



شعب في خطر

تداعيات الهجوم الإسرائيلي في عام 2014 على الصحة في قطاع غزة



الأمم المتحدة

الاسكوا
ESCWA

شعب في خطر

تداعيات الهجوم الإسرائيلي في عام 2014
على الصحة في قطاع غزة



© 2016 الأمم المتحدة
جميع الحقوق محفوظة عالمياً

طلبات (إعادة) طبع مقتطفات من المطبوعة أو تصويرها توجّه إلى لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، بيت الأمم المتحدة، ساحة رياض الصلح، صندوق بريد: 11-8575، بيروت، لبنان.

جميع الطلبات الأخرى المتعلقة بالحقوق والتراخيص ولا سيما الحقوق الثانوية توجّه أيضاً إلى الإسكوا.

البريد الإلكتروني: publications-escwa@un.org: الموقع الإلكتروني: www.unescwa.org

مطبوعة للأمم المتحدة صادرة عن الإسكوا.

لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا التقرير، ولا طريقة عرض المادة التي يتضمنها، على أي رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد من البلدان، أو أي إقليم أو أية مدينة أو أية منطقة، أو أية سلطة من سلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها.

جرى تدقيق المراجع حيثما أمكن.

تتألف رموز ووثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام باللغة الإنكليزية ويعني إيراد أحد هذه الرموز الإحالة إلى إحدى وثائق الأمم المتحدة.

إن الآراء الواردة في هذه المادة الفنية هي آراء المؤلفين، وليست بالضرورة آراء الأمانة العامة للأمم المتحدة.

مصادر الصور:

CC BY-SA 2.0 by Luis Astudillo C. Andes: الفلاف:

ص. 7: CC 2.0 by Al Jazeera English

ص. 9: CC 2.0 by Jordi Bernabeu

ص. 11: CC 2.0 by UNHCR - A. McConnell

ص. 13: CC BY-SA 3.0 by Marius Arnesen

ص. 29: CC 2.0 by Al Jazeera English

ص. 33: CC 2.0 by gloucester2gaza

شكر وتقدير

هذه الدراسة هي ثمرة جهد مشترك بين معهد الصحة العامة والمجتمعية في جامعة بيرزيت، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، من معهد الصحة العامة والمجتمعية ريتا جقمان ورلى غندور في الإعداد؛ ونيفين أبو الرميلة. ومن الإسكوا مروان خواجه، وربيع بشور ورافي شيرنيان في الدعم الفني، وطارق العلمي مدير شعبة القضايا الناشئة والنزاعات في التوجيه العام. والبيانات المستخدمة في الدراسة هي من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. وقد عُرضت النتائج الأولية للدراسة في ورشة عمل بعنوان فلسطين والاحتلال: نحو فهم أعمق وأجندة بحثية هادفة، نظمتها الإسكوا في بيروت يومي 25 و26 تشرين الثاني/نوفمبر 2015.

المحتويات

ص. 3 شكر وتقدير

ص. 7 مقدمة

ص. 9 1- المنهجية

ص. 13 2- النتائج

- ص. 15 ألف- خصائص العينة
 ص. 17 باء- الأحوال الاجتماعية والاقتصادية
 ص. 18 جيم- انعدام الأمن الغذائي
 ص. 19 دال- التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي أثناء هجوم عام
 ص. 21 هاء- العنف المنزلي
 ص. 22 واو- الأمراض المزمنة ومؤشرات الصحة البدنية والعقلية
 ص. 27 زاي- التحليل الانحداري

ص. 29 3- مناقشة

ص. 33 4- خلاصة

ص. 43 الحواشي

ص. 44 المراجع

قائمة الأشكال

- ص. 15 الشكل 1- خصائص العينة
 ص. 16 الشكل 2- مؤشرات الوضع الاجتماعي
 ص. 16 الشكل 3- وضع الإقامة والجوع والعمل
 ص. 17 الشكل 4- مؤشرات اجتماعية مختارة
 ص. 18 الشكل 5- مؤشرات مختارة لانعدام الأمن الغذائي
 ص. 19 الشكل 6- درجات انعدام الأمن الغذائي
 ص. 20 الشكل 7- التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي أثناء هجوم عام 2014
 ص. 21 الشكل 8- التعرض للعنف المنزلي حسب شكل العنف والعمر والجنس
 ص. 22 الشكل 9- الأمراض المزمنة المسجلة
 ص. 23 الشكل 10- التقييم الذاتي للوضع الصحي والرضا بالصحة والحياة قبل هجوم عام 2014 و خلاله وبعده
 ص. 23 الشكل 11- الصحة العقلية المصنفة سلبية حسب عوامل مختارة
 ص. 24 الشكل 12- درجات متوسطة ومرتفعة من الضيق حسب عوامل محدّدة

- ص. 24 الشكل 13- درجة متوسطة إلى حادة من انعدام الأمن البشري حسب عوامل محدّدة
 ص. 26 الشكل 14- أسباب الحرمان
 ص. 26 الشكل 15- أسباب المعاناة

ص. 36 المرفقات

- ص. 36 المرفق الأول- مقياس مستوى المعيشة
 ص. 37 المرفق الثاني- مقياس انعدام الأمن الغذائي
 ص. 38 المرفق الثالث- التعرض للعنف الجسدي والنفسي في المنزل
 ص. 39 المرفق الرابع- الصحة العقلية
 ص. 40 المرفق الخامس- تحليل العوامل بالبنود المدرجة في مقياسي انعدام الأمن البشري والضييق
 ص. 41 المرفق السادس- الانحدار اللوجستي الثنائي المتعدد الأشكال للأمراض المزمنة للأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 30 سنة ويعيشون في قطاع غزة، 2014 N = 1836
 ص. 42 المرفق السابع- الانحدار اللوجستي الثنائي المتعدد الأشكال للصحة العقلية لدى الأشخاص الذين يعيشون في قطاع غزة، 2014 N = 2954

مقدمة

وقد ركزت معظم التقارير التي أعدت حول تداعيات الهجوم الإسرائيلي في صيف عام 2014 على قطاع غزة على الدعم في حالات الطوارئ وتوثيق الأضرار على الاقتصاد والبنى التحتية. وأعد البعض تقييماً محدّدة تناولت أوضاع الأطفال والنساء والبنية التحتية الصحية والأسواق⁴. وكانت جميعها أدوات مهمة لتوجيه التدخلات والبرامج الإنسانية وتوثيق حجم الأضرار. غير أن التركيز على قطاعات معيّنة قد لا يوصل الصورة كاملة عن الواقع.

من الضروري حساب كمية الأضرار التي لحقت بالبنية التحتية والمنازل، والخسائر الواقعة من قتلى وجرحى ومصابين بأمراض أو إعاقات. ولكن هذه الحسابات لا تعطي صورة وافية عن آثار الهجمات العسكرية على رفاه وحياة شعب عاش تحت الاحتلال طوال عقود من الزمن. فالتعرض لظروف المعاناة وأشكال شتى من العنف العسكري يترك، عندما يطول، تداعيات مدمرة على الصحة على المدى البعيد. وما يعيشه الفلسطينيون ليس عنفاً فحسب، بل معاناة تجتمع فيها عناصر انعدام الأمن والأمان والإذلال والحرمان، وجميعها تسهم في تفاقم تداعيات الهجمات العسكرية القصيرة الأجل.

وتتناول هذه الدراسة آثار الاحتلال والعنف على الفلسطينيين في قطاع غزة في الأجل الطويل. وهي تستند إلى مسح أثر الهجوم الإسرائيلي في عام 2014 على واقع الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية في قطاع غزة، حسبما أفاد به سكان غزة أنفسهم، وحسب بيانات عن صحتهم ورفاههم. فالصحة هي مرّكّب اجتماعي، يتأثر سلباً وإيجاباً بعوامل الاقتصاد والتعليم، والبيئة، والإسكان، والتعرض للعنف العسكري وغيره من أشكال العنف. وقد تجاوز المسح الحدود الفاصلة بين التخصصات والقطاعات، لتكوين صورة عن بعض من آثار آخر الهجمات على قطاع غزة وما



يعاني قطاع غزة، الرازح تحت الاحتلال العسكري الإسرائيلي منذ عام 1967، من حصار مطبق منذ عام 2007، وقد تعرض، في الأعوام الأخيرة، لسلسلة هجمات عسكرية، أشدها في الأعوام 2006 و2008 و2012 و2014¹. وبينما تستمر سياسات عزل قطاع غزة عن الضفة الغربية منذ عقود، بدأت عمليات الإغلاق والحصار منذ عام 1991، وتصاعدت بعد عام 2000 أثناء الانتفاضة الفلسطينية الثانية، بل أكثر بعد سيطرة حماس على القطاع في حزيران/يونيو 2007 وفرض الحصار². وهذا الوضع لم يعطل البنية الأساسية والاقتصاد فحسب، بل يعرّض حياة الناس للخطر الجاثم. ويعيش سكان القطاع، وثلثاهم من المولودين بعد توقيع اتفاقات أوسلو في عام 1993، تحت وطأة العنف العسكري الإسرائيلي³ المزمّن والهجمات العسكرية.

“ الطب هو من العلوم الاجتماعية، والسياسة ليست سوى الطب للجماعة.”

رودولف فيرشو،
طبيب ألماني من القرن التاسع عشر

على صحة ورفاه البالغين (18 سنة وأكثر) من أبناء غزة، التي تضاعفت بفعل هجمات متكررة، وحصار طويل. وقد تولّى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني تصميم المسح، واختيار العينات، والعمل الميداني، وترميز البيانات وإدخالها، بمساعدة تقنية من الإسكوا ومعهد الصحة العامة والمجتمعية.

لها من تداعيات على صحة السكان، في ظل طول الاحتلال والحصار.

هذه الدراسة هي الأولى في سلسلة دراسات سيجري أعدادها استناداً إلى تحليل بيانات مسح عام 2015 وبيانات من مصادر أخرى. والهدف الرئيسي منها هو وصف آثار الهجوم الإسرائيلي على غزة في عام 2014

1. المنهجية





1. المنهجية

الأصلية من 791 أسرة (479 من الضفة الغربية و312 من قطاع غزة). وبلغ مجموع حجم العينة 9,033 أسرة، 3,362 منها من قطاع غزة.

وكانت عينة عام 2013 الأصلية عينة ترجيحية مجزأة على مرحلتين، استُمدت من إطار معاينة باعتماد تعداد السكان الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 2007. وفي مسح عام 2015، اختيرت عينة عشوائية تضم فرداً من الكبار من الفئة العمرية 18 سنة وأكثر من كل أسرة تشملها العينة، فأدخلت مرحلة ثالثة في تصميم العينة الأصلية.

واستخدمت في مسح عام 2015، استمارتان منفصلتان، استمارة خاصة بالأسرة، واستمارة خاصة بالأفراد من الكبار، تشمل أسئلة حول الوضع الصحي. والتحليل الذي تتناوله هذه الدراسة يستند إلى بيانات موزونة لقطاع غزة، تتكوّن من الأوزان المستعرضة (عينات عام 2013 الإضافية) وأوزان تستند إلى احتمالات الرد على المسح في الجولة الثانية.

ولأغراض هذه الدراسة، تم التدقيق في توزيع الترددات وجدولتها. وقد سُجلت بعض المتغيرات (استناداً إلى توزيعات تواتر المتوسطات والانحرافات المعيارية)، وعبر تبويب على فروع أنجز لإتاحة مقارنة الفوارق بين المجموعات. وتتخذ النتائج المتغيرة مدلولاً عند مستوى $P < 0.05$.

وقد حسبت عدة مقاييس لمؤشرات مختارة، بما في ذلك مستويات المعيشة، وانعدام الأمن الغذائي، والتعرض للعنف الجسدي والنفسي في المنزل، والأمراض المزمنة، والصحة العقلية، والضييق، وانعدام الأمن البشري.

وأنشئ دليل مستوى المعيشة باستخدام أسئلة عن توفر مختلف أسباب الراحة في المنزل (المرفق الأول)



تحلل هذه الدراسة بيانات من المسح الأسري للظروف المعيشية في عام 2015، وهو أول مسح أسري تتبعه يجريه الجهاز المركزي للإحصاء على المستوى الوطني. وقد صُمم هذا المسح على أنه جولة تابعة لمسح 2013-2014 حول تأثير الاحتلال على الأحوال المعيشية في الأرض الفلسطينية المحتلة. ونُفذ المسح في كل من قطاع غزة والضفة الغربية بين آذار/مارس وأيار/مايو 2015.

وتكونت عينة المسح من ثلاثة أجزاء: (أ) جولة العيّنة الأصلية لعام 2013؛ (ب) وعينة الأسر المنفصلة من العينة الأصلية منذ مسح 2013؛ (ج) والعينة الإضافية للتعويض عن الاستنزاف بنسبة تقديرها 10 في المائة، تشمل احتمالات عدم الاستجابة. وشملت العينة النهائية 7,503 أسر من جولة العينة الأصلية لعام 2013 (4,953 أسرة من الضفة الغربية و2,550 أسرة من قطاع غزة)، وعينة إضافية من 739 أسرة (239 من الضفة الغربية و500 من قطاع غزة)، وعينة الأسر المنفصلة من العينة

«نعم». وأنشئ مقياس يتراوح بين 0 و12، باستخدام العد (غير المرجح). والأشخاص الذين أظهروا أربعة أعراض أو أكثر، اعتبروا من الفئة التي تعاني من وضع سلبي في الصحة العقلية.

