراسات الكيفية والنوعية إلى جانب الدراسات الكمية لتعميق وتفسير أكبر للنتائج مما يحقق الاستفادة القصوى من هذه الدراسات.

قائمة لأهم المراجع

- 1- جامعة الدول العربية (2009)، "التحليل المعمق للبيانات باستخدام حزمة البرامج الجاهزة SPSS - دليل منهجي للمستخدم".
- 2- الجهاز المركزي للإحصاء (1996)، "التقرير العام للتعداد-1994"، صنعاء.
- 3- الجهاز المركزي للإحصاء (1999)، "التقرير الرئيسي للمسح اليمني لصحة الأم والطفل -1997"، صنعاء.
- 4- الجهاز المركزي للإحصاء، "نتائج مسح ميزانية الأسرة - 2006"، اليمن.
- 5- خالد حسين طمان وآخرون (2009)، "أمراض الأطفال"، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.
- 6- سلوى ابراهيم حسن عبدالرحمن (2007)، "علاقة الوعي البيئي لدى المرأة البدوية بدورها في التنمية البيئية بمحمية وادي الجمال"- رسالة ماجستير- معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس.
- 7- السيد عبدالعاطي (1990) "الإنسان والبيئة"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 8- شيماء ذو الفقار زغيب (2009)، "مناهج البحث والإستخدامات الإحصائية في الدراسات الإعلامية" الدار المصرية اللبنانية- القاهرة.
- 9- صلاح الدين مصطفى وآخرون (2005)، "أساسيات الصحة العامة"، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- 10- عبد الرب أحمد وآخرون (2002)، "وفيات الرضع والأطفال في اليمن"، صنعاء-اليمن.
- 11- علي الجحدري وآخرون (1998)، "ظروف السكن في اليمن"، الجهاز المركزي للإحصاء، صنعاء.

- 12- ماجده عبدالحميد الدبركي(2007)، "المتغيرات البيئية وصحة المرأة"- رسالة دكتوراه- معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس.
- 13- المجلس الأعلى للأمم المتحدة والطفولة (2006)، "وضع الاطفال في اليمن"، صنعاء، اليمن.
- 14- محمد فتحي أبو عيانه، جغرافية السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1999.
- 15- المركز الديمغرافي بالقاهرة (2003) " التحضر في مصر - ديمغرافياً واجتماعياً واقتصادياً"، أوراق في ديمغرافية مصر، الاصدار رقم 8.
- 16- المشروع العربي لصحة الأسرة (2007)، "صحة الأسرة العربية وتحديات العولمة" الجامعة العربية- ط2.
- 17- المشروع العربي لصحة الأسرة (2008)، "الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية والصحية لأفراد الأسرة العربية - بين الواقع والتحديات".
- 18- منظمة الأمم المتحدة للطفولة - اليونيسيف (2010)، "وضع الأطفال في العالم" - طبعة خاصة بمناسبة مرور 20 سنة على صدور إتفاقية حقوق الطفل.
- 19- ناهد شوقي يعقوب (2008)، "مقارنة للخصائص النفسية والصحية بين الأطفال العاملين في الورش الصناعية وغير العاملين (أقل من 12 سنة)- ومدى تأثير ذلك على توافقهم النفسي"، رسالة ماجستير-جامعة عين شمس، معهد الدراسات البيئية.
- 20- هدى عبدالكريم الشناوي، (المتغيرات النفسية والعادات الصحية المتبناة بتعرض الأطفال لدخان التبغ الناتج عن تدخين الأباء) جامعة عين شمس - معهد الدراسات البيئية - دراسة ماجستير، غير منشورة، 2005.

الأوضاع الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية للفلسطينيين في سورية

يوسف الماضي¹

I- مقدمة:

لقد نزع من فلسطين نتيجة الاحتلال الإسرائيلي عام 1948 ما يقارب 85 ألف فلسطيني إلى سورية وقد تم استقبال هؤلاء الفلسطينيين في سورية على أساس إقامة مؤقتة لحين عودتهم إلى وطنهم. وينظم وجود هؤلاء اللاجئين الفلسطينيين في سورية دائرة حكومية تدعى الهيئة العامة للاجئين الفلسطينيين العرب، تقوم هذه الدائرة بأعمال السجل المدني للفلسطينيين مثل إصدار الهويات المؤقتة لهم وتسجيل المواليد والوفيات، وتعامل حكومة الجمهورية العربية السورية للاجئين الفلسطينيين في سورية كالمواطنين السوريين من حيث حرية العمل والتملك، ولكنهم لا يحق لهم الانتخاب في المجالس التشريعية والرئاسية.

ويقدر عدد اللاجئين الفلسطينيين في سورية حتى مطلع عام 2009 بما يقارب 461,897 نسمة. (وكالة غوث وتشغيل اللاجئين، 2009).

II: المسارات والاتجاهات الديمغرافية

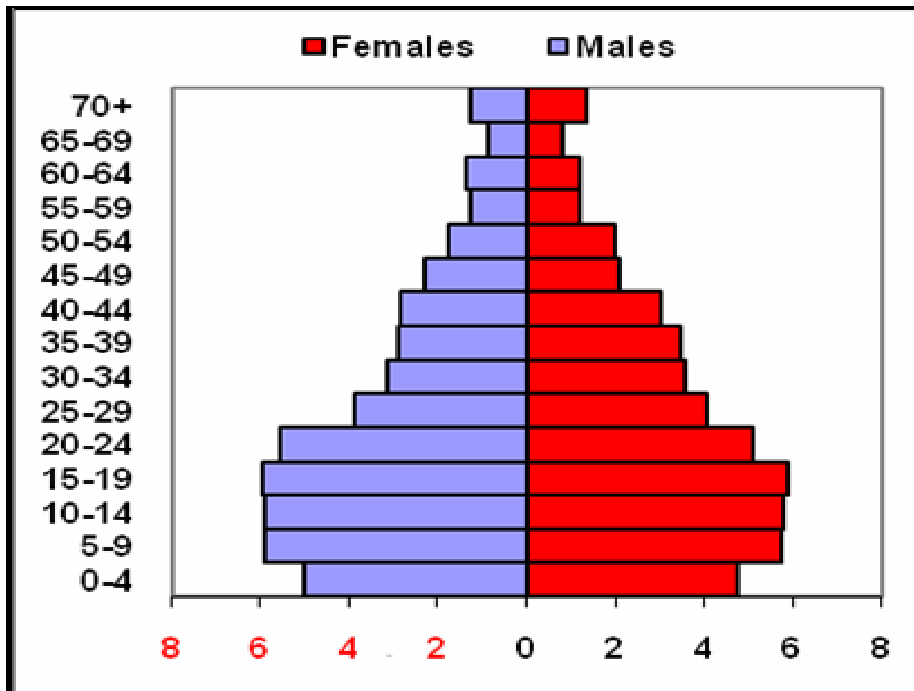
1.2. التوزيع العمري والنوعي للسكان

يبلغ عدد اللاجئين الفلسطينيين في سورية في مطلع 2009 ما يقارب 461.897 نسمة منهم 231.416 من الذكور مقابل 230.481 من الإناث، أي أن نسبة النوع تبلغ لفلسطيني سورية (100.5).

