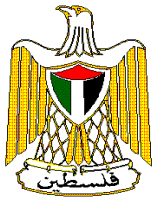


الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد

سلسلة التقارير التحليلية الوصفية

الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة

إعداد

خالد أبو خالد

حليمة الصباح

تموز/يوليو، 2002

تنويه:

- إن الآراء والأفكار الوارادة في هذه الدراسة تعبر عن آراء كاتبها، ولا تعبر بالضرورة عن رأي الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أو موقفه الرسمي.

- اعتمد الباحث في دراسته على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والمصادر الأخرى، ولا يتحمل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني مسئولية أي خطأ في البيانات.

- البيانات التفصيلية المنشورة في الفصول الثلاثة الأولى هي خاصة بالنتائج النهائية للسكان الفلسطينيين الذين تم عدهم خلال الفترة من 10-1997/12/24، ولا تشمل تقديرات عدد السكان الذين لم يتم عدهم على ضوء نتائج الدراسة البعدية، كما لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته اسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية في عام 1967.

- البيانات الواردة في الفصلين الرابع والخامس، تعتمد بالأساس على السجلات الإدارية المتوفرة لدى الوزارات والمؤسسات المعنية، لذا فان جودة هذه البيانات تعتمد على منهجية جمعها من مصادرها.

© ربيع الثاني، 1422هـ – تموز، 2002م.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، *سلسلة التقارير التحليلية الوصفية (01)، (الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة).*
رام الله- فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى دائرة النشر والتوثيق/قسم خدمات الجمهور على العنوان التالي:
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
ص.ب. 1647، رام الله – فلسطين

هاتف: 6340 240 (2-970) فاكس: 6343 240 (2-970)
بريد إلكتروني: diwan@pcbs.pna.org صفحة إلكترونية: http://www.pcbs.org

شكر وتقدير

يتم تنفيذ مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد بدعم مالي جزئي ومساعدة فنية محدودة من الحكومة البريطانية عبر الوكالة البريطانية الدولية للتنمية (DFID)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA).

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر الجزيل للحكومة البريطانية والوكالة البريطانية الدولية للتنمية (DFID) وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) على مساهمتهم في تنفيذ المشروع.

تقديم

تعتبر التعدادات من أهم مصادر البيانات، حيث قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت–1997 وقد تم الحصول من خلاله على مجموعة متكاملة من البيانات المتعلقة بالخصائص السكانية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع.

وحرصاً منه على الاستفادة القصوى من هذه البيانات قام الجهاز بإصدار سلسلة من التقارير الإحصائية من بيانات التعداد منها ملخصات النتائج النهائية، وتقارير تفصيلية للنتائج النهائية لكل من السكان والمساكن والمباني والمنشآت.

واستكمالا لعمليات نشر وتعميم بيانات التعداد ولتحقيق الاستخدام الأمثل لهذه البيانات يقوم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، بالتعاون مع مؤسسات القطاعين العام والخاص، ومن ضمن فعاليات هذا المشروع إعداد سلسلة من التقارير التنفيذية والدراسات الوصفية والدراسات التحليلية المعمقة، لإتاحة المجال لأفراد المجتمع لفهم وإدراك أفضل لبيانات التعداد.

يسرنا أن نقدم هذه الدراسة التحليلية كأحد مخرجات المشروع كي تكون مرجعاً للمخططين ومتخذي القرارات في القطاعين العام والخاص وجميع فئات المستخدمين ومن اجل بناء الدولة الفلسطينية على أسس علمية سليمة.