وأنشأ معهد الصحة العامة والمجتمعية مقياس انعدام الأمن البشري والضيق، وتم التثبت منه في دراسات سابقة. وهذه المقاييس، وكذلك متغيرات التعرض للعنف الجسدي والنفسي، أنشئت باستخدام تحليل العوامل (المرفق الخامس). وأجري تحليل توضيحي للعوامل باستخدام المكونات الرئيسية مع تناوب varimax. وقد أدرجت البنود التي بلغت قيمتها 0.4 أو أكثر في تركيب العوامل. وجمعت البنود باستخدام النقاط المحددة في تحليل العوامل التفسيري وحُسب المتوسط المرجح لإنشاء المقاييس الأربعة. وكان مقياس الموثوقية Cronbach's Alpha 0.81 لانعدام الأمن البشري، 0.88 للضيق، 0.88 للتعرض للعنف الجسدي، و0.8 للتعرض للعنف النفسي. غير أن الأسئلة التي غطت التعرض للعنف الجسدي والنفسي لا تشير بوضوح إلى مصدر العنف (في المنزل أو في الجماعة مقابل العنف الذي يمارسه الجيش الإسرائيلي)، وأسقطت هذه المقاييس من التحليل. وأنشئت مقاييس جديدة تتعلق تحديداً بالعنف في المنزل (المرفق الثالث).

وأجريت تحليلات الانحدار اللوجستية الثنائية لتغطية الأمراض المزمنة واضطرابات الصحة العقلية، وكل منها في متغيرات تابعة لرصد عوامل التداخل (المرفق السادس والسابع).

والدراسة المتقاطعة الأقسام بطبيعتها، لا تقوم على تحديد الأسباب بل رصد عوامل الترابط. ولم تتناول الدراسة جميع العوامل التي يحتمل أن تؤثر على النتائج. وبعض النتائج لا يمكن تفسيرها باستخدام منهجيات إحصائية فقط، بل تتطلب مزيداً من البحوث النوعية.

وحددت الموثوقية لمؤشر Cronbach's Alpha لهذا المقياس 0.78. وحُسب أي رد إيجابي «نعم». وأنشئ دليل غير مرجح للمستوى المعيشي يتكون من عدد يتراوح بين صفر و15 بنداً. ومن ثم حُسب أن توفر 0-2 من وسائل الراحة يعني مستوى معيشياً منخفضاً؛ و3-6 يعني مستوى معيشياً متوسطاً؛ و6-15 يعني مستوى معيشياً مرتفعاً.

وأنشئ مقياس لانعدام الأمن الغذائي باستخدام مجموعة أسئلة سبق أن اختبرها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (المرفق الثاني). وحددت موثوقية مؤشر Cronbach's Alpha بقيمة 0.89، وحُسب أي رد إيجابي «نعم»، وأنشئ مقياس يتراوح بين 0 و9، باستخدام العد (غير مرجح).

وأنشئ مقياسان للتعرض للعنف الجسدي والنفسي في المنزل، باستخدام العد (غير المرجح) (المرفق الثالث). وكان Cronbach's Alpha للتعرض للعنف الجسدي في المنزل 0.89، و0.67 للعنف النفسي. وحُسب أي رد إيجابي «نعم» واعتمد مقياس 0-14 العنف الجسدي، و0-3 للعنف النفسي.

وأنشئ متغير للأمراض المزمنة يشمل أمراضاً مزمنة محددة أفاد المجيبون بتشخيصها على يد طبيب (ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب). واعتمد متغير نعم/لا، لإفادات الإصابة أو عدم الإصابة بمرض أو أكثر من هذه الأمراض.

وأنشئ مقياس للصحة العقلية باستخدام الصيغة القصيرة «لاستبيان الصحة العامة»، وهو أداة دولية متوفرة وتم التثبت منها باللغة العربية¹. ويمكن الاطلاع على البنود المدرجة في المقياس في المرفق الرابع. وكان Cronbach's Alpha لهذا المقياس 0.82. واعتبر الرد «أسوأ من المعتاد» أو «أسوأ بكثير من المعتاد»

2. النتائج





2. النتائج

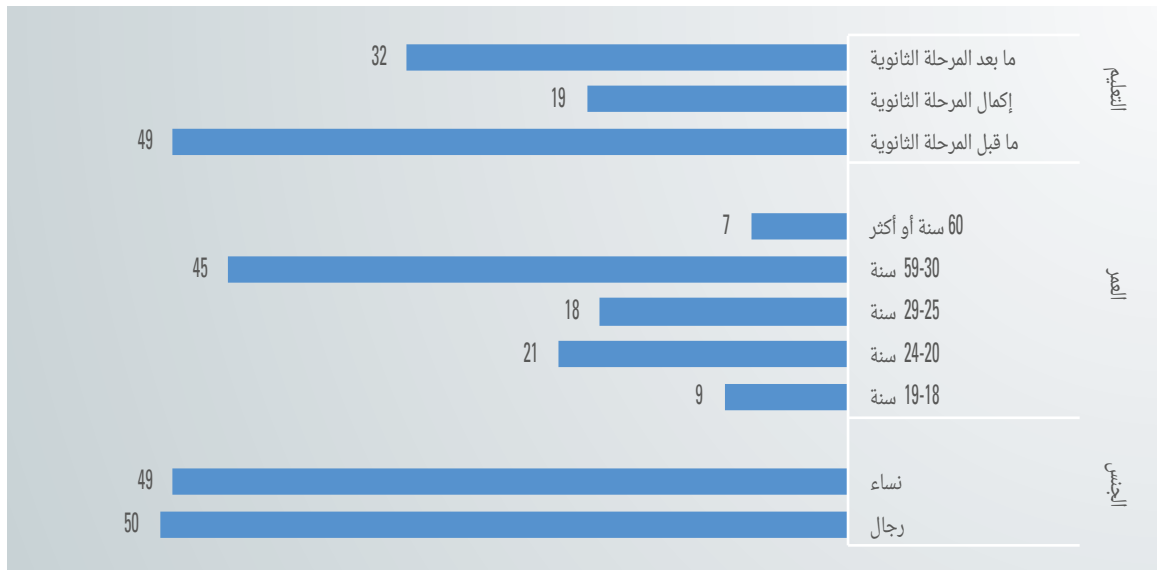
وأكثر، مما يدل على التقدم في التحصيل العلمي مع الوقت في غزة.

ويظهر الشكل 2 أن 68 في المائة من السكان الذين شملهم المسح أفادوا بأنهم متزوجون، و27 في المائة لم يتزوجوا قط، و5 في المائة في وضع ترميل أو طلاق أو انفصال. وأفاد 20 في المائة (وهي نسبة مرتفعة) بأنهم تزوجوا وهم دون 18 سنة. وأفادت 33 في المائة من النساء بأنهن قد تزوجن قبل عمر 18 سنة، مقابل 3 في المائة فقط من الرجال. ولم تسجل أي فوارق بين الجنسين فيما يتعلق بعلاقة القرى بالزوج، وقد أفاد 30 في المائة من المتزوجين بأن الزوج قريب من الدرجة الأولى، ويلاحظ ارتفاع طفيف في هذه النسبة في وضع النساء عن ما هو عليه في الضفة الغربية¹. وأفاد 57 في المائة من الأشخاص المتزوجين (وهي نسبة عالية) بأن الزوج من المجتمع المحلي الذي كانوا يعيشون فيه قبل الزواج. وهذا المسح هو أول مسح

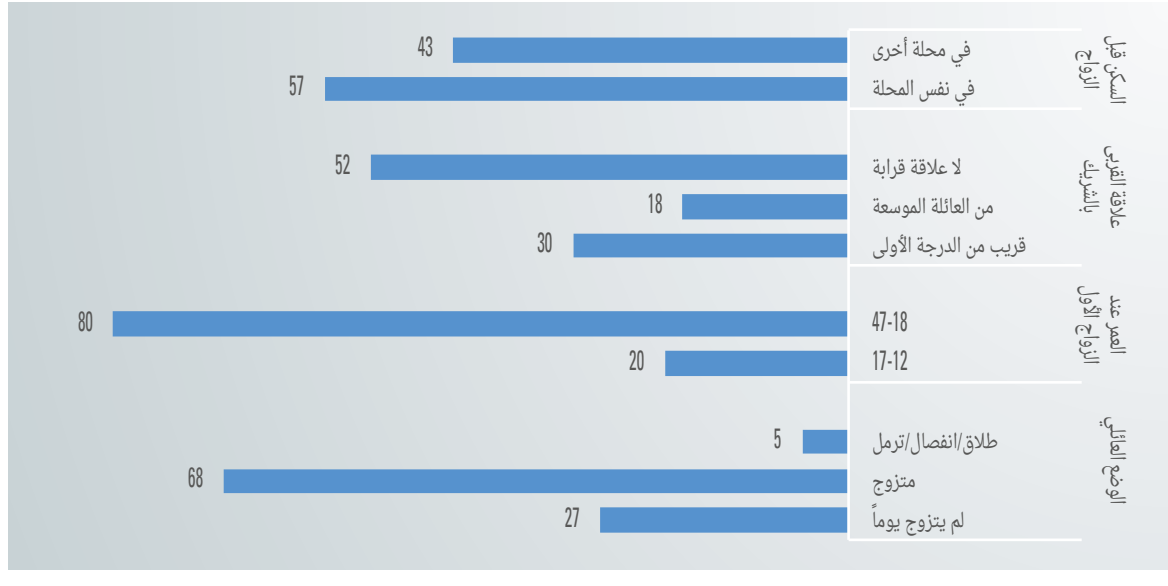
ألف- خصائص العينة

شملت عينة المسح 2,819 شخصاً من الفئة العمرية 18 سنة وأكثر، يمثلون جميع البالغين في قطاع غزة (الشكل 1). وجميع الفوارق بين المجموعات وضمنها المشار إليها في هذه الوثيقة تكتسب دلالة إحصائية عند مستوى $P < 0.05$. ومثلت العينة الرجال والنساء بالتساوي. وضمت نسبة مرتفعة بلغت 48 في المائة من الأشخاص من الفئة العمرية دون 30 سنة. وأفاد حوالي 32 في المائة من أفراد العينة بأنهم وصلوا إلى المرحلة ما بعد الثانوية في التحصيل العلمي. واختلف مستوى التحصيل العلمي حسب الجنس، إذ أفاد 56 في المائة من الرجال بتجاوز مرحلة التعليم الثانوي، مقابل 45 في المائة من النساء. وكان العمر عاملاً مهماً أيضاً، إذ أفاد 40 في المائة من الأشخاص من الفئة العمرية 30-59 بأنهم تخطوا التعليم الثانوي، مقابل 4 في المائة من الأشخاص من الفئة العمرية 60 سنة

الشكل 1- خصائص العينة (النسبة المئوية)



الشكل 2- مؤشرات الوضع الاجتماعي (النسبة المئوية)

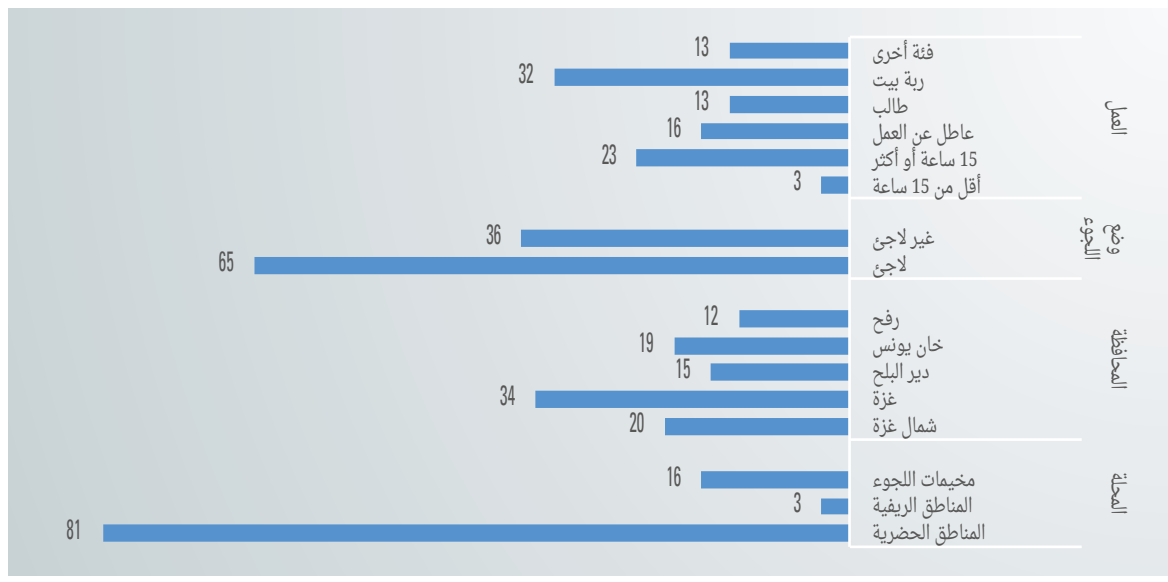


في مسح الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني يتيح التثبت من هذه الفرضية.

وكان 81 في المائة من المجيبين يعيشون في المناطق الحضرية، و16 في المائة في مخيمات اللاجئين و3 في المائة في المناطق الريفية (الشكل 3). ويختلف هذا التوزيع اختلافاً كبيراً عن التوزيع في الضفة الغربية،

يتناول هذا المتغير، وفيه دليل على الطابع المحلي الذي يغلب عليه الزواج، في ظل القيود المفروضة على حركة الأشخاص والبضائع في الضفة الغربية وبين الضفة الغربية وقطاع غزة. وإذا كان من غير الممكن تحديد الاتجاهات الزمنية، يمكن الافتراض أن الاحتلال وكذلك الحصار يؤثران على جميع نواحي الحياة، بما في ذلك أنماط الزواج. وإدراج هذا المتغير

الشكل 3- وضع الإقامة واللجوء والعمل (النسبة المئوية)



في المائة بأن الأسرة التي يعيشون فيها فقيرة أو فقيرة جداً. وأفاد 45 في المائة أن دخل الأسرة قد انخفض منذ الهجوم الإسرائيلي في عام 2014، وأفاد 4 في المائة بارتفاع في هذا الدخل، وأفاد الباقي ببقائه على حاله. أما في ما يتعلق بمؤشر مستوى المعيشة، فأفاد 36 في المائة من المجيبين بأنهم يعيشون في مستوى معيشي منخفض، و43 في المائة في مستوى متوسط، و21 في المائة في مستوى جيد. وستساعد هذه المتغيرات في دراسة العلاقة بين الرفاه والصحة والفقير.