¹ المدير الفني للجهز المركزي للإحصاء والمصادر الطبيعية الفلسطيني.

ويعتبر مجتمع اللاجئين الفلسطينيين في سورية من المجتمعات الفتية ولكن بدرجة أقل من المجتمعات الفلسطينية في الأردن وفي الضفة والقطاع حيث تبلغ نسبة الأطفال دون 15 سنة حوالي 33% وهي مساوية لمثيلتها للفلسطينيين في لبنان، يوضح الهرم السكاني للفلسطينيين في سورية أن معدلات الخصوبة انخفضت بشكل حاد خلال السنوات الخمس الماضية.

شكل رقم 1: الهرم السكاني للفلسطينيين في سورية حسب فئات العمر والجنس - 2009



2.2. الولادات - الوفيات - معدل النمو السنوي

بلغ عدد الولادات بين الفلسطينيين في سورية 11093 ولادة منها 5856 مولود من الذكور و 5237 مولودة من الإناث، أي أن نسبة الجنس عند الولادة بلغت (111.8)، وبناءً على عدد المواليد أحياء خلال عام 2008 بلغ معدل المواليد الخام للفلسطينيين في سورية 24 بالآلف.

وتشير الإحصاءات إلى وجود 1589 حالة وفاة بين الفلسطينيين في سورية منها 895 وفاة من الذكور و694 وفاة من الإناث وبمعدل وفاة خام قدره 3.4 بالآلاف. (السجلات المدنية، 2008).

وبناءً على معدلات الخصوبة والوفيات الخام فإن معدل الزيادة الطبيعية للسكان الفلسطينيين في سورية خلال عام 2008 بلغ 16.7 بالآلاف. وتشير إحصاءات الأنزوا إلى أن معدلات النمو السنوي للفلسطينيين في سورية كانت على النحو المبين في الجدول رقم 1:

جدول رقم 1: معدل النمو السكاني السنوي للفلسطينيين في سورية

المعدل %	الفترة الزمنية
3.0	1990 - 1980
3.2	2000 - 1991
2.1	2001 - 2009

ويعود السبب الرئيسي لانخفاض معدلات النمو السنوية للفلسطينيين في سورية إلى انخفاض الخصوبة.

3.2. الإسقاطات السكانية حتى عام 2029

تم استخدام برنامج Spectrum لتقدير أعداد اللاجئين الفلسطينيين في سورية حتى عام 2029 باعتبار 2009 سنة الأساس، وبافتراض أن صافي الهجرة يساوي صفر.

ويوضح الجدول رقم 2 تقديرات اللاجئين الفلسطينيين في سورية حتى عام 2029، ويشير الجدول إلى أن معدل الخصوبة الكلي يواصل اتجاهه نحو الانخفاض ويتوقع أن يصل إلى مستوى الإحلال في نهاية الفترة المذكورة، كما أن معدل وفيات الرضع سوف يصل إلى حوالي 21 في الألف.

جدول رقم 2: نتائج الإسقاطات السكانية للاجئين الفلسطينيين في سورية

2029	2024	2019	2014	2009	
الفلسطينيون في سورية					
2.1	2.35	2.6	2.85	3.1	الخصوبة الكلية
1.02	1.15	1.27	1.39	1.51	معدل الإحلال الإجمالي
27.6	27.7	27.8	27.9	28.1	متوسط سن الإنجاب
0.32	0.38	0.41	0.44	0.36	نسبة الأطفال للمرأة
الوفيات					
74.1	74.1	74.1	73.6	73.6	توقع الحياة عند الميلاد للذكور
77.9	77.9	77.9	77.4	77.4	توقع الحياة عند الميلاد للإناث
76	76	76	75.5	75.5	توقع الحياة عند الميلاد للمجموع
21.5	21.5	21.5	22.9	22.9	وفيات الرضع (بالآلاف)
26.2	26.2	26.2	27.9	27.9	وفيات الأطفال دون خمس سنوات (بالآلاف)
معدلات حيوية					
16.2	19.7	23	25.3	26.4	معدل المواليد الخام (بالآلاف)
5.6	5.2	4.8	4.7	4.4	معدل الوفيات الخام (بالآلاف)
65.6	48	38.6	34.1	31.9	المدة اللازمة لمضاعفة عدد السكان بالسنوات
الولادات والوفيات السنوية (الآلاف)					
10.58	12.1	12.99	12.98	12.18	الولادات
3.64	3.17	2.74	2.42	2.02	الوفيات
السكان بالآلاف					
652.9	613.91	566.19	514.12	461.9	مجموع السكان الكلي
327.1	307.64	283.74	257.63	231.42	مجموع السكان الذكور
325.81	306.27	282.45	256.49	230.48	مجموع السكان الإناث
8.38	9.94	11.22	12.02	9.75	مجموع السكان من (0-4) سنوات
19.01	20.33	18.79	19.19	23.35	مجموع السكان من (5-14) سنة
53.73	52.3	54.12	54.6	53.75	مجموع السكان من (15-49) سنة
66.05	63.92	64.88	63.78	62.5	مجموع السكان من (15-64) سنة
6.56	5.8	5.1	5.02	4.4	مجموع السكان من 65 سنة فما فوق
53.06	52.1	54.5	55.25	54.3	نسبة الإناث في العمر من (15-49) من مجموع الإناث
100.4	100.45	100.46	100.44	100.41	نسبة الجنس
29	27	26	24	22	العمر الوسيط
522.32	468.1	410.49	353.45	300.23	السكان الحضر
130.58	145.8	155.7	160.66	161.66	السكان الريف
80	76.25	72.5	68.75	65	نسبة الحضر
20	23.75	27.5	31.25	35	نسبة الريف