ونسأل الله أن يتكلل عملنا بالنجاح،،،

تموز، 2002

د. حسن أبو لبده
المدير الوطني للتعداد/
رئيس الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
مقدمة	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال البيانية	
ملخص تنفيذي	**13**
مقدمة	**17**
1. الفصل الأول: لمحة ديمغرافية صحية	**19**
2. الفصل الثاني: حجم وتركيب فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة	**21**
1.2 انتشار الإعاقة	21
2.2 أنواع الاعاقات	23
3.2 أسباب الإعاقات	25
4.2 أنواع الاعاقات وأسبابها	27
3. الفصل الثالث: السمات الاجتماعية والاقتصادية لفئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة	**29**
1.3 مقدمة	29
2.3 التركيب العمري	29
3.3 التركيب الأسري	32
4.3 الحالة الزواجية	33
5.3 المؤهل العلمي	34
6.3 العلاقة بقوة العمل	37
4. الفصل الرابع: اندماج فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجتمع	**39**
1.4 مقدمة	39
2.4 واقع خدمات التأهيل في فلسطين	39
3.4 التأهيل المبني على المجتمع المحلي	41

الموضوع	الصفحة
5. الفصل الخامس: الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة والانتفاضة	**43**
1.5 مقدمة	43
2.5 انتشار الإعاقة خلال انتفاضة الأقصى	43
3.5 واقع الإجراءات الإسرائيلية على خدمات تأهيل الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة	45
التوصيات	**47**
قائمة المراجع	**49**

قائمة الجداول

الجدول		الصفحة
جدول 1.1:	التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للأعوام 1995، 1997، 2000	**19**
جدول 1.2:	نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من مجمل السكان حسب بعض الخصائص الخلفية، 1997	**21**
جدول 2.2:	التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة وبعض الخصائص الخلفية، 1997	**23**
جدول 3.2:	التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب سبب بعض الخصائص الخلفية 1997	**25**
جدول 4.2:	التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في الأراضي الفلسطينية حسب نوع الإعاقة وسببها، 1997	**27**
جدول 1.3:	التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب العمر والجنس، 1997	**30**
جدول 2.3:	توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب الفئة العمرية، والجنس ونوع التجمع، 1997	**31**
جدول 3.3:	الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة 12 سنة فاكثر حسب الحالة الزواجية والجنس، 1997	**33**
جدول 4.3:	الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة 12 سنة فاكثر حسب الحالة الزواجية والمنطقة، 1997	**33**
جدول 5.3:	توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 5-24 سنة حسب حالة الالتحاق بالتعليم والعمر والجنس 1997	**34**
جدول 6.3:	توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 5-24 سنة حسب حالة الالتحاق بالتعليم ونوع التجمع، 1997	**35**
جدول 7.3:	توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي والمنطقة، 1997	**35**

الجدول		الصفحة
جدول 8.3:	توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي والجنس، 1997	**36**
جدول 1.4:	توزيع مراكز التأهيل في الأراضي الفلسطينية حسب المنطقة وجهة الإشراف، 2000	**40**
جدول 1.5:	توزيع الأفراد المعاقين خلال انتفاضة الأقصى حسب حدة الإعاقة، 2000	**44**
جدول 2.5:	توزيع الإعاقات بين جرحى الانتفاضة حسب مكان الإصابة، 2000	**45**

قائمة الأشكال البيانية

الجدول		الصفحة
شكل 1.2:	نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من مجمل السكان حسب المنطقة والجنس ، 1997	**22**
شكل 2.2:	نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع التجمع، 1997	**22**
شكل 1.3:	التوزيع النسبي للإعاقات حسب المنطقة والفئة العمرية، 1997	**32**
شكل 2.3:	نسبة الأسر التي يوجد فيها فرد معاق أو أكثر حسب نوع التجمع، 1997	**32**
شكل 3.3:	التوزيع النسبي للإفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 10 سنوات فأكثر حسب العلاقة بقوة العمل والمنطقة، 1997	**37**

ملخص تنفيذي:

يأتي هذا التقرير ضمن سلسلة التقارير التحليلية الوصفية التي تعالج بيانات التعداد، وهو يحتوى على عدة فصول، تستند في معظمها على بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت–1997 والمتعلقة بالإعاقة. ويتضمن التقرير مؤشرات حول انتشار الإعاقة في المجتمع الفلسطيني، كأنواع الإعاقات وأسبابها، وتوزيعها حسب بعض الخصائص العامة، كما تضمن التقرير مجموعة من المؤشرات التي تتعلق بتوزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب العديد من المتغيرات الاجتماعية كالحالة الزواجية والعلاقة بقوة العمل والتعليم.