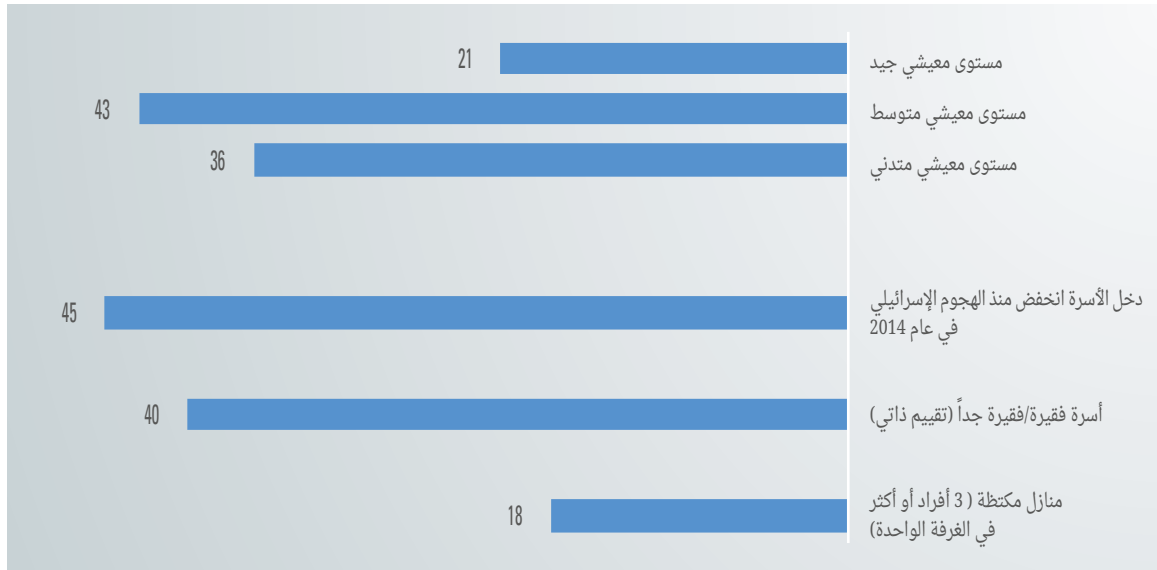
وبلغ الاكتظاظ (ثلاثة أشخاص أو أكثر في الغرفة الواحدة) أعلى درجاته في محافظة غزة حيث وصل إلى نسبة 26 في المائة من الأسر، تليها شمال غزة بنسبة 16 في المائة، ثم خان يونس بنسبة 14 في المائة، ورفح 13 في المائة، ودير البلح 10 في المائة. وفي حين لم تلاحظ فوارق في مستويات الفقر في الأسر المعيشية بين محلة وأخرى ومحافظة وأخرى، أفاد 48 في المائة من المجيبين غير اللاجئيين بحدوث انخفاض في دخل أسرهم منذ الهجوم العسكري في عام 2014، مقابل 44 في المائة من اللاجئيين. وأفاد سكان المناطق الريفية بأعداد أكبر من سكان المدن والمخيمات بأن انخفاضاً سُجل في دخل الأسر، ولكن النتائج لم تكن ذات دلالة إحصائية هامة على هذا

حيث كان أكثر من ثلث السكان يعيشون في المناطق الريفية. وأفاد 3 في المائة من مجموع المجيبين بأنهم يعملون أقل من 15 ساعة يومياً، و23 في المائة يعملون 15 ساعة أو أكثر، و16 في المائة بأنهم في حالة بطالة (أو بحث عن عمل)، و13 في المائة بأنهم من الطلاب، و32 في المائة من ربات البيوت، و13 في المائة «ضمن فئة أخرى»، ومنهم المتقاعدون وذوو الإعاقة. وأظهر تفصيل البيانات حسب الجنس أن 38 في المائة من الرجال يعملون، مقابل 9 في المائة فقط من النساء. و27 في المائة من الرجال عاطلون عن العمل، مقابل 6 في المائة من النساء². وكما هو متوقع، شكّل الأشخاص من الفئة العمرية 30-59 سنة أعلى نسبة من العاملين (30 في المائة)، والأشخاص من الفئة 15-19 سنة أعلى نسبة من الطلاب (60 في المائة).

باء- الأحوال الاجتماعية والاقتصادية

تراوح عدد أفراد الأسر المعيشية في غزة بين فرد واحد و24 فرداً في عام 2014، وتراوح عدد الغرف المتوفرة لكل أسرة بين غرفة واحدة و9 غرف، بمتوسط قدره 3.65 غرفة. وأفاد 18 في المائة من المجيبين بأنهم يعيشون في منازل مكتظة، بمعدل ثلاثة أشخاص أو أكثر في الغرفة الواحدة، وهو مؤشر من مؤشرات الفقر. وأفاد 40

الشكل 4- مؤشرات اجتماعية مختارة (النسبة المئوية)



وسُئِلَ فردٌ بالغ واحد من كل أسرة معيشية عن عدد المرات التي ساور القلق الأسرة خلال ثلاثين يوماً سبقت المقابلة إزاء عدم كفاية الأغذية (أظهرت النتائج أن نسبة 64 في المائة من الأسر عاشت هذه الحالة 1 إلى 10 مرات خلال الأيام الثلاثين السابقة)؛ واستهلاك أنواع محدودة من الغذاء (58 في المائة من الأسر واجهت هذا النقص)؛ وعدم القدرة على استهلاك الأغذية المفضلة (56 في المائة)؛ واستهلاك كمية من الغذاء أقل من الحاجة (55 في المائة)؛ واستهلاك الأغذية غير المرغوب فيها (54 في المائة)؛ ونقص أو عدم كفاية الغذاء (44 في المائة)؛ واستهلاك وجبات أقل في اليوم (43 في المائة)؛ والذهاب إلى النوم في حالة الجوع (13 في المائة)؛ وبقاء فرد على الأقل من أفراد الأسرة بدون طعام طوال اليوم (عانت من هذا الوضع 11 في المائة من الأسر المعيشية بين مرة و10 مرات خلال الأيام الثلاثين السابقة) (الشكل 5).

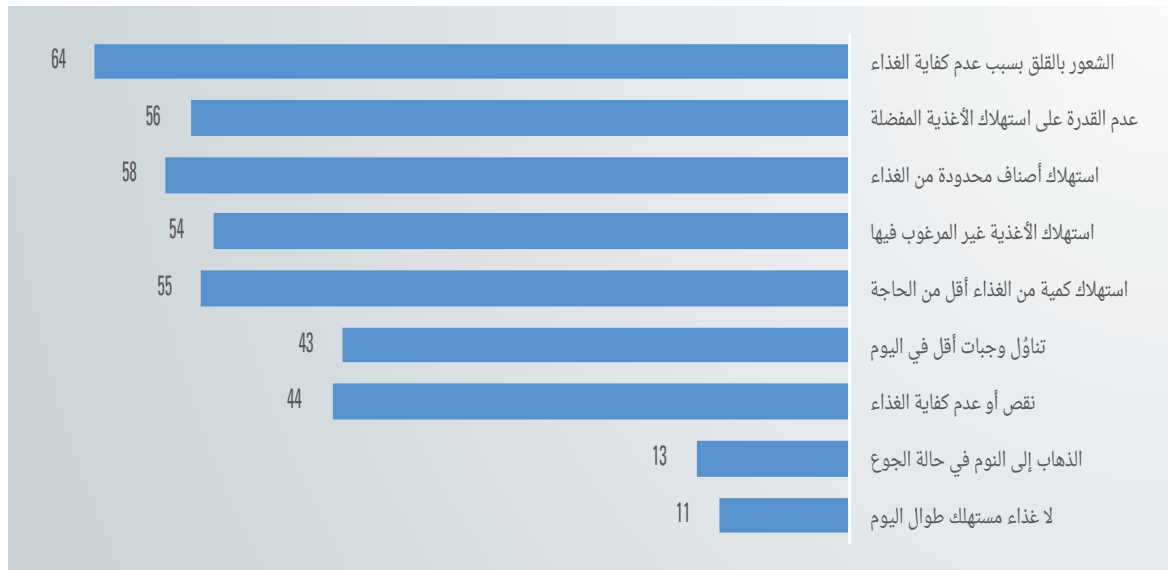
وتسهيلاً للتحليل، جرى تحويل الردود على هذه الأسئلة التسعة المترابطة إلى مقياس أظهر النتائج التالية: لم تشهد 20 في المائة من الأسر المعيشية التي شملها المسح أيّاً من هذه الحالات، وبالتالي لا تعاني من انعدام الأمن الغذائي؛ وشهدت 24 في المائة من الأسر حالة إلى ثلاث حالات، وهي بالتالي تعاني من انعدام الأمن الغذائي بدرجة طفيفة؛ وشهدت 32 في المائة من الأسر المعيشية

الصعيد. وأفاد 51 في المائة من سكان محافظة غزة ورفح بحدوث انخفاض في دخل الأسرة أثر هجوم عام 2014، مقابل 46 في المائة من المقيمين في خان يونس، و39 في المائة في دير البلح، و37 في المائة في شمال غزة. وأخيراً، ظهر أن 45 في المائة من سكان الأرياف كانوا في الفئة المتدنية من مقياس مستوى المعيشة مقابل 38 في المائة من سكان المدن، و26 في المائة فقط من سكان مخيمات اللجوء. وسجلت وسط سكان الريف أدنى نسبة الإجابة بالعيش في مستوى معيشي جيد، عند 16 في المائة، في حين بلغت هذه النسبة 22 في المائة في أوساط سكان المدن ومخيمات اللجوء. وهكذا يبدو أن سكان الأرياف في وضع حرمان على صعيد مستويات المعيشة.

جيم- انعدام الأمن الغذائي

في وقت كتابة هذه الدراسة، كانت بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عن انعدام الأمن الغذائي لا تزال قيد التحليل. وقد اختبرت مجموعة من المؤشرات الأساسية لانعدام الأمن الغذائي من أجل دراسة العلاقة بين الصحة وانعدام الأمن الغذائي للبالغين الذين يعيشون في قطاع غزة.

الشكل 5- مؤشرات مختارة لانعدام الأمن الغذائي (النسبة المئوية)



الشكل 6- درجات انعدام الأمن الغذائي (النسبة المئوية)



يعتمد سكان المدن والمخيمات على الأغذية المنتجة في المناطق الريفية أو المعونات الغذائية. وأفاد 28 في المائة من سكان خان يونس أنهم لا يعانون من حالة انعدام الأمن الغذائي، مقابل 21 في المائة في غزة، و19 في المائة في دير البلح، و14 في المائة فقط في شمال غزة.

أربعاً إلى ست حالات، وهي بالتالي تعاني من انعدام الأمن الغذائي بدرجة معقولة؛ وشهدت 24 في المائة من الأسر المعيشية سبعاً إلى تسع حالات، وهي بالتالي تعاني من انعدام الأمن الغذائي بدرجة حادة (الشكل 6).

والنتائج المذكورة آنفاً قريبة من بيانات صدرت في كانون الأول/ديسمبر 2015 عن مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية حول سكان قطاع غزة، حيث كان 72 في المائة من السكان يعانون من انعدام الأمن الغذائي أو عرضة لانعدام الأمن الغذائي³.

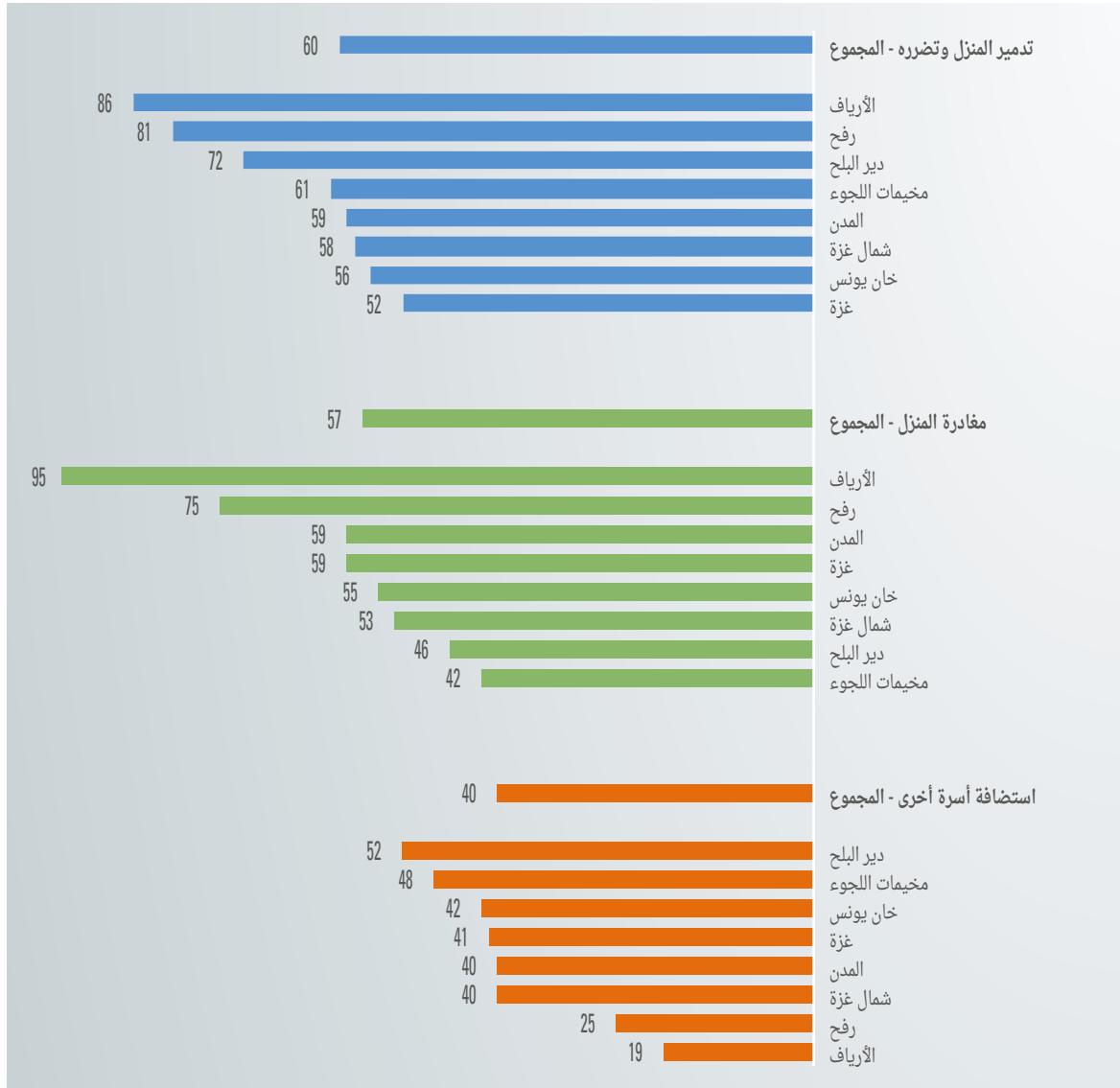
دال- التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي أثناء هجوم عام 2014

من تداعيات التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي، إضافة إلى الوفاة والإصابة والإعاقة، تدمير المنازل الكلي أو الجزئي، والنزوح هرباً من الموت والإصابة، وإيواء الآخرين. ويظهر الشكل 7 فوارق كبيرة بين محافظة وأخرى ومحلة وأخرى.