3.2 الحالة الزوجية

تعتبر الأسرة المعيشية عند الفلسطينيين في سورية هي النواة الأساسية للمجتمع الفلسطيني حيث يتكون المجتمع الفلسطيني في سورية من 94.265 أسرة، أي متوسط حجم الأسرة الفلسطينية في سورية يبلغ 4.9 فرد، والمجتمع الفلسطيني في سورية من المجتمعات المستقرة اجتماعياً بسبب انخفاض نسب الطلاق حيث لا تتعدى 1.1%، ونلاحظ أن نسبة الأرمال من مجموع الإناث 15 سنة فما فوق لا تتعدى عند الفلسطينيين في سورية 7.1%.

جدول رقم 3: التوزيع النسبي للسكان 15 سنة فما فوق حسب الحالة الزوجية والجنس

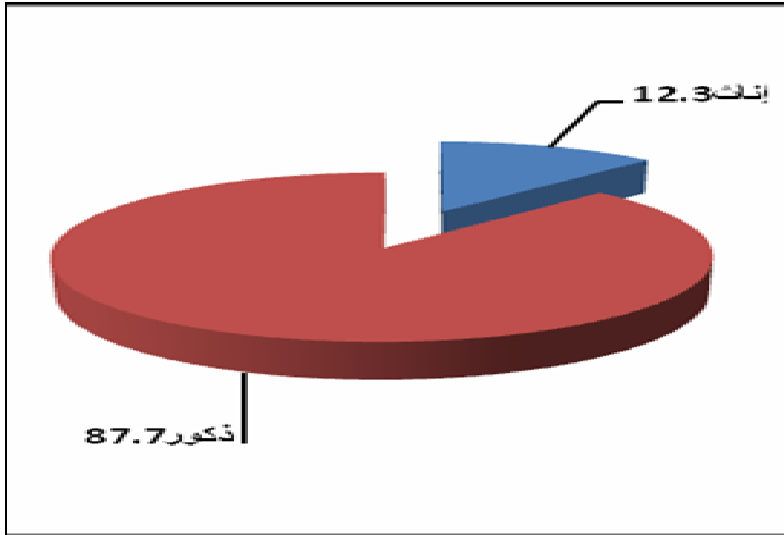
الفلسطينيون في سورية**			الحالة الزوجية
مجموع	إناث	ذكور	
42.1	36.6	45.4	لم يتزوج أبداً
52.6	52.6	52.6	متزوج
1.1	1.7	0.7	مطلق
4.2	7.1	1.3	أرمل
100.0	100.0	100.0	المجموع

**الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني واليونيسف، المسح العنقودي متعدد المؤشرات للفلسطينيين في سورية، 2006.

وتشير نتائج المسح العنقودي MICS3 للفلسطينيين في سورية بأن متوسط السن عند الزواج الأول يبلغ 25.6 سنة بين الذكور مقابل 20.3 سنة بين الإناث، وهذه متوسطات تعتبر منخفضة وبالأخص عند الإناث في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعيشها اللاجئون الفلسطينيون في دول الشتات.

ويلاحظ من الشكل رقم 2 أن حوالي 12.3% من الأسر الفلسطينية في سورية ترأسها أنثى.

شكل رقم 2: التوزيع النسبي للأسر حسب نوع رب الأسرة للفلسطينيين في سورية عام 2006



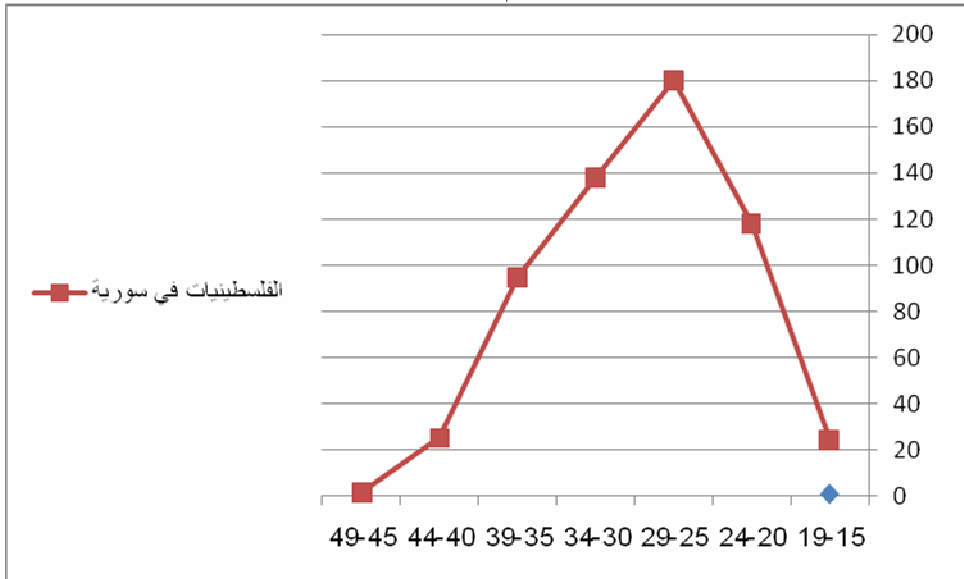
4.2 الخصوبة ومحدداتها

كل إنسان سوي في الأساس قادر على الإنجاب. والقدرة على الإنجاب ظاهرة فيزيولوجية لدى الذكور والإناث البالغين. إلا أن استخدام تلك القدرة على الإنجاب الفعلي هو ظاهرة إرادية تتحكم فيها عوامل متعددة. وعلى ذلك تتفاوت مستويات الخصوبة من مجتمع لآخر بل ومن شريحة لأخرى داخل المجتمع الواحد، ذلك أن مستوى الخصوبة رهن بعوامل متعددة اقتصادية واجتماعية وثقافية، فقدرة المجتمع على الإنجاب تتحدد بمعدلات الزواج والسن عند الزواج والتركييب العمري للسكان وخاصة الإناث منهم. غير أن المستوى الفعلي للإنجاب يبقى رهناً بالمستويات التعليمية والاقتصادية والاجتماعية السائدة. وتقاس مستويات الخصوبة بمقاييس متعددة لكل منها مزاياها وعيوبها وأهدافها، غير أن استخدام أحدها دون الآخر يتوقف على نوع البيانات الإحصائية ومستوى دقتها.