كما يتطرق التقرير أيضا إلى خدمات التأهيل المقدمة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وتوزيعها وشمولها، وواقع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة خلال الانتفاضة وأثر الإجراءات الإسرائيلية على هذه الفئة من المجتمع والخدمات المقدمة لها.

فيما يلي ملخص لأهم النتائج التي خلص إليها التقرير:

أولاً: انتشار الإعاقة في المجتمع الفلسطيني:

- بلغت نسبة الإعاقة من مجمل السكان في الأراضي الفلسطينية 1.8%، بواقع 1.9% في الضفة الغربية و1.6% في قطاع غزة. وبلغت نسبة الذكور المعاقين 2.1%، فيما بلغت نسبة الإعاقة بين الإناث 1.4% في الأراضي الفلسطينية.

- أكثر من نصف الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة يقيمون في الحضر، فيما يقيم أقل من ثلث هؤلاء الأفراد في الريف، وتبلغ نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يقيمون في المخيمات 17%.

ثانياً: الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة:

- حوالي ثلث الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم معاقون حركياً، وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية وبين الذكور (30.4% و31.0% على التوالي).

- تشكل الإعاقات الحركية المرتبة الأولى ضمن الإعاقات بين الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة (30.2 %)، وهي أعلى في الضفة الغربية منها في قطاع غزة (30.4% مقابل 29.8% على التوالي).

- تشكل الإعاقات البصرية المرتبة الثانية ضمن الإعاقات بين الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة (14.6 %) من مجموع الإعاقات، وترتفع نسبة هذه الإعاقات في الضفة الغربية وبين الإناث.

- 14.5% من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم معاقون عقلياً، وترتفع هذه الإعاقة في قطاع غزة، فيما تتساوى بين الذكور والإناث.

- تشكل الإعاقات الحركية والعقلية النسبة الأعلى في المخيمات، فيما تشكل الإعاقات البصرية النسبة الأعلى في الريف.

ثالثاً: الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة حسب سبب الإعاقة:

- أكثر من ثلثي الأسباب المؤدية للإعاقات كانت خلقية ومرضية (70.9%)، فيما تشكل الأسباب الأخرى مجتمعة النسبة المتبقية في إحداث الإعاقات بين أفراد المجتمع الفلسطيني.

- 39.3% من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في قطاع غزة معاقون لاسباب خلقية، فيما تشكل هذه الأسباب ما نسبته 40.3% من مجموع الأسباب المؤدية للإعاقة بين الإناث في الأراضي الفلسطينية.

- شكلت الأسباب الخلقية ما نسبته 35.5% من مجموع الأسباب المؤدية للإعاقات في الضفة الغربية وما نسبته 34.6% بين الذكور في الأراضي الفلسطينية.

- 38.8% من الإناث يعانين من إعاقات ناتجة عن أسباب مرضية، فيما تبلغ نسبة الإعاقات الناجمة عن هذه الأسباب بين الذكور 30.9% في الأراضي الفلسطينية.

- ترتفع نسبة الإعاقات الناجمة عن الحروب وإصابات العمل والحوادث بين الأفراد الذكور عنها بين الإناث، حيث تزيد نسبة الإعاقات الناجمة عن الانتفاضة والحروب بين الذكور بمقدار 4.6 أضعاف عنها بين الإناث، وترتفع نسبة الإعاقات الناجمة عن إصابات العمل بين الذكور بمقدار 10 أضعاف تلك التي بين الإناث، هذا وتزيد نسب الإعاقات الناجمة عن الحوادث بين الذكور بمقدار ضعف ونصف الضعف عنها بين الإناث.

- تعتبر نسبة الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية الأعلى بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة (63.3%)، فيما تشكل الأسباب الخلقية النسبة الأعلى للإعاقات بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة (61.2%).

رابعاً: توزيع الإعاقات حسب نوعها وسببها:

- شكلت الأسباب المرضية السبب الرئيس في كل من الإعاقات البصرية والسمعية والحركية (46.7% و44.2% و37.8% على التوالي). فيما شكلت الأسباب الخلقية السبب الرئيس لكل من الإعاقات السمعية والنطقية والإعاقات النطقية والإعاقات العقلية والحركية (75.3% و69.6% و 60.6% على التوالي).