وقد أفاد 60 في المائة من المجيبين بأن منازلهم قد تضررت (55 في المائة) أو دمرت كلياً (5 في المائة) نتيجة للهجوم في عام 2014، وتركزت أعلى درجات التدمير في المناطق الريفية إذ وصلت إلى 86 في المائة. وقد أظهرت إفادات سكان محافظة رفح بأن المحافظة شهدت أعلى درجات التدمير، حيث وصلت النسبة إلى 81 في المائة، بينما شهدت غزة أدها في غزة، عند

وأظهرت النتائج أن انعدام الأمن الغذائي يتراجع مع تقدم السن، إذ بلغت نسبة الذي لا يعانون من حالة انعدام الأمن الغذائي 18 و19 في المائة بين المجيبين من الفئة العمرية 18-29 والفئة العمرية 30-49 سنة على الترتيب، مقابل 27 في المائة في الفئة العمرية 50 سنة وأكثر. وتُعزى علاقة الترابط هذه بين تقدم السن وتراجع انعدام الأمن الغذائي إلى ارتفاع مستويات بطالة الشباب. ولوحظ ارتفاع مستويات انعدام الأمن الغذائي في المناطق الحضرية ومخيمات اللاجئين، حيث أفاد 19 في المائة فقط من المجيبين أنهم لا يعانون من حالة انعدام الأمن الغذائي، مقابل 38 في المائة في المناطق الريفية. والواقع أن سكان الأرياف يمكنهم إنتاج غذائهم بأنفسهم، في حين

الشكل 7- التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي أثناء هجوم عام 2014 (النسبة المئوية من السكان في كل محافظة/محلة)

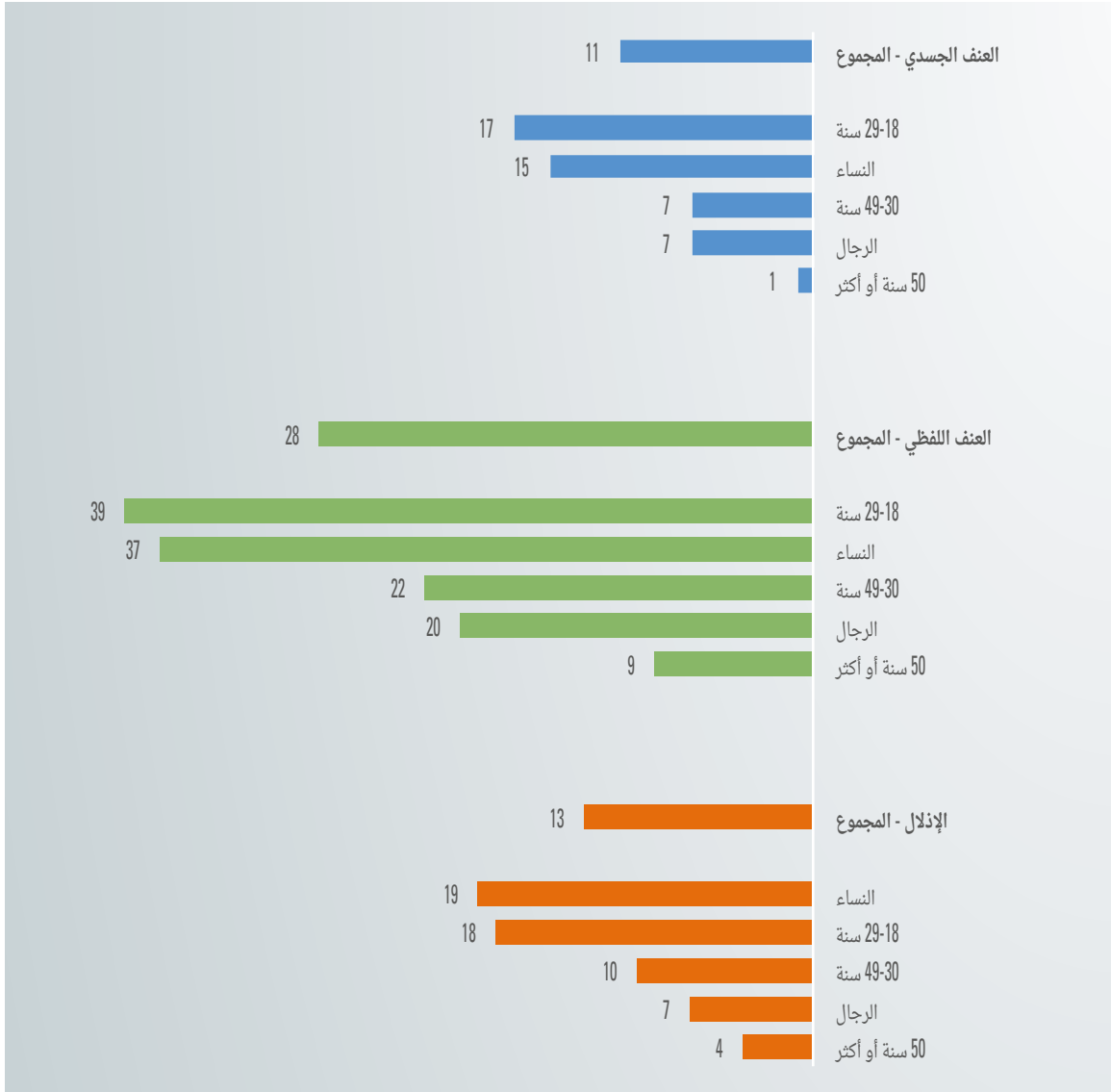


الريفية. وفي ذلك ما يدل على أن غالبية النازحين كانت من سكان الأرياف. واستضافت أكثر من نصف الأسر في دير البلح أسر أخرى (52 في المائة)، مقابل ربع الأسر في رفح (25 في المائة)، التي لاحقها نصيب كبير من التدمير، أسوة بالمناطق الريفية.

وفي هذه النتائج ما يكشف عن ظروف معيشية عصيبة عاشها المدنيون خلال الهجوم الإسرائيلي على غزة في عام 2014، لا سيما في المناطق الريفية ومحافظة رفح،

نسبة 52 في المائة. واضطر 57 في المائة إلى مغادرة ديارهم خلال الهجوم، بنسبة تراوحت بين حد أقصى بلغ 95 في المائة من سكان الريف، ما يدل على الخطر الكبير على المناطق الريفية، وحد أدنى نسبياً بلغ 42 في المائة في مخيمات اللاجئين. وغادر 75 في المائة من سكان محافظة رفح منازلهم مقابل 46 في المائة من سكان دير البلح. واستقبل 40 في المائة من الأسر أسرة أخرى خلال الهجوم، وبلغت نسبة الأسر المضيفة 48 في المائة في مخيمات اللاجئين و19 في المائة فقط في المناطق

الشكل 8- التعرض للعنف المنزلي حسب شكل العنف والعمر والجنس (النسبة المئوية)



تعرضوا لشكل أو أكثر من أشكال العنف الجسدي، و28 في المائة لشكل أو أكثر من أشكال العنف النفسي، و13 في المائة لشكل من أشكال الإذلال (الشكل 8).

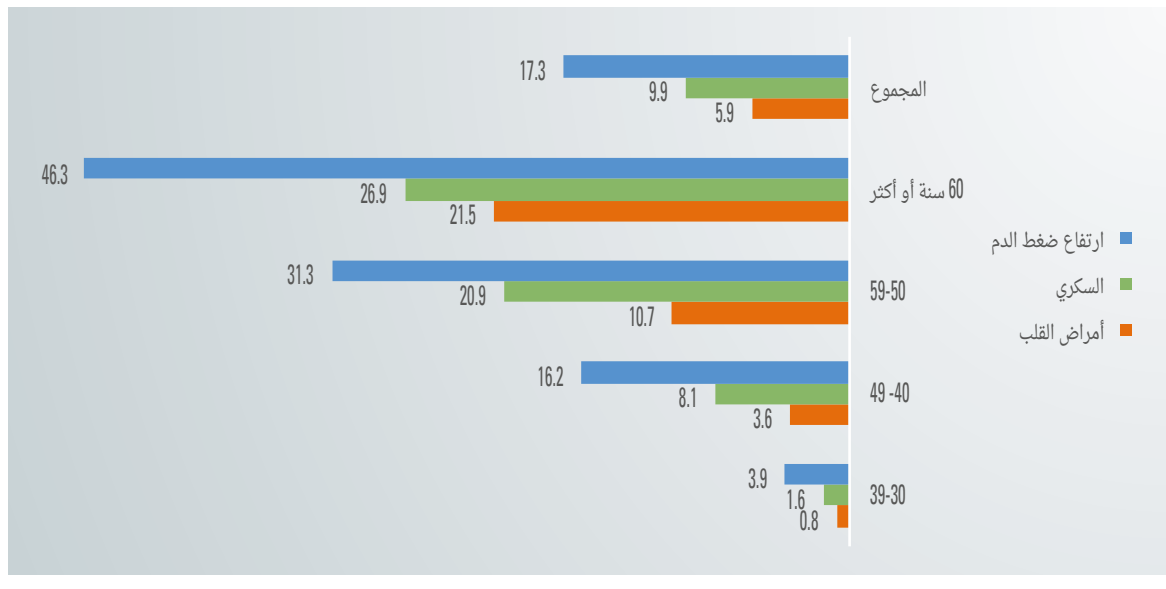
وأفاد الشباب (من الفئة العمرية 18-29 سنة) والنساء عن نسب عالية من التعرض للعنف المنزلي بأنواعه الثلاثة، وفي الغالب على يد رجال أكبر سناً. وقد تُعزى هذه النتائج إلى الهياكل الاجتماعية الأبوية السائدة، التي تركز سيطرة الرجل على المرأة، بل أيضاً سيطرة الرجال الأكبر سناً على الأصغر سناً.

وما يساعد في تحليل الصلات بين الظروف الصحية والأوضاع العامة التي يعيشها السكان.

هاء- العنف المنزلي

سُئِلَ الأفراد من الفئة العمرية 18 سنة وأكثر، عما إذا كانوا قد تعرضوا خلال الاثني عشر شهراً التي سبقت المقابلة، لأعمال عنف جسدي و/أو نفسي و/أو لأفعال مذلة على يد أفراد الأسرة. وأفاد 11 في المائة بأنهم

الشكل 9- الأمراض المزمنة المسجلة (بالنسبة المئوية من السكان من الفئة العمرية 30 سنة وأكثر)



(21 في المائة) أعلى منها بين الرجال (14 في المائة)، ولكن لا فوارق تذكر بين الرجال والنساء في الإصابة بداء السكري وأمراض القلب. ولم تسجل فوارق بين محافظة وأخرى أو محلة وأخرى. ويبدو أن النتائج تتأثر بالمستويات التعليمية. فالإصابة بالأمراض المزمنة تكثر في صفوف ذوي التحصيل العلمي المنخفض. غير أن عنصر التعليم يبدو أقل أهمية من عنصر العمر.

2. التقييم الذاتي للوضع الصحي والرضا بالصحة والحياة

يبين الشكل 10 انخفاض مستويات التقييم الذاتي للصحة والرضا بالصحة والحياة. وتظهر المقارنات بين الفترات الزمنية زيادة كبيرة في نسبة السكان الذين أفادوا أن صحتهم أقل من جيدة (62 في المائة) والذين عبّروا عن عدم الرضا بصحتهم (50 في المائة) وبحياتهم (72 في المائة) أثناء هجوم عام 2014. وتحسنت هذه الأرقام بعد الهجوم، حيث بلغت 31 و27 و44 في المائة على الترتيب، لكنها بقيت أعلى مما كانت عليه قبل الهجوم. وهكذا يبدو أن النتائج تؤكد أن آثار الهجوم عام 2014 هي آثار شبه دائمة.

وتتيح النتائج تحليل علاقات الترابط بين مختلف أشكال العنف، والصلة بين التعرض للعنف والوضع الصحي.