وقد بلغ معدل الخصوبة الكلية للمرأة الفلسطينية في سورية 2.9 مولوداً، والملاحظ من الشكل رقم 3 أن أعلى معدل للخصوبة العمرية للفلسطينيات في سورية هو للنساء في الفئة العمرية 25-29 سنة حيث بلغ (180) بالألف.

شكل رقم 3: الخصوبة العمرية للنساء الفلسطينيات في سورية في الفئة العمرية (15-49) سنة،

عام 2006

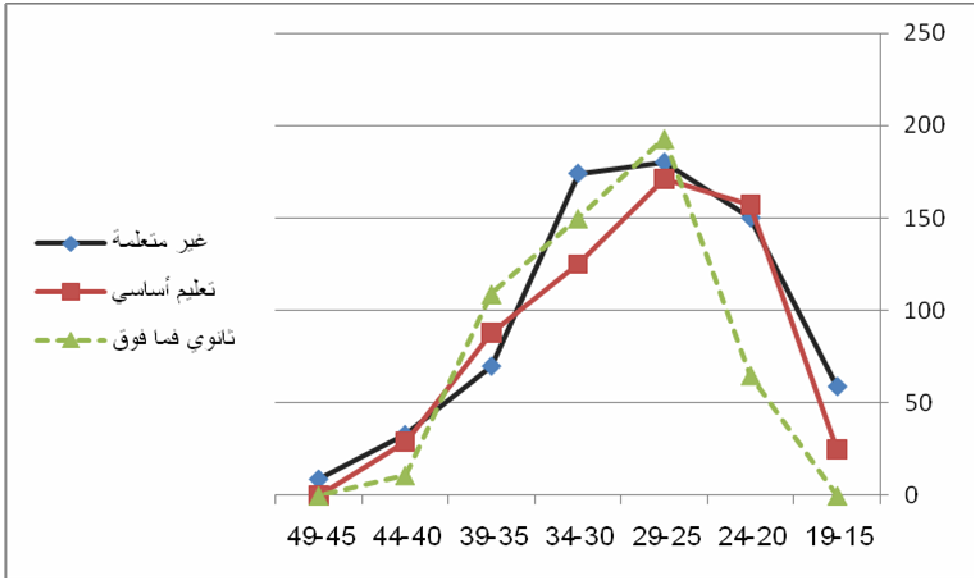


ونلاحظ من الإحصاءات أن معدلات الخصوبة بدأت بالانخفاض خلال العقدين الماضيين حيث انخفضت من 7.3 مولود عام 1983، (مكتب الإحصاء الفلسطيني 1983)، ثم إلى 6.0 مولود عام 1992، (مكتب الإحصاء الفلسطيني- اليونسيف، 1992)، ثم إلى 3.5 مولود عام 2000، (مكتب الإحصاء الفلسطيني- الفاو، 2000)، ووصلت عام 2006 إلى 2.9 مولود للمرأة، (مكتب الإحصاء الفلسطيني- اليونسيف 2006).

وتشير البيانات أن للحالة التعليمية للمرأة أثر على مستويات الخصوبة، فنجد معدل الخصوبة يتناسب عكسياً مع الحالة التعليمية للمرأة، حيث يبلغ معدل

الخصوبة الكلية 3.4 مولود للمرأة غير المتعلمة ينخفض إلى 3.0 مولود للمرأة المتعلمة تعليم أساسي، ويصل 2.6 مولود للنساء المتعلقات تعليم ثانوي فما فوق.

شكل رقم 4: معدلات الخصوبة العمرية للنساء الفلسطينيات في سورية حسب العمر والحالة التعليمية عام 2006

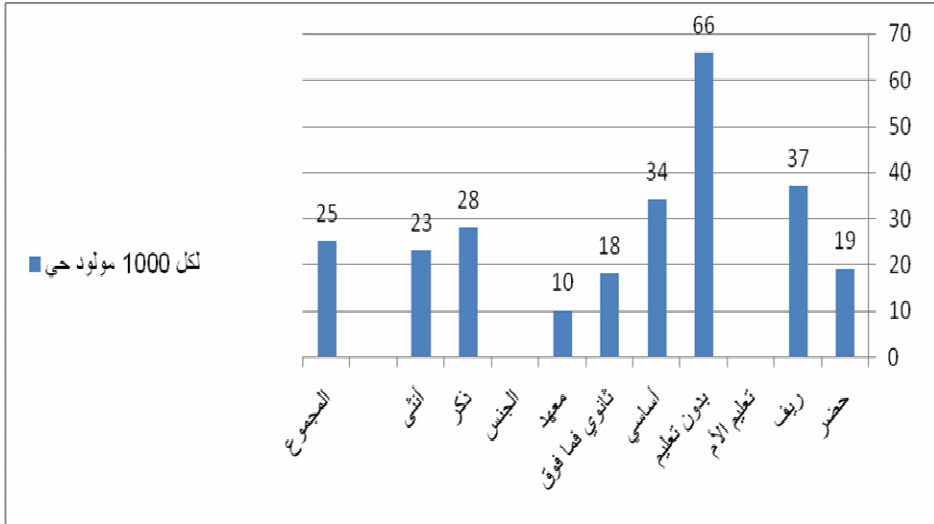


5.2 الوفيات ووفيات الأطفال الرضع

معدل وفيات الرضع هو عدد الرضع الذين توفوا خلال السنة ولم يبلغوا عيد ميلادهم الأول لكل 1000 ولادة حية حصلت في نفس العام، ومعدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات هو عدد وفيات الأطفال دون خمس سنوات التي حصلت خلال عام لكل 1000 ولادة حية بنفس العام، وبناءً على هذين التعريفين فقد بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع 25 بالألف عام 2006، يرتفع إلى 28 بالألف بين الذكور مقابل 23 بالألف بين الإناث، كما بلغ معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات 30 بالألف يرتفع بين الذكور إلى 33 بالألف وينخفض بين الإناث إلى 27 بالألف، ويشير الشكل رقم 5 إلى أن للحالة التعليمية للأُم أثر على مستويات

وفيات الأطفال حيث بلغ للأطفال الذين أمهاتهم بدون تعليم 66 بالآلاف وينخفض إلى 18 بالآلاف للأطفال الذين أمهاتهم حاصلات على تعليم ثانوي فما فوق.