- 54.6% من الإعاقات العقلية نتجت عن أسباب خلقية، فيما شكلت الأسباب المرضية 25.8% في إحداث تلك الإعاقات.

خامساً: توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب العمر:

- أكثر من ربع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم دون سن الخامسة عشرة. وترتفع الإعاقات بين الأفراد الذكور دون سن الخامسة عشرة عنها بين الإناث لنفس الفئة العمرية. كما ترتفع نسبة الإعاقات بين الإناث اللاتي تبلغ أعمارهن 60 سنة فأكثر عنها بين الذكور لنفس الفئة العمرية (23.6 % مقابل 16.7% على التوالي).

- تشكل الإعاقات الحركية حوالي ربع الإعاقات بين الأفراد دون سن الخامسة عشرة، وتشكل الأسباب الخلقية السبب الرئيس وراء إحداث تلك الإعاقات بين الأفراد لنفس الفئة العمرية.

سادساً: الخصائص الاجتماعية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة:

- 40.7% من المعاقين الذكور لم يتزوجوا أبداً، فيما بلغت نسبة الإناث اللواتي لم يتزوجن منهم 53.3 %.

- 49.1% من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم أميون، فيما بلغت نسبة الأفراد الحاصلين على تعليم ثانوي فأعلى 8.9%.

- 25.6% من بين الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم من ضمن النشيطين اقتصادياً، حيث بلغت نسبتهم 28.1% في الضفة الغربية و20.8% في قطاع غزة.

سابعاً: خدمات التأهيل:

- بلغ عدد مراكز التأهيل في الأراضي الفلسطينية 97 مركزاً عام 2000، منها 45 في الضفة الغربية و52 في قطاع غزة، وتشرف وزارة الصحة على 15.5% من مجموع هذه المراكز، بينما تشرف المنظمات غير الحكومية المحلية على 51.5%، و14.4% تشرف عليها منظمات غير حكومية دولية، فيما يشرف القطاع الخاص على 16.5% من هذه المراكز.

ثامناً: انتشار الإعاقة خلال انتفاضة الأقصى:

- 1.3% من مجمل السكان هم من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة خلال انتفاضة الأقصى، أي بمعدل زيادة قدره 40.0% عن العام 1997.

- 1,396 معاقاً من بداية اندلاع انتفاضة الأقصى ولغاية 2001/7/24، منهم 499 معاقاً دون سن الثامنة عشرة، و186 معاقاً دون سن الثامنة عشرة أصيبوا بإعاقات دائمة خلال هذه الانتفاضة.

- 33.6% من بين معاقي الانتفاضة خلال عام 2000 كانت إعاقاتهم حادة، فيما عانى 36.9% من إعاقات متوسطة، وكانت نسبة الذين عانوا من إعاقات خفيفة 29.5%.

- 35.5% من الإعاقات خلال انتفاضة الأقصى في عام 2000 كانت نتيجة إصابتهم في الأطراف السفلية و19.7% في الأطراف العلوية، و21.4% كانت نتيجة إصابتهم في الرأس والرقبة.

مقدمة

تأتي عملية الاعتراف بقطاع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل التطور الحاصل على مفاهيم حقوق الإنسان التي تطورت لتشمل الشخص المعاق، باعتباره إنسانا يجب أن يجد الأبواب مفتوحة، وان يأخذ كافة الحقوق ويتساوى في الفرص مع الآخرين. ومما لا شك فيه أن رقي الأمم أصبح يقاس بمقدار ما تقدمه لأبنائها من ذوي الاحتياجات الخاصة من خدمات علاجية وتربوية وتعليمية وتأهيلية وترفيهية.