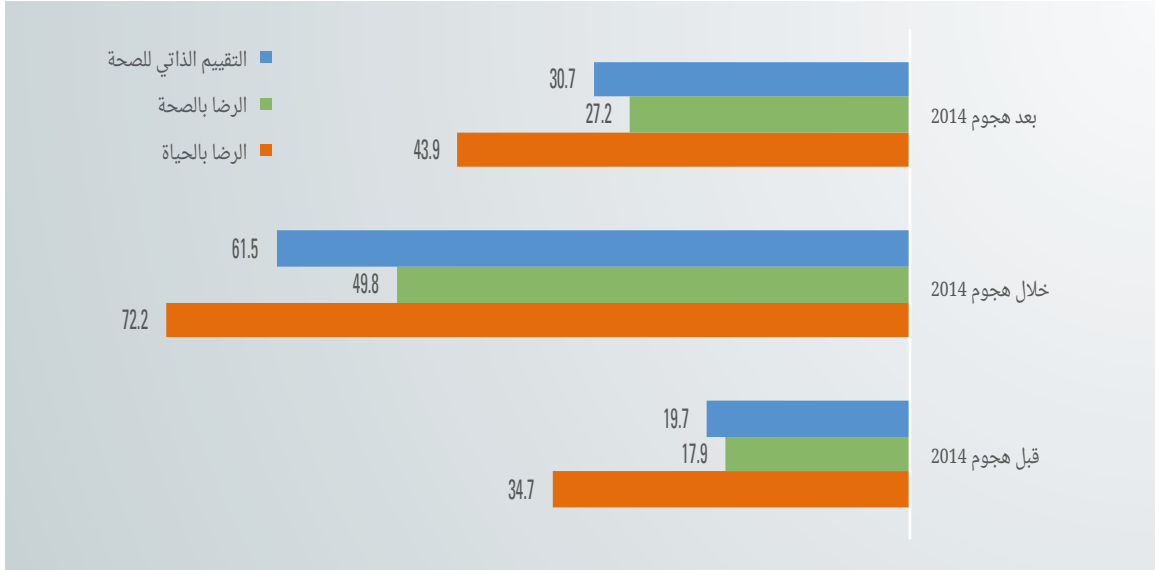
واو- الأمراض المزمنة ومؤشرات الصحة البدنية والعقلية

1. الأمراض المزمنة

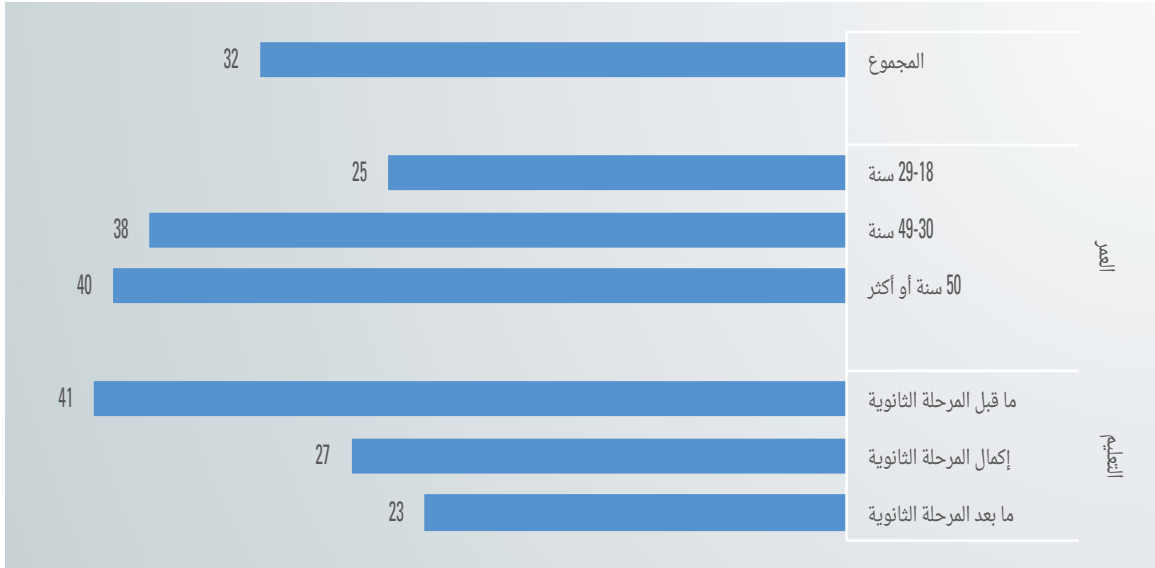
أفاد 7 في المائة فقط من المجيبين بأنهم غير مشمولين بأي نوع من أنواع التأمين الصحي. أما الباقون، فيشملهم التأمين الصحي إما من الحكومة، أو من وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، أو شركات التأمين الخاصة، أو مزيج من عدة مصادر. ويظهر فحص الحالة الصحية للأشخاص من الفئة العمرية 30 سنة أو أكثر، وهو العمر الذي يبدأ فيه تأثير الأمراض المزمنة، ارتفاعاً في نسبة الإصابة بهذه الأمراض، إذ يعاني 17 في المائة من المجيبين من ارتفاع ضغط الدم، و10 في المائة من السكري و6 في المائة من أمراض القلب.

وترتفع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة مع التقدم في السن. ونسبة الإصابة بارتفاع ضغط الدم بين النساء

الشكل 10- التقييم الذاتي للوضع الصحي والرضا بالصحة والحياة قبل هجوم عام 2014 وخلال وبعد (النسبة المئوية للسكان الذين أفادوا بأن ظروفهم أقل «من جيدة»)



الشكل 11- الصحة العقلية المصنفة سلبية حسب عوامل مختارة (النسبة المئوية)

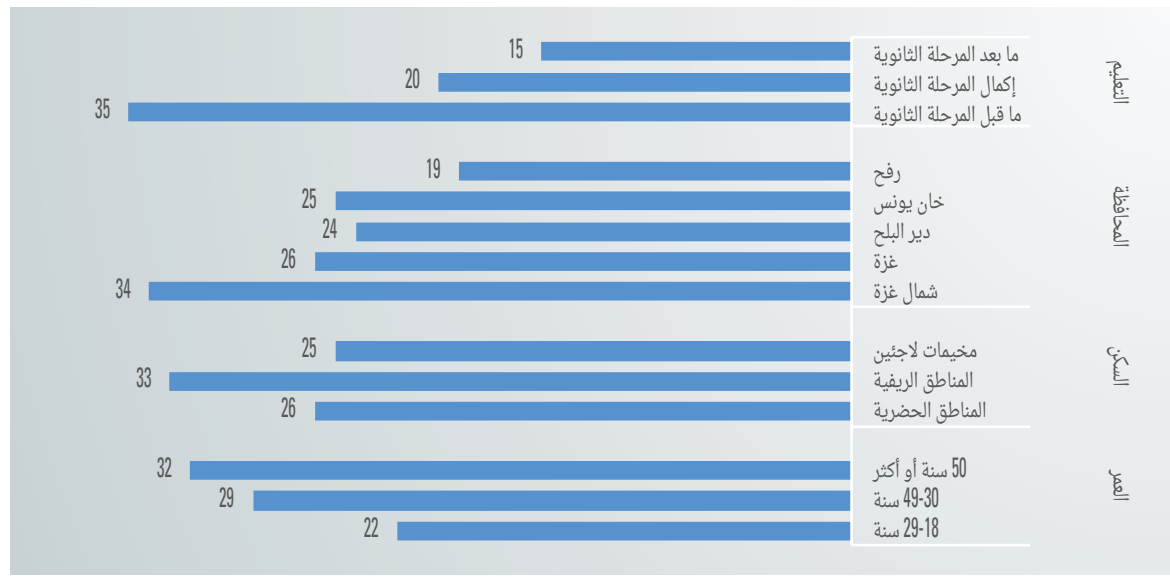


3. الصحة العقلية والرفاه

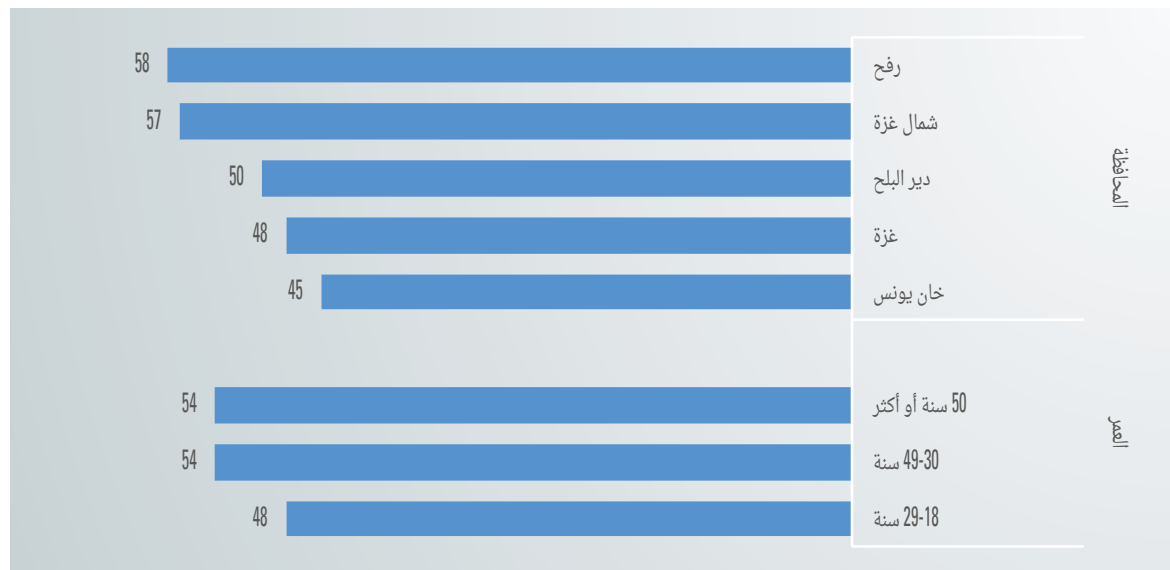
بأنهم يعانون من أربعة أعراض أو أكثر (الشكل 11). وكان عامل التقدم في السن من العوامل الهامة، إذ أفاد 25 في المائة من الأشخاص في الفئة العمرية 18-29 سنة بوضع سلبي في الصحة العقلية، مقابل 38 و40 في المائة من الأشخاص في الفئة العمرية 30-49 سنة والفئة العمرية 50 سنة وأكثر، على الترتيب.

اعتمد في المسح استبيان الصحة العامة ذو الاثني عشر بنداً، وهو أداة دولية لتقييم الحالة العامة للصحة العقلية والرفاه. واعتبر 32 في المائة من المجيبين في حالة سلبية في الصحة العقلية/الرفاه، إذ أفادوا

الشكل 12- درجات متوسطة ومرتفعة من الضيق حسب عوامل محدّدة (النسبة المئوية)



الشكل 13- درجة متوسطة إلى حادة من انعدام الأمن البشري حسب عوامل محدّدة (النسبة المئوية)



السن في الحسبان. والواقع أن تقدم السن وانخفاض مستويات التعليم من العوامل التي تؤثر سلباً على حالة الصحة العقلية. ولم يتضح وجود صلة ترابط بين حالة الصحة العقلية وعوامل الجنس والمحلة (المناطق الحضرية والريفية ومخيمات اللاجئين) أو المحافظة.

وانخفضت الأرقام مع ارتفاع مستويات التعليم، إذ أفاد 41 في المائة من الذين بلغوا مرحلة التعليم الثانوي بمؤشرات سلبية في الصحة العقلية، مقابل 27 في المائة من الذين أكملوا مرحلة التعليم الثانوي، و23 في المائة من الذين بلغوا مرحلة التعليم ما بعد الثانوي. وتبقى هذا النتائج هامة حتى بعد أخذ عامل

4. الضيق

(الشكل 13). وترتفع درجات انعدام الأمن مع تقدم السن، إذ تبلغ نسبته 49 في المائة في الفئة العمرية 18-29 سنة، مقابل 54 في المائة في الفئة العمرية 30 سنة وأكثر. وفي ذلك دليل على أن آثار التعرض المتكرر والمزمن للعنف تتراكم وتستمر مدى الحياة. ويلاحظ أن علاقة الترابط بين انعدام الأمن البشري ومستويات التحصيل العلمي متفاوتة لدى أخذ عامل السن في الحسبان، ولن تتناولها هذه الدراسة. ولم تسجل أي فوارق في مستويات انعدام الأمن البشري حسب الجنس، وكذلك في درجات الضيق، ما يدل على أن الأشخاص من الجنسين يبدون ردة الفعل نفسها إزاء صدمات الحروب. وما لوحظ من فوارق في درجات انعدام الأمن البشري بين محلة وأخرى، حيث سُجّلت أعلى الدرجات في المناطق الريفية، لم يكوّن خلاصة ذات دلالة إحصائية. وفي اتساق مع نتائج المؤشرات السابقة، أبدى 57 في المائة من المجيبين في شمال غزة درجة متوسطة إلى حادة من انعدام الأمن البشري، مقابل 50 في المائة في دير البلح، و48 في المائة في غزة، و45 في المائة في خان يونس. ويُعزى ارتفاع النسبة إلى 58 في المائة في رفح إلى تدمير الأنفاق تحت الأرض التي تربط قطاع غزة بمصر، الذي بدأ أثناء انطلاق العمل الميداني للمسح.

6. الحرمان ومصادره

أفاد 56 في المائة من الأشخاص الذين شملتهم الدراسة الاستقصائية بأنهم يشعرون بحرمان ولم يكن اختلاف الردود بين الجنسين والفئات العمرية ذا دلالة جوهرية، بينما يكتسب دلالة هامة بين محلة وأخرى، لأن نسبة الأشخاص الذين يعانون من الحرمان ارتفعت من 55 في المائة بين سكان المناطق الحضرية، إلى 59 في المائة من سكان المخيمات، إلى 60 في المائة بين سكان الأرياف. وتوحي هذه النتائج بأن أعمال الإغاثة يجب أن تركز أولاً على سكان المناطق الريفية وثم مخيمات اللجوء.