شكل رقم 5: وفيات الرضع للفلسطينيين في سورية حسب الخصائص العامة عام 2006



III- الخصائص الاجتماعية

1.3 التعليم

يعتبر التعليم أحد العناصر الأساسية في فعاليات ونشاطات الشعب العربي الفلسطيني، والتعليم ركن أساسي في تطوره والحفاظ على تراثه الثقافي والحضاري والإنساني، ولذلك أولى الشعب الفلسطيني التعليم أهمية خاصة وعناية فائقة رغم الصعوبات المادية وظروف التوزع في الشتات.

- الخدمات التعليمية المتاحة للاجئين الفلسطينيين في سورية

تنفيذاً لقرارات الأمم المتحدة الخاصة باللاجئين الفلسطينيين، أولت وكالة غوث وتشغيل اللاجئين أهمية خاصة لقطاع التربية والتعليم للاجئين الفلسطينيين في مناطق عملها (الأردن- الضفة الغربية- قطاع غزة- لبنان- سورية)، وتقوم

الوكالة بتقديم الخدمات التعليمية في المرحلتين الابتدائية والإعدادية في سورية مع تقديم خدمات البسيطة للتعليم قبل المدرسي، تستوعب مدارس الوكالة حوالي 73% من الطلاب اللاجئين الفلسطينيين في سورية (المرحلة الابتدائية والإعدادية فقط) مقابل 12.6% من الطلاب الفلسطينيين تستوعبهم المدارس الحكومية وحوالي 14% في المدارس الخاصة.

وتوفر الوكالة التدريب المهني للاجئين الفلسطينيين في كل من لبنان وسورية حيث يوجد معهد في سورية يستقبل الطلاب اللاجئين في تعليم مهن وحرف (لمدة سنتين بعد المرحلة الإعدادية) وكذلك المهن التجارية والطبية والمعلوماتية والتعليمية (معهد بعد الثانوي)، وتقوم الوكالة كذلك بتقديم المنح الدراسية للدراسات الجامعية للمتفوقين بالدراسة ولكن لأعداد محدودة جداً.

- التعليم قبل المدرسي

إن حضور الطفل مدرسة تمهيدية، لها برنامج تعليمي منظم، يلعب دوراً هاماً في إعداد الطفل للمدرسة. تشجيع التعليم المبكر هو أحد أهداف مبادرة عالم جدير بالأطفال.

بلغت نسبة الأطفال الفلسطينيين في سورية وفي العمر 36-59 شهراً والملتحقين برياض الأطفال (6.4%) (ملحق رقم 2) وهذه النسبة قليلة جداً مقارنة بالأطفال الفلسطينيين في لبنان بسبب وجود جمعيات أهلية عديدة تعمل في الوسط الفلسطيني في لبنان وهذه المؤسسات لديها رياض أطفال وتستقبل الأطفال بأجور رمزية في حين لا يوجد مثل هذه المؤسسات في الوسط الفلسطيني في سورية، وأجور رياض الأطفال في سورية تعتبر عالية بالنسبة للاجئين الفلسطينيين.

- التعليم الابتدائي والثانوي

من أهم أهداف الألفية للتنمية وعالم جدير بالأطفال إتاحة التعليم الأساسي للجميع وإتمام التعليم الابتدائي. فالتعليم هو أحد أهم وسائل محاربة الفقر، وتمكين النساء،

وحماية الأطفال من الاستغلال في العمل والاستغلال الجنسي، ونشر مبادئ الديمقراطية وحقوق الإنسان، وحماية البيئة، والتأثير على النمو السكاني.

ويقدم الجدول رقم 4 نسبة الأطفال في عمر المدرسة الذين يحضرون المدرسة الابتدائية أو الثانوية (تعني الإعدادية والثانوية). ونلاحظ أن معظم الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية يذهبون إلى المدرسة (98.1%). و1.9% منهم غير ملتحقين بالمدرسة الابتدائية، ملم يلاحظ وجود أي فوارق جوهرية بين الذكور والإناث أو بين أطفال الحضر وأطفال الريف.

جدول رقم 4: نسبة الأطفال في عمر المدرسة الابتدائية الملتحقين بالمدرسة الابتدائية أو المدرسة الثانوية (إعدادي/ثانوي) - معدل الالتحاق الصافي، للاجئين الفلسطينيين في سورية عام 2006

المجموع	إناث	ذكور		
معدل الالتحاق الصافي	معدل الالتحاق الصافي	معدل الالتحاق الصافي		
98.2	98.6	97.9	دمشق	المحافظات
97.1	97.3	96.9	حلب	
97.7	96.9	98.5	حمص	
98.5	98.2	98.7	حماة	
95.3	96.2	94.4	اللاذقية	
98.9	98.6	99.3	درعا	
98.1	98.5	97.8	حضر	حضر/ ريف
97.9	97.9	97.9	ريف	
98.1	98.3	97.9	المجموع	

يعرض الجدول رقم 5 صافي معدل الالتحاق في المدرسة الثانوية. ونلاحظ أن الوضع أسوأ فيما يخص الالتحاق في المدرسة الثانوية (تعني الإعدادية والثانوية)، 70.5% من الأطفال فقط في العمر (12-17 سنة) يحضرون في المدرسة الإعدادية أو الثانوية، والباقي لم يلتحق بالمدرسة الثانوية أو يحضر في مدرسة ابتدائية.

جدول رقم 5: نسبة الأطفال في عمر المدرسة الثانوية الملتحقين بالمدرسة الثانوية (إعدادي/ثانوي) أو أعلى - معدل الالتحاق الصافي، للاجئين الفلسطينيين في سورية عام 2006

المجموع	معدل الالتحاق الصافي		المحافظة
	إناث	ذكور	
68.8	72.3	65.3	دمشق
78.5	83.6	73.1	حلب
68.1	76.8	59.6	حمص
79.1	79.7	78.5	حماة
69.9	78.6	63.6	اللاذقية
74.4	77.1	71.4	درعا
72.2	76.7	68.0	حضر
67.4	70.9	63.7	ريف
70.5	74.5	66.5	المجموع

يتناول الجدول رقم 6 النسبة المئوية للأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة الابتدائية ويصلون إلى الصف الخامس. وقد وجد أن حوالي 98.7% من الأطفال الذين يلتحقون بالمدرسة الابتدائية يصلون إلى الصف الخامس، وقد تلاحظ وجود فوارق بسيطة بين الذكور والإناث لصالح الإناث.