لقد عانى قطاع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في فلسطين على مدى الحقبة الماضية من الإهمال المتعمد، خاصة في الفترة التي كانت القطاعات الصحية والاجتماعية والتنموية تخضع لسيطرة ما يسمى بالإدارة المدنية الإسرائيلية، ولقد فجرت تجارب المجتمع الفلسطيني طاقات هائلة في مجال بناء الإنسان حتى في أثناء الثورات والانتفاضات والعمل النضالي، فكان الاهتمام بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. ومع التطور تسارعت هذه الأفكار لتجسد مؤسسات وجمعيات ومراكز لخدمة وتأهيل هؤلاء الأفراد من النواحي التربوية والتثقيفية والجسدية وغيرها، وتم تتويج هذا العمل من خلال إقرار القانون الخاص بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في المجلس التشريعي مؤخراً.

تكمن أهمية هذه الدراسة كونها أحد الأسس الهامة للانطلاق في مجالات البحث بهدف دراسة واقع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من النواحي الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها من المواضيع ذات العلاقة، كونها تشكل منبعا لراسمي السياسات ومتخذي القرارات وواضعي الخطط التنموية والصحية والاجتماعية.

يتكون هذا التقرير بالإضافة إلى الملخص التنفيذي والمقدمة، من خمسة فصول رئيسة، إذ يحتوي الفصل الأول على لمحة ديمغرافية صحية، بينما يحتوي الفصل الثاني على حجم وتركيب فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة. ويستعرض الفصل الثالث السمات الاجتماعية والاقتصادية لفئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، ويبحث الفصل الرابع اندماج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجتمع، أما الفصل الخامس والأخير فيتحدث عن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة والانتفاضة.

الفصل الأول

لمحة ديمغرافية صحية

بلغ عدد سكان الأراضي الفلسطينية نهاية عام 1997 (2,895,683)* نسمة منهم (1,873,476) في الضفة الغربية و(1,022,207) في قطاع غزة، وفقا لنتائج التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت الذي نفذ لأول مرة في الأراضي الفلسطينية أواخر العام 1997. وقد توزع السكان حسب نوع التجمع السكاني بواقع 53.1% في الحضر و31.0% في الريف و15.9% في المخيمات. ويقدر عدد السكان في منتصف عام 2001 بـــ 3,298,951 نسمة.

كما بلغ معدل الزيادة السكانية الناتج عن الفرق بين معدل المواليد والوفيات في الأراضي الفلسطينية عام 2000 حوالي 3.6%. وتشير البيانات إلى أن معدل المواليد الخام في الأراضي الفلسطينية عام 2001 بلغ 40.1 لكل 1000 من السكان، بينما بلغ معدل الوفيات الخام لنفس العام 4.2 لكل 1000 من السكان، أما معدل النمو فقد بلغ 4.9% في الأراضي الفلسطينية عام 2001.

أما فيما يتعلق بتوزيع السكان حسب العمر، فنجد أن العمر الوسيط بقي ثابتا خلال الأعوام 1995، 1997، 2000 ، إذ بلغ 16.0 سنة. وكما هو واضح في جدول (1) فإن نسبة السكان في الفئات العمرية العريضة تتساوى تقريبا في السنوات الثلاث (1995، 1997، 2000). فعلى سبيل المثال نجد أن نسبة السكان دون سن الخامسة عشرة بلغت 46.5% عام 1995، ووصلت إلى 46.9% عام 2000 وهذا مؤشر على أن معدلات الخصوبة ما زالت مرتفعة، فيما تساوت نسبة السكان الذين تزيد أعمارهم عن 64 سنة، إذ بلغت 3.4% في العامين المذكورين (انظر جدول 1.1).

وبالنظر إلى معدلات الإعالة نجد أن هذه المعدلات في ارتفاع مستمر، حيث أن هناك ثباتاً نسبياً في الفئة من 15–64 سنة. وبلغت نسبة الجنس (الذكور/الإناث) في الأراضي الفلسطينية 102، حيث كانت الأعلى في الفئة العمرية أقل من 15 سنة (103.5)، والأقل في الفئة العمرية 65+ (78.6)، فيما بلغت 102.3 في الفئة العمرية 15–64 سنة.

جدول 1.1: التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للأعوام 1995، 1997، 2000

العمر	المسح الديمغرافي 1995	التعداد 1997	المسح الصحي 2000
اقل من 15	46.5	47.0	46.9
15–64	50.1	49.5	49.7
65+	3.4	3.5	3.4
المجموع	**100**	**100**	**100**
معدل الإعالة	99.6	102.0	101.2
العمر الوسيط	16.0	16.0	16.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. *المسح الصحي–2000. التقرير النهائي.* رام الله–فلسطين.