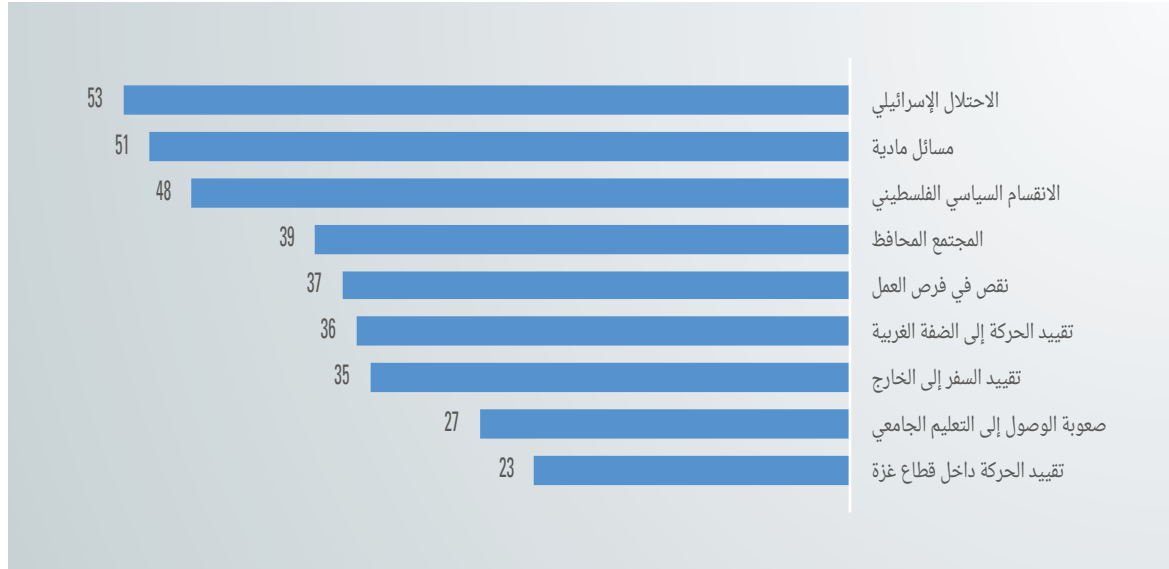
أفاد 26 في المائة من المجيبين بدرجات متوسطة إلى مرتفعة من الضيق (الشكل 12). ولم تسجل أي فوارق بين الجنسين أو حسب الصحة العقلية على هذا الصعيد. وترتفع نسبة الإفادة بدرجات متوسطة إلى مرتفعة من الضيق مع التقدم في السن، من 22 في المائة من الشباب في الفئة العمرية 18-29 سنة، إلى 29 في المائة من الأشخاص في الفئة العمرية 30-49 سنة و32 في المائة من الأشخاص في الفئة العمرية 50 سنة وأكثر، في دلالة على أن التعرض المتكرر والمزمن للعنف قد يكون له تأثير تراكمي على الصحة والرفاه، يضاف إلى تأثير الشيخوخة الطبيعية. ويُلاحظ وجود صلة بين الضيق ومستوى التعليم. فقد أفاد 35 في المائة من الذين بلغوا مرحلة التعليم الثانوي بدرجات متوسطة إلى مرتفعة من الضيق، مقابل 20 في المائة من الذين أكملوا مرحلة التعليم الثانوي، و15 في المائة من الذين بلغوا مرحلة التعليم ما بعد الثانوي. وظلت النتائج ذات دلالة هامة حتى بعد أخذ عامل السن في الحسبان، وهذا ما يلتقي مع نتائج مؤشر الصحة العقلية.

وتسجل أعلى نسبة من المجيبين بدرجات متوسطة إلى مرتفعة من الضيق في المناطق الريفية، حيث تصل إلى 33 في المائة، مقابل 26 في المائة في المناطق الحضرية، و25 في المائة في مخيمات اللجوء. وينبغي إخضاع هذه النتيجة لمزيد من البحث. ويمكن ربطها بتدمير قرى في الريف الشرقي مثل خزاعة، وهي بمثابة مخزن الخبز لقطاع غزة، أثناء هجوم عام 2014. وكما هو متوقع، سُجّلت أعلى نسبة للإفادة بدرجات متوسطة إلى مرتفعة من الضيق في شمال غزة، حيث بلغت 34 في المائة، في هذه المنطقة التي تكبدت أضراراً جسيمة بفعل الهجوم الإسرائيلي، تليها غزة بنسبة 26 في المائة وخان يونس بنسبة 25 في المائة ودير البلح بنسبة 24 في المائة ثم رفح بنسبة 19 في المائة.

5. انعدام الأمن البشري

كانت مستويات انعدام الأمن البشري مرتفعة، تصيب بدرجة متوسطة أو حادة 51 في المائة من المجيبين

الشكل 14- أسباب الحرمان (النسبة المئوية)



7. المعاناة وأسبابها

سُئل الأشخاص المشمولون بالمسح عما إذا كانت المعاناة جزءاً من حياتهم، وردت نسبة مرتفعة بلغت 84 في المائة بالإيجاب. ولم ترصد فوارق كبيرة في الردود بين الجنسين ولا بين الفئات العمرية، وقد أفاد 90 في المائة من سكان الأرياف بالتعرض لأقصى درجات

والسكن، إلخ)؛ و48 في المائة إلى الانقسام السياسي الفلسطيني؛ و39 في المائة إلى المجتمع المحافظ؛ و37 في المائة إلى نقص فرص العمل؛ و36 في المائة إلى تقييد الحركة إلى الضفة الغربية؛ و35 في المائة إلى تقييد السفر إلى الخارج؛ و27 في المائة إلى صعوبة الوصول إلى التعليم الجامعي؛ و23 في المائة إلى تقييد الحركة داخل قطاع غزة (الشكل 14).

الشكل 15- أسباب المعاناة (النسبة المئوية)



وللفقر أيضاً تأثير مهم، فالذين يعيشون في أسر فقيرة أو فقيرة جداً عرضة للإصابة بأمراض مزمنة 1.6 مرة أكثر من الذين يعيشون في أسر وضعها المعيشي أفضل. وفي المقابل، ينخفض احتمال إصابة الذين أبلغوا عن مستوى معيشي أدنى (من حيث القدرة على تحمل التكاليف وأسلوب حياة) بهذه الأمراض مقارنة مع الذين أبلغوا عن مستوى معيشي أفضل، وتتطلب هذه النتائج المزيد من التحقيق. والفارق الوحيد المرتبط بالمحافظات كان انخفاض احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة في خان يونس مقارنة بشمال غزة.

وتبيّن أن التعرّض للعنف العسكري الإسرائيلي مرتبط أيضاً بنسبة الإبلاغ عن الإصابة بأمراض مزمنة: فالذين استضافوا أسراً هربت من ديارها في هجوم عام 2014 أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة من الذين لم يستضيفوها 1.44 مرة؛ ويزيد احتمال إبلاغ الذين هربوا من ديارهم عن الإصابة بأمراض مزمنة مقارنة بالذين لم يهربوا 1.47 مرة.

وبيّنت نتائج الانحدار ارتباطاً وثيقاً بين وضع الصحة العقلية والعمر، فالأشخاص الأصغر سناً (18-29 سنة) معرّضون أقل للإبلاغ عن وضع صحة عقلية سيئة مقارنة بالذين تزيد أعمارهم عن 50 سنة (المرفق السابع). ويزيد احتمال إبلاغ الذين لم يتمموا التعليم الثانوي عن وضع صحة عقلية سيئة 1.27 مرة مقارنة بالذين بلغوا مرحلة ما بعد التعليم الثانوي. ولم يكن للعمر دور في تأثير التعليم على الصحة العقلية. ويبلغ احتمال الإفادة بوجود اضطرابات الصحة العقلية لدى أفراد الأسر الفقيرة 1.3 مرة احتمال الإفادة بهذا النوع من الاضطرابات في الأسر الميسورة. ويزيد احتمال إبلاغ الأسر التي انخفض دخلها بعد هجوم عام 2014 عن وضع صحة عقلية سيئة 1.25 مرة مقارنة بالتي لم يتغير دخلها أو تحسّن. ويزيد احتمال إبلاغ أفراد الأسر المعيشية التي تعاني من انعدام الأمن الغذائي عن وضع صحة عقلية سيئة 1.46 مرة مقارنة بالأسر التي لا تعاني من انعدام الأمن الغذائي. ويزيد احتمال أن يعاني الأشخاص الذين هربوا من ديارهم خلال الهجوم من وضع صحة عقلية سيئة 1.26 مرة مقارنة بالذين لم يهربوا.

المعانة، مقابل 84 في المائة من سكان المدن و80 في المائة من سكان المخيمات. ولوحظت فوارق كبيرة بين المحافظات، حيث رُصدت أعلى درجات المعانة بين المجيبين من رفح عند 91 في المائة، ثم شمال غزة، عند نسبة 89 في المائة، ثم غزة 82 في المائة، ودير البلح 81 في المائة، وخان يونس 78 في المائة.

وعند السؤال عن أسباب المعانة، ذكر 78 في المائة الحصار الإسرائيلي؛ و77 في المائة هجوم عام 2014؛ و77 في المائة الاحتلال الإسرائيلي؛ و76 في المائة الانقسام السياسي الفلسطيني؛ و74 في المائة المحسوبة (التي يفترض بأنها تعوق الرفاه والبقاء)؛ و73 في المائة السياسات العالمية إزاء الفلسطينيين؛ و60 في المائة القيود التي تفرضها طبيعة المجتمع الفلسطيني (الشكل 15).

زاي- التحليل الانحداري

دُمجت التقارير عن الأمراض المزمنة في مقياس واحد لإنشاء متغيرة تابعة واحدة وتفنيده عوامل الإرباك، أي لمعرفة العوامل الديمغرافية والاجتماعية الاقتصادية والسياسية/العسكرية التي تؤثر بشكل كبير على الصحة. وبشكل عام، أفاد 12 في المائة من المجيبين البالغين من العمر 30 سنة أو أكثر عن إصابتهم بمرض إلى ثلاثة أمراض مزمنة (ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية) حسب تشخيص الطبيب.

وأجري التحليل الانحداري الحسابي الثنائي المتعدد المتغيرات. وبيّنت نتائج الانحدار (المرفق السادس)، أن الأمراض المزمنة مرتبطة بالسن: فالذين تتراوح أعمارهم بين 40 و49 سنة يحتمل أن يعانون من أمراض مزمنة أربع مرات أكثر من الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و39 سنة؛ ويرتفع هذا الرقم إلى 13 مرة إذا ما جرت المقارنة بين الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و59 سنة والذين تتراوح أعمارهم بين 30 و39 سنة؛ وإلى 34 مرة إذا ما جرت المقارنة بين الذين بلغوا من العمر 60 سنة أو أكثر والذين تتراوح أعمارهم بين 30 و39 سنة؛ وأظهرت النتائج أيضاً أن احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة أقل عند الرجال منه عند النساء.

1.79 مرة مقارنة بالذين لم يتعرضوا له؛ والضيق (4.74
 مرة)؛ وانعدام الأمن البشري (1.62 مرة)؛ والحرمان
 (1.73 مرة)؛ والمعاناة (1.64 مرة).

ومن العوامل الإضافية التي عرف تأثيرها السلبي على
 الصحة العقلية التعرض لعنف جسدي منزلي، وليس
 لعنف لفظي أو لإذلال (ويزيد احتمال إبلاغ الذين
 يتعرضون لمثل هذا العنف عن وضع صحة عقلية سيّئ

3. مناقشة





3. مناقشة

المائة من المجيبين بأنهم تعرضوا للعنف الجسدي خلال الأشهر الاثني عشر التي سبقت المقابلة، و28 في المائة للعنف اللفظي، و13 في المائة للإذلال. ويُفترض تناول الرابط بين العنف العسكري الإسرائيلي والعنف المنزلي في دراسات مقبلة.

وأفاد 12 في المائة من المجيبين من الفئة العمرية 30 سنة وأكثر بالإصابة بمرض إلى ثلاثة أمراض مزمنة (ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية)، حسب تشخيص الطبيب. وأفاد 32 في المائة بتشخيص سلبي في مجال الصحة العقلية/الرفاه، وقد سجلت درجات متوسطة ومرتفعة من الضيق لدى 26 في المائة، ودرجات متوسطة إلى مرتفعة من انعدام الأمن البشري لدى 51 في المائة، والشعور بالحرمان لدى 56 في المائة، والشعور بأن المعاناة هي جزء من الحياة لدى 84 في المائة.

وأظهرت نتائج التحليل الانحداري، مع اعتماد الأمراض المزمنة كمتغير تابع، أن نسبة الإفادة بهذه الأمراض ترتفع مع تقدم السن، ويتعرض لها الرجال بنسبة أقل من النساء، وهذا ما يتوافق مع نتائج الدراسات المتوفرة حول الموضوع³. كما ترتبط الأمراض المزمنة ارتباطاً قوياً بالفقر. فالإصابة بالأمراض غير المعدية آخذة في الارتفاع بمعدلات مثيرة للجزع، وهي من أولى أسباب الوفاة في المنطقة العربية⁴. وقد تبين أن سكان خان يونس أقل تعرضاً للإصابة بهذه الأمراض المزمنة من سكان شمال غزة، وهذا يتطلب مزيداً من التحقق والبحث.

والجدير بالذكر أن الإفادة بالتعرض للعنف العسكري الإسرائيلي، بما في ذلك استضافة أسر اضطرت لهجر منازلها أو للفرار من بيوتها، ترافق مع الإفادة بوجود أمراض مزمنة. أما أساس الصلة بين هذه الأمراض والعنف العسكري، وما إذا كانت تعزى إلى التعرض المباشر

ركزت هذه الدراسة على الظروف الصحية والمعيشية لأشخاص من الفئة العمرية 18 سنة وأكثر بعد مرور بضعة أشهر على الهجوم الإسرائيلي على قطاع غزة في عام 2014. فتناولت أولاً هذه الظروف، وتطرقنا إلى أوجه الترابط بين مؤشرين من مؤشرات الحالة الصحية، الأول عن الصحة الجسدية (الأمراض المزمنة حسب تشخيص الطبيب)، والثاني عن الصحة العقلية (باستخدام استبيان الصحة العامة، وهو أداة دولية متوفرة ومدققة باللغة العربية¹ ومستخدمة في المنطقة² وفي أماكن أخرى).