جدول رقم 6: نسبة الأطفال الذين يلتحقون بالصف الأول من المدرسة الابتدائية ويصلون إلى الصف الخامس، للاجئين الفلسطينيين في سورية عام 2006

نسبة اللذين وصلوا الصف الخامس من الذين التحقوا بالصف الأول		
98.2	ذكر	الجنس
99.3	أنثى	
98.8	دمشق	المحافظات
96.8	حلب	
100.0	حمص	
97.5	حماة	
100.0	اللاذقية	
100.0	درعا	
98.5	حضر	حضر / ريف
99.1	ريف	
98.7	المجموع	

- الحالة التعليمية للسكان:

تشير بيانات المكتب المركزي للإحصاء والمصادر الطبيعية الفلسطيني إلى أن نسبة الأمية بين السكان الفلسطينيين في سورية الذين أعمارهم 15 سنة فما فوق تبلغ حوالي 6% أي أنها نصف الموجودة في لبنان، وترتفع نسب الأمية بين الإناث إلى 6.8% مقابل 5.3% بين الذكور.

ونلاحظ من الجدول رقم 7 أن المستويات التعليمية جيدة وهذا واضح من نسب معدلات الأمية وكذلك نجد أن نسبة الحاصلين على شهادة ثانوية فما فوق للفلسطينيين في سورية تبلغ 25.7% من مجموع السكان 15 سنة فما فوق مقابل 15.2% للفلسطينيين في لبنان والسبب يعود إلى مجانية التعليم العالي للفلسطينيين في سورية وعدم مجانيته في لبنان.

جدول رقم 7: التوزيع النسبي للاجئين الفلسطينيين في سورية 15 سنة فما فوق حسب الحالة التعليمية والنوع.

المجموع	الجنس		الحالة التعليمية
	اناث	ذكور	
6.0	6.8	5.3	أمي
6.0	5.8	6.2	ملم
36.5	34.7	38.0	أبتدائية
25.8	24.9	26.6	أعدادية
11.9	14.4	9.9	ثانوية
8.9	10.0	8.0	معهد متوسط
4.9	3.4	6.1	جامعة فما فوق
100.0	100.0	100.0	المجموع

2.3 العمالة

- حجم القوة العاملة

تضم القوة البشرية فئتين هما:

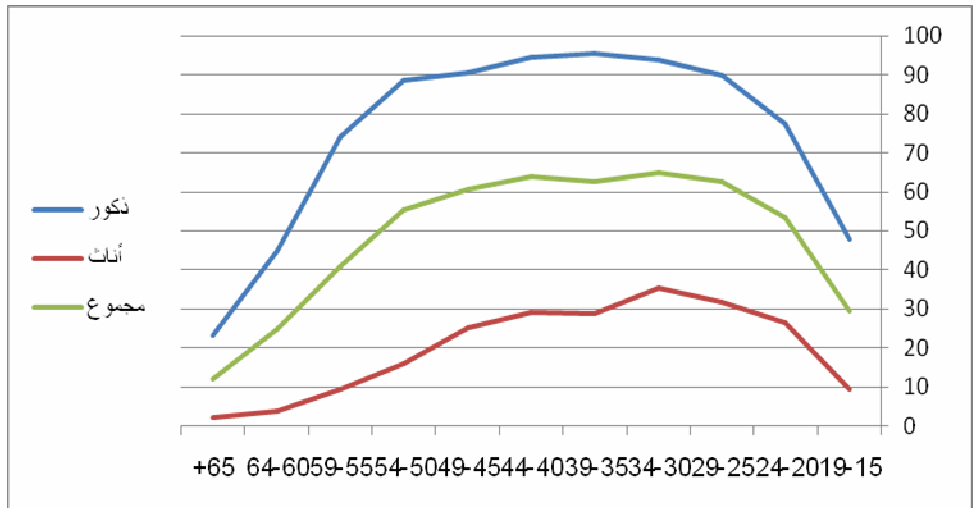
الأولى: وهي فئة خارج قوة العمل، ويدخل في هذه الطائفة جميع أفراد القوة البشرية (15 سنة فما فوق) القادرين على العمل المنتج ولكنهم لا يعملون ولا يرغبون بالعمل كالطلبة وربات المنازل والمتقاعدين والمكتفين.

الثانية: تمثل قوة العمل أو السكان ذوي النشاط الاقتصادي وهم جميع الأفراد (15 سنة فما فوق) المتواجدين في سوق العمل سواء كانوا مشغولين فعلا أو متعطلين ويبحثون عن عمل.

وقد بلغ معدل النشاط الاقتصادي الخام (نسبة قوة العمل من مجموع السكان) للفلسطينيين في سورية 30% يرتفع للذكور الى 48.3% وينخفض للإناث إلى 9.9%، أما معدل النشاط الاقتصادي المنقح (نسبة قوة العمل من مجموع السكان 15 سنة فما فوق) قد بلغ هذا المعدل لفلسطيني سورية 49% يرتفع للذكور إلى 75% وينخفض للإناث إلى 21.3%.

وحول معدلات المساهمة العمرية في النشاط الاقتصادي للفلسطينيين في سورية يشير الشكل رقم 6 الى أن أعلى معدلات مساهمة للذكور هي في الفئة العمرية من 35-44 سنة في حين تقع أعلى معدلات مساهمة للإناث في الفئة العمرية 30-34 سنة.

شكل رقم 6: معدلات المساهمة في النشاط الاقتصادي للفلسطينيين في سورية حسب العمر والجنس 2001



يبين الجدول رقم 8 توزيع أفراد القوة العاملة حسب الحالة الزوجية حيث نجد أن حوالي 59% من أفراد القوة العاملة الذكور الفلسطينيين في سورية متزوجين في حين نجد أن 47% من العاملات الفلسطينيات في سورية هن عازبات.

جدول رقم 8: التوزيع النسبي لأفراد القوى العاملة الفلسطينية في سورية حسب الحالة الزوجية والجنس

المجموع	الجنس		الحالة الزوجية
	إناث	ذكور	
38.0	47.0	40.0	أعزب
57.7	46.6	58.8	متزوج
2.3	3.3	.4	مطلق
1.8	2.6	.6	أرمل
0.2	.5	.2	منفصل
100.0	100.0	100.0	المجموع

أما توزيع المشتغلين حسب الجهة المشرفة على العمل والحالة التعليمية فنجد من خلال أرقام الجدول رقم 9 أن حوالي ثلث المشتغلين الفلسطينيين في سورية يعملون في القطاع الحكومي، وكما نلاحظ أن وكالة غوث وتشغيل اللاجئين تستقطب 4% من المشتغلين الفلسطينيين في سورية في حين نجد أن 56% من المشتغلين يعملون في القطاع الخاص، ويلاحظ أيضا أن حوالي 55% من المشتغلين والحاصلين على الشهادة الثانوية فما فوق يعملون في القطاع الحكومي.

جدول رقم 9: التوزيع النسبي للمشتغلين الفلسطينيين في سورية حسب الجهة المشرفة على العمل والحالة التعليمية

المجموع	المستوى التعليمي				الجهة المشرفة
	ثانوي فما فوق	أعدادي	أبتدائي	أقل من ابتدائي	
3.6	8.3	2.0	1.5	.9	الأنروا
6.7	5.0	7.6	8.0	5.9	مؤسسات أهلية
30.5	54.6	25.9	17.9	14.9	مؤسسات حكومية
55.5	30.3	61.9	68.5	72.8	مؤسسات خاصة
2.3	1.0	2.2	3.0	3.5	عمل داخل المنزل
.5	.2	.3	.6	1.5	مشروع للأسرة
.9	.5	.2	.5	.6	أخرى
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

- التركيب المهني للمشتغلين

يبين الجدول 10 التركيب المهني للمشتغلين الفلسطينيين في سورية حيث نلاحظ أن 48% من المشتغلين الذكور يعملون كعمال وصناع وسدنة الآلات كما نلاحظ ان التركيب المهني للذكور يختلف عن الإناث حيث نجد ان نصف المشتغلين في سورية يعملن في قسم المهنيين والفنيون كذلك نجد ان أكثر من 17% من المشتغلين الفلسطينيين في سورية يعملن في المهن الأولية مثل العاملات بالتنظيف والعاملات الزراعيات غير الماهرات والبائعات المتجولات.

جدول رقم 10: التوزيع النسبي للمشتغلين في سورية حسب المهنة والجنس

المجموع	الجنس		المهنة
	إناث	ذكور	
23.3	50.5	16.3	المهنيين والفنيون والإداريون
9.1	8.2	9.3	الكتابة
12.3	6.5	13.8	البيع والخدمات
.3	.4	.3	المزارعون المهرة
32.5	13.9	37.2	العمال والحرفيون والمرتبطنون بهم
9.3	3.1	10.8	سدنة الآلات
13.2	17.4	12.2	الأعمال الأولية
100.0	100.0	100.0	المجموع

- المشتغلون حسب النشاط الاقتصادي

الجدول 11 يعرض التوزيع النسبي للمشتغلين الفلسطينيين في سورية حيث يستقطب قطاع البناء حوالي 19% من المشتغلين الذكور في حين يستقطب قطاع التجارة 18% من الذكور، ونلاحظ ان التركيب الاقتصادي للذكور يختلف عنه للإناث حيث نجد ان 54% من المشتغلين في سورية يعملن في قطاعات الصحة والتعليم وباقي الخدمات الجماعية.

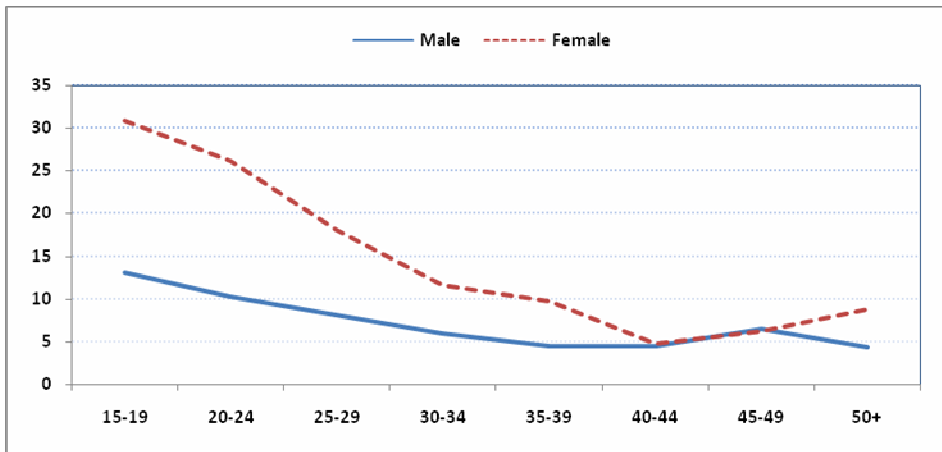
جدول رقم 11: التوزيع النسبي للمشتغلين الفلسطينيين في سورية حسب النشاط الاقتصادي والجنس

مجموع	الجنس		النشاط الاقتصادي
	اناث	ذكور	
3.2	5.7	2.5	الزراعة وصيد الأسماك
17.2	18.4	16.9	الصناعة
15.0	0.1	18.8	البناء والكهرباء والماء
15.6	5.9	18.1	التجارة والمطاعم والفنادق
5.0	0.7	6.0	النقل والمواصلات والتخزين
2.4	2.0	2.4	المال والتأمين
13.4	11.4	13.9	الخدمات الجماعية
14.7	42.6	7.5	الصحة والتعليم والأعمال المرتبطة بهما
13.6	13.3	13.7	الأعمال الاجتماعية الأخرى
100.0	100.0	100.0	مجموع

– البطالة

بلغ معدل البطالة في صفوف القوى العاملة الفلسطينية في سورية 9.1% ترتفع للإناث إلى 15.35% وتتنخفض للذكور إلى 7.4%، غير إن الشكل (8) يشير إلى ارتفاع معدلات البطالة بين صفوف الشباب الذكور والإناث على حد سواء.