وشمل التحليل 2,819 فرداً من البالغين، رجالاً ونساءً، يعيشون في جميع المحافظات والمحلات في قطاع غزة، وأفاد 65 في المائة منهم بأنهم من اللاجئين. ويعيش معظم هؤلاء الأفراد، أي 81 في المائة منهم، في المناطق الحضرية، و16 في المائة في مخيمات اللجوء و3 في المائة فقط في المناطق الريفية. وبيّنت النتائج أن سكان غزة حصلوا تعليماً جيداً، وقد أفاد 32 في المائة من المجيبين بأنهم تخطوا مرحلة التعليم الثانوي، و16 في المائة منهم عاطلون عن العمل (27 في المائة من الرجال و6 في المائة من النساء). وأفاد 18 في المائة بأنهم يقطنون في منازل مكتظة يتشارك الغرفة الواحدة فيها ثلاثة أشخاص أو أكثر؛ و40 في المائة بأن أسرهم فقيرة أو فقيرة جداً؛ و45 في المائة بأن دخل الأسرة انخفض منذ هجوم عام 2014. ونفى 20 في المائة فقط التعرض لأي شكل من أشكال انعدام الأمن الغذائي؛ وأفاد 24 في المائة بالتعرض بدرجات طفيفة لانعدام الأمن الغذائي، و32 في المائة بدرجات متوسطة، و24 في المائة بدرجات حادة.

وأفيد بدرجات مرتفعة من التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي، إذ عانت 60 في المائة من الأسر من تدمير المنازل أو تضررها، وهجرت 52 في المائة من الأسر المنازل، واستضافت 40 في المائة أسرة أخرى أثناء الهجوم. وفي ما يتعلق بالعنف المنزلي، أفاد 11 في

الأمن الغذائي وكذلك الضيق، وانعدام الأمن البشري، والتعرض للعنف العسكري الإسرائيلي، والعنف الجسدي المنزلي، والشعور بالحرمان والمعاناة. وهذه النتائج تؤكد نتائج دراسات أخرى. ولا تقتصر تداعيات الأمن الغذائي، حسبما أفيد، على الصحة الجسدية، بل تتعداها إلى الصحة العقلية¹². كما تبين الإفادات أن انعدام الأمن الاقتصادي، وهو عنصر من عناصر الأمن البشري، هو أيضاً عامل مؤثر في حالات الضيق النفسي والاعتلال الجسدي غير المحدد¹³. وأظهرت إحدى الدراسات التي أجريت على قطاع غزة في أعقاب الهجوم الإسرائيلي في الفترة 2008-2009 علاقة الترابط السلبى بين تدهور حالة الصحة العامة، وهي من مقاييس الرفاه، وانعدام الأمن البشري¹⁴. وأظهرت دراسة أخرى أجريت على الأرض الفلسطينية المحتلة ما يتوافق مع نتائج هذا المسح، إذ بينت ارتباط مقاييس الصحة والمعاناة بعوامل عدم كفاية الموارد وانعدام الأمن البشري¹⁵.

وأشارت الأبحاث إلى أوجه الترابط بين الحرمان والحرمان النسبي مع ارتفاع احتمال الوفاة، وتقييم ذاتي أسوأ للأحوال الصحية، وارتفاع احتمال ما يعرف بالسلوكيات الخطيرة على الصحة¹⁶. وتبين وجود صلة وثيقة بين المعاناة والمؤشرات السلبية للصحة العقلية. والواقع أن المشاكل التي يواجهها الناس معظمها حويلة معاناة اجتماعية (وسياسية) كمفهوم جامع، متجذرة في حالة قطاع غزة في أسباب سياسية وهيكلية أخرى، منها نمط تنظيم المجتمع. وبما أن الصدمات والآلام تؤدي إلى تفاقم الأمراض، يمكن اعتبار الصحة مؤشراً اجتماعياً¹⁷ وسياسياً أيضاً في حالة غزة. وحسب نتائج المسح، يمكن اعتبار انخفاض مستويات التعليم، والفقير، وانعدام الأمن الغذائي، وانعدام الأمن البشري، والحرمان، والمعاناة، والتعرض للعنف المنزلي الجسدي والعسكري الإسرائيلي أولويات للإجراءات التصحيحية اللازمة لتحسين الظروف المعيشية، ووضع الصحة العقلية للسكان في قطاع غزة.

للإجهاد، أو الشعور بالضيق⁵، أو للمرض، أو إلى انقطاع الخدمات أثناء الهجمات أو أثناء الحصار المستمر، أو كليهما، فلا بد من أن يكون موضوعاً يحتاج للمزيد من البحث⁶. ففي قطاع غزة، أدى الحصار الخانق المستمر والهجمات المتكررة خلال فترة زمنية قصيرة، إلى نفاذ الأدوية وتعطيل خدمات الرعاية الصحية، وإعاقة تأمين مختلف أنواع الرعاية التي يحتاج إليها السكان⁷.

ولذلك يجب أن يكون المسنون، النساء خصوصاً، والمعرضون للعنف العسكري الإسرائيلي، من أوائل المستفيدين من الأنشطة المرتبطة بالصحة، التي لا يمكن أن تقتصر على توفير المأوى والمساعدة العاجلة أثناء الهجمات وبعدها.

وتظهر الآثار المستقلة لكل من التعليم والسن على الصحة العقلية. فالأشخاص من الفئة العمرية 50 سنة وأكثر والذين لديهم تحصيل علمي أدنى، يفيدون بوجود أعراض سلبية للصحة العقلية، بنسبة أكبر من الأشخاص الأكثر تعليماً ومن الأفراد في الفئة العمرية 18-29 سنة. وتتوافق هذه النتائج إلى حد ما مع ما خلصت إليه الأبحاث بشأن السن⁸، وبشأن التعليم الذي يعتقد أنه يعزز إنتاجية سوق العمل ويسهم في نمو الدخل لكل من الرجل والمرأة⁹، وبالتالي في تحسين حالة الصحة العقلية.

ولوحظ ارتباط بين الفقر وانخفاض دخل الأسرة بعد هجوم عام 2014، و الصحة العقلية، وتتوافق هذه النتيجة مع النتائج المستخلصة في الأبحاث، التي تقدم حججاً قوية على وجود صلة بين الفقر والاكنتاب، والقلق، وحتى الاعتلال العقلي. والواقع أن ثمة من يفترض بأن الاعتلال العقلي الحاد هو علة مرتبطة بالفقر، وأن العمل لمكافحة الحرمان والفقير يمكن أن يكون أداة فعالة من أدوات الصحة العامة لمكافحة الأمراض العقلية¹⁰، وأن الاضطرابات العقلية يجب تصنيفها مع أمراض متلازمة مع الفقر¹¹. واعتُبر من أسباب اضطرابات الصحة العقلية انعدام

4. خلاصة





4. خلاصة

غزة، وقد تعرض معظمهم للإجهاد المزمن مع فترات من الإجهاد الشديد، تتضح أهمية مفاهيم من قبيل الصدمات التراكمية والمخاطر الجسيمة لدى تحليل آثار الهجمات العسكرية على الصحة.

وتبيّن هذه الدراسة ضرورة التوقف وعدم إغفال عنصر العنف العسكري ضد الأفراد والمجتمعات ككل عند بحث موضوع الصحة. وتشدّد على أن التعرض المستمر للعنف له أثرٌ طويل الأمد على الصحة وعلى الحالة النفسية والاجتماعية. غير أن الطابع الفردي الذي تتخذه معالجة معاناة جماعية تظهر قصوراً في فهم الآثار المحتملة للعنف العسكري على الصحة. والواقع أن العديد من الإجراءات الإنسانية في مواجهة الهجمات المتكررة على قطاع غزة، والإجراءات المتخذة في فلسطين عموماً، تطرح إشكالية، لأنها تداوي بالعقاقير معاناة ناجمة عن الهجمات العسكرية، وتحصر العمل الإنساني بإعطاء الأدوية والمعالجات النفسية والاجتماعية. ولا بد من إيجاد حلول سياسية واجتماعية لمعالجة الأسباب السياسية والاجتماعية للمعاناة الجماعية والاعتلال الصحي. والعلاج الفوري والحقيقي، حسب هذه الدراسة، هو برفع الحصار، وإعادة بناء ما تدمر من قطاع غزة، وقبل كل شيء ما تدمر من حياة الناس. فشعب غزة يعيش في لجة الخطر، ويجب أن ينال الاهتمام الذي يستحق والعدالة.

الوفاة والإعاقة والمرض هي العواقب المباشرة والظاهرة للعنف العسكري على البشر. وتكشف هذه الدراسة، من خلال تقييم أثر الهجمات العسكرية على الصحة الجسدية والعقلية للناجين وإعادة تحديد هذا المفهوم، عما هو أقل وضوحاً، أي «جراح الداخل».

فلعقود، ومعظم الفلسطينيين، ولا سيما سكان قطاع غزة، يتعرضون للإجهاد تحت الاحتلال العسكري والحصار وسائر أشكال التهديدات إزاء بقائهم كأفراد أو أسر أو حتى كمجتمعات بأسرها. وفي الواقع ما يدلّ على أنّ الإجهاد يسهم في تفاقم مجموعة من الأمراض، كأمراض القلب والأوعية الدموية¹، وأنّ عوامل الإجهاد يمكن أن تؤدي إلى تغيّرات فسيولوجية تسبّب خللاً في المناعة². وللإجهاد آثار على الرفاه الجسدي والنفسي، منها مؤقت ومنها ما يبقى مع الوقت³. وإغفال عنصر الصدمات المتراكمة ومدى ارتباطه بالإجهاد نتيجته إساءة تقدير ما يسببه من اضطرابات⁴. ولا تهدف هذه الدراسة إلى رصد أثر التعرض للعنف العسكري الإسرائيلي في فترة زمنية معينة وحسب، بل تتناول البعد التراكمي للصدمات التي تعرض لها السكان في قطاع غزة طوال سنين.

ويساعد إطار الأحداث مدى حياة الفرد في فهم كيف يؤدي التعرض للإجهاد إلى المرض⁵. وفي حالة أهل قطاع

المرفق الأول

مقياس مستوى المعيشة

أدرجت في المقياس السلع التالية:

1. سيارة خاصة.
2. سخان مياه.
3. غسالة ملابس أتوماتيك.
4. مكنسة كهربائية.
5. مايكرويف.
6. طبخ غاز/كهرباء.
7. دفاية.
8. مكتبة منزلية.
9. خط هاتف.
10. أجهزة حاسوب.
11. لاب توب (نوت بوك).
12. أجهزة خلوية ذكية.
13. مكيف.
14. جهاز Tablet/IPAD.
15. تلفزيون LCD/LED/ثلاثي الأبعاد.

المرفق الثاني

مقياس انعدام الأمن الغذائي

أدرجت في المقياس الأسئلة التالية:

خلال الثلاثين يوماً الماضية ما هي عدد مرات حصول التالي لأسرتكم:

1. القلق من عدم توفر/حصول أفراد الأسرة على الغذاء الكافي.
2. عدم تمكن أفراد الأسرة من تناول أنواع الطعام المفضلة بسبب نقص الموارد.
3. اضطر أفراد الأسرة لتناول انواع محددة من الطعام بسبب نقص الموارد.
4. اضطر أفراد الأسرة لتناول انواع طعام غير المفضلة بسبب نقص الموارد.
5. اضطر أفراد الأسرة لتناول كميات أقل من الطعام الواجب تناولها بسبب نقصه.
6. اضطر أفراد الأسرة لتناول عدد وجبات أقل من الطعام بسبب نقص الموارد.
7. عدم توفر/وجود الطعام داخل المنزل بسبب عدم توفر موارد لشرائه.
8. اضطر أحد أفراد الأسرة للنوم بدون تناول الطعام (جوع/جوعى) بسبب نقصه.
9. اضطر أحد أفراد الأسرة إلى عدم تناول الطعام طوال اليوم بسبب نقصه.

المرفق الثالث

التعرض للعنف الجسدي والنفسي في المنزل

أدرجت في المقياس التصرفات التالية:

التعرض للعنف الجسدي:

1. رمي أشياء يمكن أن تؤذي.
2. ليّ الذراع أو شد الشعر.
3. تهجم نتج عنه رضوض، خدوش، جروح بسيطة، آلام في المفاصل.
4. الدفع بقوة.
5. التهجم بالسكين أو القطاعة أو الطورية أو أي جسم آخر مشابه لها بالحدة والخطورة.
6. الضرب على الرأس الذي ينتج عنه إغماء.
7. الضرب بجسم أو أداة ما أقل حدة مثل (حزام، عصا أو ما شابه من حيث الحدة).
8. الخنق أو محاولة الخنق.
9. الإمساك بقوة.
10. الصفع (كف) على الوجه.
11. كسر إحدى العظام.
12. الحريق.
13. الركل.
14. العض.

التعرض للعنف النفسي:

1. الشتم والإهانة.
2. الصياح أو الصراخ.
3. قول أشياء بهدف الإغاظاة أو إثارة الغضب.