شكل رقم (8) : معدلات البطالة بين الفلسطينيين في سورية



IV الخلاصة:

تناولت هذه الدراسة عرضاً تفصيلياً للأوضاع الديموغرافية والتعليمية والاقتصادية للاجئين الفلسطينيين في سورية، وقد بلغت معدلات الخصوبة الكلية 3.1 طفل لكل امرأة، ووفيات الرضع 22.9 بالألف، ويتوقع أن يصل هذين المؤشرين 2.1 طفل لكل امرأة، 21.5 بالألف على التوالي عام 2029، كما أظهرت البيانات أن نسبة البطالة بين الشباب الفلسطينيين في سورية بلغت 9.1% وهي نسبة مرتفعة إلى حد ما وتلقي بظلالها على الأوضاع الاقتصادية للاجئين، وتخلص الدراسة إلى ضرورة توفير فرص العمل للشباب حتى يتمكن من مواجهة مشكلة البطالة.

المراجع:

- 1- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الشامل للفلسطينيين في سورية، دمشق، 1993
- 2- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني واليونيسف، مسح صحة الأم والطفل الفلسطيني في سورية، دمشق، 1992.
- 3- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والفافو، مسح الأحوال المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية، دمشق، 2000.
- 4- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني واليونيسف، المسح العنقودي متعدد المؤشرات للفلسطينيين في سورية MICS3، دمشق، 2006.

ملحق رقم (1)
التوزيع العمري والنوعي للفلسطينيين في سورية

مجموع	ريف		مجموع	حضر		مجموع	ذكور	إناث	فئات العمر
	ذكور	إناث		ذكور	إناث				
15761	7710	8051	29272	14290	14982	45033	22000	23033	0-4
18833	9333	9500	34976	17298	17678	53809	26631	27178	5-9
18914	9414	9500	35126	17448	17678	54040	26862	27178	10-14
19157	9576	9581	35577	17749	17828	54734	27325	27409	15-19
17214	8278	8936	31973	15343	16630	49187	23621	25566	20-24
12853	6573	6280	23870	12184	11686	36723	18757	17966	25-29
10834	5762	5072	20118	10680	9438	30952	16442	14510	30-34
10270	5600	4670	19068	10379	8689	29338	15979	13359	35-39
9458	4869	4589	17565	9025	8540	27023	13894	13129	40-44
7112	3409	3703	13210	6318	6892	20322	9727	10595	45-49
6064	3246	2818	11261	6017	5244	17325	9263	8062	50-54
3961	1948	2013	7355	3610	3745	11316	5558	5758	55-59
4122	1948	2174	7655	3610	4045	11777	5558	6219	60-64
2747	1298	1449	5104	2407	2697	7851	3705	4146	65-69
2102	1055	1047	3903	1955	1948	6005	3010	2995	70-74
1212	568	644	2250	1052	1198	3462	1620	1842	75-79
1050	568	482	1950	1052	898	3000	1620	1380	80+
161664	81155	80509	300233	150417	149816	461897	231572	230325	المجموع

شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة
- أو البريد الإلكتروني papfaminfo@papfam.org
- تليفون/ فاكس: +202 - 27363834

البقاء لله



بقلوب مؤمنة بقضاء الله وقدره، تتعي أسرة المشروع العربي لصحة الأسرة الأستاذ الدكتور **محمود محمد فرج** مستشار السياسات السكانية ورئيس اللجنة العلمية بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، وعضو الهيئة الاستشارية والعلمية للدورية وأحد مؤسسيها، الذي وافته المنية يوم الثلاثاء 2010/4/29، سائلين المولى عز وجل أن يتغمده بواسع رحمته ويسكنه فسيح جنانه ويلهم أسرته الصبر والسلوان، إنا لله وإنا إليه راجعون.



كما تتعي أسرة المشروع العربي لصحة الأسرة الأستاذ الدكتور **عبد الباسط عبد المعطي** أستاذ ورئيس قسم علم الاجتماع بكلية البنات بجامعة عين شمس، ومستشار إدارة السياسات السكانية والهجرة بجامعة الدول العربية، وعضو الهيئة الاستشارية والفنية للدورية وأحد مؤسسيها، الذي وافته المنية يوم الأربعاء 2010/5/26، سائلين المولى عز وجل أن يتغمده بواسع رحمته ويسكنه فسيح جنانه ويلهم أسرته الصبر والسلوان، إنا لله وإنا إليه راجعون.

تنفذ جامعة الدول العربية المشروع العربي لصحة الأسرة في البلاد العربية بتمويل من عدد من الجهات العربية والدولية وهي : برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، صندوق الأوبك للتنمية، منظمة الصحة العالمية، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، اليونيسيف، صندوق الأمم المتحدة للمرأة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

كما تشرف على تنظيم وتسيير عمل المشروع لجنة توجيهية عليا يرأسها صاحب السمو الملكي الأمير طلال بن عبد العزيز رئيس برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وعضوية معالي الأمين العام لجامعة الدول العربية والمدراء التنفيذيين للمنظمات المساهمة والمجالس الوزارية العربية المعنية بالصحة، الشؤون الاجتماعية، الإعلام والمنظمات النوعية ذات العلاقة.

يهدف المشروع إلى توفير بيانات تفصيلية ودقيقة حول صحة الأسرة والصحة الإنجابية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع المحلي وذلك من خلال إجراء المسح العربي لصحة الأسرة وعدد من الدراسات الخاصة حول اتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية ووفيات الأمهات وختان الإناث والرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن ودور الأزواج في الصحة الإنجابية والحالة التغذوية للأمهات والأطفال دون السادسة ووضع ومكانة المرأة.

وتقوم إدارة المشروع بتوثيق منهجيته من خلال إصدار مجموعة من الوثائق الفنية التي تتناول الجوانب التنظيمية والتحليلية اللازمة لتصميم وإعداد وتنفيذ المسوحات الديموغرافية والصحية بصفة عامة والمرتبطة بصحة الأسرة بصفة خاصة. كما تنظم عددا من لقاءات الخبراء وورشات العمل والدورات التدريبية علاوة على تنفيذ برنامج نشر واسع يتضمن نشر وتوزيع هذه المطبوعات لتعظيم الاستفادة منها في دعم وتعزيز القدرات الوطنية والكوادر المحلية العاملة في مجال صحة الأسرة والصحة الإنجابية.