المرفق الرابع

الصحة العقلية (GHQ-12)

أدرجت في المقياس الأسئلة التالية:

1. هل تستطيع أن تركز على أعمالك كالعادة؟
2. هل تجد صعوبة في النوم لأنك متوتر الأعصاب أو مشغول البال؟
3. هل تشعر أنك تقوم بدورٍ مفيد تجاه الأشخاص الذين يحيطون بك؟
4. هل في استطاعتك اتخاذ قرارات كالعادة؟
5. هل تشعر أنك غير قادر على تخطي مشاكلك؟
6. هل تشعر أنك تحت الضغط المتواصل؟
7. هل تشعر بالسعادة والرضا خلال إنجاز عملك؟
8. هل تشعر أنك قادر على مواجهة مشاكلك؟
9. هل تشعر بالحزن أو عدم الفرح؟
10. هل فقدت ثققتك بنفسك؟
11. هل تنظر لنفسك كشخص عديم الفائدة؟
12. هل أنت قادر أن تشعر بالسعادة رغم كل الظروف المحيطة بك؟

المرفق الخامس

تحليل العوامل بالبنود المدرجة في مقياسي انعدام الأمن البشري والضيق

Cronbach's Alpha: 0.81

انعدام الأمن البشري

1. إلى أي مدى تخشى عائلتك على أمنك الشخصي؟
2. إلى أي مدى تشعر بالخوف على حالك في حياتك اليومية؟
3. إلى أي مدى تشعر بالخوف على عائلتك في حياتك اليومية؟
4. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف من إمكانية عدم المقدرة على توفير الاحتياجات الأساسية لعائلتك؟
5. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف من فقدان مصدر دخلك أو مصدر دخل عائلتك؟
6. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف من فقدان منزلك؟
7. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف من فقدان أرضك؟
8. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف من النزوح أو التهجير؟
9. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف من الفوضى في المجتمع الفلسطيني؟
10. إلى أي مدى تشعر بالقلق/الخوف على مستقبلك ومستقبل عائلتك؟

Cronbach's Alpha: 0.88

الضيق

1. إلى أي مدى تشعر بالهم؟
2. إلى أي مدى شعرت بالإحباط/هبوط العزم؟
3. إلى أي مدى شعرت بالعجز؟
4. إلى أي مدى شعرت بالإهانة؟
5. إلى أي مدى شعرت بالوحدة؟
6. إلى أي مدى شعرت بالقلق؟
7. إلى أي مدى شعرت بالحزن؟
8. إلى أي مدى شعرت بالغضب؟
9. إلى أي مدى شعرت أنك سئمت/زهقت من الحياة؟
10. إلى أي مدى شعرت بعدم القدرة على السيطرة على أمور مهمة في حياتك؟
11. إلى أي مدى وجدت نفسك غير قادر على التعامل مع جميع الأمور التي عليك عملها؟
12. إلى أي مدى شعرت أنك غير قادر على أداء نشاطك اليومي المعتاد؟

المرفق السادس

الانحدار اللوجستي الثنائي المتعدد الأشكال للأمراض المزمنة (ارتفاع ضغط الدم، والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية) للأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم 30 سنة ويعيشون في قطاع غزة، 2014 N = 1836

القيمة الاحتمالية (P-value)	فسحة الثقة 95 في المائة		نسبة الاحتمال		
	الأعلى	الأدنى			
			1.00	39-30	العمر
0.00	6.36	2.68	4.13	49-40	
0.00	20.20	8.22	12.88	59-50	
0.00	38.40	14.74	23.79	60 أو أكثر	
			1.00	إناث	الجنس
0.00	0.86	0.46	0.63	ذكور	
			1.00	شمال غزة	المحافظة
0.20	1.16	0.51	0.77	مدينة غزة	
0.95	1.65	0.62	1.02	دير البلح	
0.04	0.98	0.38	0.61	خان يونس	
0.13	1.13	0.40	0.67	رفح	
			1.00	إمكانات معتدلة أو ميسورة	الفقر
0.01	2.27	1.13	1.60	فقر أو فقر شديد	
			1.00	مرتفع (6 إلى 1.5 بنياً)	مستوى المعيشة
0.01	0.85	0.33	0.53	منخفض (0 إلى بندين)	
0.04	0.99	0.44	0.66	متوسط (3 إلى 6 بنود)	
			1.00	كلا	استضافة أسرة أخرى/أفراد خلال الهجوم
0.02	1.96	1.06	1.44	نعم	
			1.00	كلا	ترك المنزل خلال الهجوم
0.02	2.04	1.07	1.47	نعم	

المتغيرات في النموذج: السن، والجنس، والتعليم، والمحلة، والمحافظة، ومستوى المعيشة، والفقر، وانعدام الأمن الغذائي، واستضافة أسرة أخرى خلال الهجوم، وترك المنزل خلال الهجوم، وتعرض المنزل لأضرار عقب الهجوم، والتعرض للعنف الجسدي المنزلي، والتعرض للعنف اللفظي المنزلي، والإذلال، والضيق، وانعدام الأمن البشري، والحرمان، والمعاناة.

المرفق السابع

الانحدار اللوجستي الثنائي المتعدد الأشكال للصحة العقلية (أربعة أعراض على الأقل في استبيان الصحة العامة ذي الاثني عشر بنداً GHQ-12) لدى الأشخاص الذين يعيشون في قطاع غزة، 2014 N = 2954

القيمة الاحتمالية (P-value)	فسحة الثقة 95 في المائة		نسبة الاحتمال		
	الأعلى	الأدنى			
			1.00	50 أو أكثر	العمر
0.00	0.64	0.36	0.48	29-18 سنة	
0.54	1.21	0.70	0.92	49-30 سنة	
			1.00	ما بعد المرحلة الثانوية	التعليم
0.05	1.60	1.01	1.27	ما قبل المرحلة الثانوية	
0.98	1.33	0.75	1.00	إنجاز المرحلة الثانوية	
			1.00	إمكانيات معتدلة أو ميسورة	الفقر
0.02	1.60	1.05	1.30	فقر أو فقر شديد	
			1.00	لم يتغير أو ازداد بنسبة 4 في المائة	دخل الأسرة بعد الهجوم
0.02	1.51	1.03	1.25	انخفض	
			1.00	كلا	انعدام الأمن الغذائي
0.01	1.95	1.10	1.46	نعم	
			1.00	كلا	ترك المنزل خلال الهجوم
0.02	1.54	1.04	1.26	نعم	
			1.00	كلا	التعرض للعنف الجسدي في المنزل
0.00	2.52	1.27	1.79	نعم	
			1.00	كلا	الضيق
0.00	5.85	3.85	4.74	نعم	
			1.00	كلا	انعدام الأمن الغذائي
0.00	1.97	1.34	1.62	نعم	
			1.00	كلا	الحرمان
0.00	2.13	1.41	1.73	نعم	
			1.00	كلا	المعاناة
0.00	2.18	1.23	1.64	نعم	

المتغيرات في النموذج: السن، والجنس، والتعليم، والمحلة، ومستوى المعيشة، والفقر، ودخل الأسرة، وانعدام الأمن الغذائي، وترك المنزل خلال الهجوم، والتعرض للعنف المنزلي الجسدي، والتعرض للعنف المنزلي اللفظي، والإذلال، والضيق، وانعدام الأمن البشري، والحرمان، والمعاناة.

الحواشي

مقدمة

1. أطلقت إسرائيل على هذه العمليات تسميات «أمطار الصيف» و«ريح خريفية» (2006)؛ و«الرصاص المصوب» و«الشتاء الساخن» (2008)؛ و«عامود السحاب» (2012)؛ و«الواقى الأمامي» (2014).
2. Roy, 2012.
3. يقصد بال العنف العسكري الإسرائيلي في سياق هذه الدراسة العمليات العسكرية للجيش الإسرائيلي والحصار على قطاع غزة وعمليات إطلاق النار عبر الحدود بين القطاع وإسرائيل وفي البحر أمام شواطئ غزة.
4. بعض هذه الدراسات متاح على: <http://www.humanitarianresponse.info/operations/occupied-palestinian-territory/>

الفصل 1

1. Daradkeh, Ghubash and El-Rufaie, 2001.

الفصل 2

1. قد أدرجت بيانات زواج النساء من قريب من الدرجة الأولى في مسح الصحة والأسرة لعام 2010 الذي أجره الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (لم تنشر).
2. تتوافق هذه النسبة مع نسبة الردود الواردة بشأن وضع العمل لأفراد العينة، ولا تعبر عن أرقام البطالة حسب تصنيفات منظمة العمل الدولية.
3. OCHA, 2015b.

الفصل 3

1. Daradkeh, Ghubash and El-Rufaie, 2001.
2. Saab and others, 2005; Khawaja and others, 2009.
3. Daradkeh, Ghubash and El-Rufaie, 2001; Yang and others, 2010.
4. Jabbour and others, eds., 2012.
5. Cohen, Janicki-Deverts and Miller, 2007.

الفصل 4

1. De Kloet, Joëls and Holsboer, 2005.
2. Eibner and Evans, 2005.
3. Kraaij, Arensman and Spinhoven, 2002.
4. Turner and Lloyd, 1995; Wright, 1998.
5. Gottlieb, 1997.

6. Ratnayake and others, 2014.
7. OCHA, 2013.
8. Teachman, 2006.
9. Hill and King, 1995.
10. Poole, Higgo and Robinson, 2014.
11. Patel and Kleinman, 2003.
12. Siefert and others, 2001.
13. Catalano, 1991.
14. Abu-Rmeileh and others, 2011.
15. McNeely and others, 2014.
16. Eibner and Evans, 2005; Stimpson and others, 2007.
17. Kleinman, Das and Lock, 1996.

المراجع

- Abu-Rmeileh, Niveen, and others (2011). Health-related quality of life of Gaza Palestinians in the aftermath of the winter 2008-09 Israeli attack on the Strip. *The European Journal of Public Health*, vol. 22, No. 5, pp. 732-737.
- Catalano, Ralph (1991). The health effects of economic insecurity. *American Journal of Public Health*, vol. 81, No. 9, pp. 1148-1152.
- Cohen, Sheldon, Denise Janicki-Deverts, and Gregory E. Miller (2007). Psychological Stress and Disease. *JAMA*, vol. 298, No. 14, pp. 1685-1687.
- Daradkeh, Tewfik K., Rafia Ghubash, and Omer E. El-Rufaie (2001). Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item General Health Questionnaire. *Psychological Reports*, vol. 89, No. 1, pp. 85-94 (August).
- De Kloet, E. Ron, Marian Joëls, and Florian Holsboer (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 6, No. 6, pp. 463-475 (June).
- Eibner, Christine, and William N. Evans (2005). Relative Deprivation, Poor Health Habits, and Mortality. *Journal of Human Resources*, vol. 40, No. 3, pp. 591-620.
- Giacaman, Rita, and others (2011). Mental health, social distress and political oppression: The case of the occupied Palestinian territory. *Global Public Health*, vol. 6, No. 5, pp. 547-559.
- Gottlieb, Benjamin H. (ed.) (1997). *Coping with Chronic Stress: An Interpersonal Perspective*. New York: Springer.
- Harvard University Library (n.d.). Contagion: Historical Views of Diseases and Epidemics. Harvard University Library Open Collections Program. Available from <http://ocp.hul.harvard.edu/contagion/virchow.html>. Accessed on 12 December 2015.
- Hill, M. Anne, and Elizabeth King (1995). Women's education and economic well-being. *Feminist Economics*, vol. 1, No. 2, pp. 21-46.
- Jabbour Samer, and others, eds. (2012). *Public Health in the Arab World*. Cambridge University Press.
- Khawaja, Marwan, and others (2009). Symptoms of reproductive tract infections and mental distress among women in low-income urban neighborhoods of Beirut, Lebanon. *Journal of Women's Health*, vol. 18, No. 10, pp. 1701-1708.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret Lock, eds. (1996). *Social Suffering*. London: University of California Press.
- Kraaij, V., E. Arensman, and P. Spinhoven (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 57, No. 1, pp. 87-94.
- McNeely, Clea, and others (2014). Human insecurity, chronic economic constraints and health in the occupied Palestinian territory. *Global Public Health*, vol. 9, No. 5, pp. 495-515.
- Middle East Eye (2014). Timeline: Israel - Gaza conflict (8 July). Accessed on 28 November 2015. Available from <http://www.middleeasteye.net/news/timeline-israel-gaza-conflict-1595503520>.
- Patel, Vikram, and Arthur Kleinman (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, No. 8, pp. 609-615.
- Pedersen, Duncan (2002). Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science and Medicine*, vol. 55, No. 2, pp. 175-190.
- Poole, Rob, Robert Higgs, and Catherine Robinson (2014). *Mental Health and Poverty*. Cambridge University Press.
- Ratnayake, Ruwan, and others (2014). Conflict and Health: seven years of advancing science in humanitarian crises. *Conflict and Health*, vol. 8, No. 7.
- Roy, Sara (2012). 2012 Edward Said Memorial Lecture. Video and edited transcript No. 374. Available from <http://www.thejerusalemfund.org/ht/display/ContentDetails/i/36415/pid/897>.
- Saab, B. R., and others (2005). Psychological distress among marginalized women in the outskirts of Beirut: Determinants and association with health perception. *Journal of Urban Health*, vol. 82, No. 4, pp. 653-665.
- Siefert, K., and others (2001). Food insufficiency and the physical and mental health of low-income women. *Women Health*, vol. 32, Nos. 1-2, pp. 159-177.
- Stimpson, Jim P., and others (2007). Neighborhood deprivation and health risk behaviors in NHANES III. *American Journal of Health Behavior*, vol. 31, No. 2, pp. 215-222.
- Teachman, Bethany (2006). Aging and negative affect: The rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and Aging*, vol. 21, No. 1, pp. 201-207.
- Turner, R. Jay, and Donald A. Lloyd (1995). Lifetime Traumas and Mental Health: The Significance of Cumulative Adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, No. 4, pp. 360-376 (December).
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). (2013). Occupied Palestinian Territory: Gaza fuel crisis - Situation Report. Available from https://www.ochaopt.org/documents/ocha_opt_gaza_crisis_sitrep_24_nov_2013_english.pdf. Accessed on 12/4/2015.
- _____ (2015a). Humanitarian Atlas 2015. Available from http://www.ochaopt.org/documents/atlas_2015_web.pdf. Accessed on 12/2/2015.
- _____ (2015b). Occupied Palestinian Territory. Humanitarian Needs Overview 2015. Available from http://www.ochaopt.org/documents/hno2015_factsheet_final9dec.pdf.
- Wright, Rosalind J. (1998). Exposure to Violence. Available from <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/violence.php>. Accessed on 11/29/2015.
- Yang, Wenying, and others (2010). Prevalence of Diabetes among Men and Women in China. *New England Journal of Medicine*, vol. 362, No. 12, pp. 1090-1101.