* يشمل السكان الذين تم عدهم فعلاً خلال الفترة من 10–1997/12/24 وتقديرات عدد السكان الذين لم يتم عدهم على ضوء الدراسة البعدية وكذلك تقديرات عدد السكان في ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

أما فيما يتعلق بالخصوبة، فتعتبر مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية مرتفعة إذا ما قورنت بالمستويات السائدة حاليا في المجتمعات الأخرى. وقد تعود أسباب ارتفاع مستويات الخصوبة إلى الزواج المبكر للإناث خاصة، وإلى الرغبة في إنجاب الذكور، وإلى تدني نسبة مشاركة المرأة في سوق العمل، وفترات المباعدة القصيرة بين المواليد.

لكن هناك دلائل تشير إلى أن مستويات الخصوبة بدأت بالانخفاض خلال السنوات القليلة الماضية في الأراضي الفلسطينية. يشار هنا إلى أن معدل المواليد الخام بدأ بالانخفاض منذ السبعينيات، إلا أنه ومع اندلاع الانتفاضة الأولى في كانون أول عام 1987 أخذ هذا المعدل بالارتفاع حيث وصل إلى 46.7 لكل ألف من السكان في الضفة الغربية و54.7 في قطاع غزة عام 1990. ثم بدأ بالانخفاض مع قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1994، حيث أشارت التقديرات إلى أن هناك انخفاضاً مضطرداً في معدل المواليد الخام (عدد المواليد لكل 1000 من السكان في منتصف العام) خلال النصف الثاني من العقد الماضي، إذ قدر معدل المواليد الخام لعام 1997 في الأراضي الفلسطينية 42.7، في حين قدر في الضفة الغربية بـــ 41.2 و45.4 في قطاع غزة[1].

لكن وفي ظل الظروف الحالية ونظراً للخصوصية الفلسطينية من ناحية الصراع الديمغرافي على الأرض الفلسطينية المحتلة، وكون العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية تدخل في هذا الموضوع، فان موضوع الخصوبة يبقى رهناً بالعديد من العوامل خاصة السياسية منها.

يعتبر مستوى الوفيات في الأراضي الفلسطينية منخفضاً بالمقارنة مع الدول النامية والدول العربية المجاورة، حيث انخفضت معدلات الوفيات بشكل عام ومعدلات وفيات الرضع بشكل خاص منذ بداية العقد الأخير من القرن الماضي، حيث بلغ معدل الوفيات الخام المقدر 4.2 لكل ألف من السكان في منتصف عام 2001، في حين كان 4.8 لكل ألف من السكان عام 1997 وفقاً لتقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني[2]. كما بلغ معدل وفيات الرضع في الفترة 1990–1994 حوالي 27.3 لكل ألف مولود حي وذلك وفقا لنتائج المسح الديمغرافي 1995، حيث بلغ 25.5 لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية و30.2 لكل ألف مولود حي في قطاع غزة. وبلغ توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة في الأراضي الفلسطينية عام 1997 69.8 سنة للذكور و73.0 سنة للإناث. ووفقاً لنتائج المسح الصحي 2000، فإن معدل وفيات الرضع للفترة 1995–1999 انخفض ليصل إلى 25.5 لكل ألف مولود حي على مستوى الأراضي الفلسطينية، مقابل 24.4 و27.3 لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي.

[1] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي–2000: التقرير النهائي. رام الله–فلسطين.

[2] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. السكان في الأراضي الفلسطينية (1997–2025). رام الله– فلسطين.

حجم وتركيب فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة

تم خلال التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997 سؤال جميع الأفراد في الأسر فيما إذا كان الفرد يعاني من أية إعاقة، وعن نوعها وسببها. سيتم خلال هذا الفصل تسليط الضوء على حجم فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وتوزيعها حسب بعض الخصائص العامة كالجنس والمنطقة ونوع التجمع والعمر.

1.2 انتشار الإعاقة:

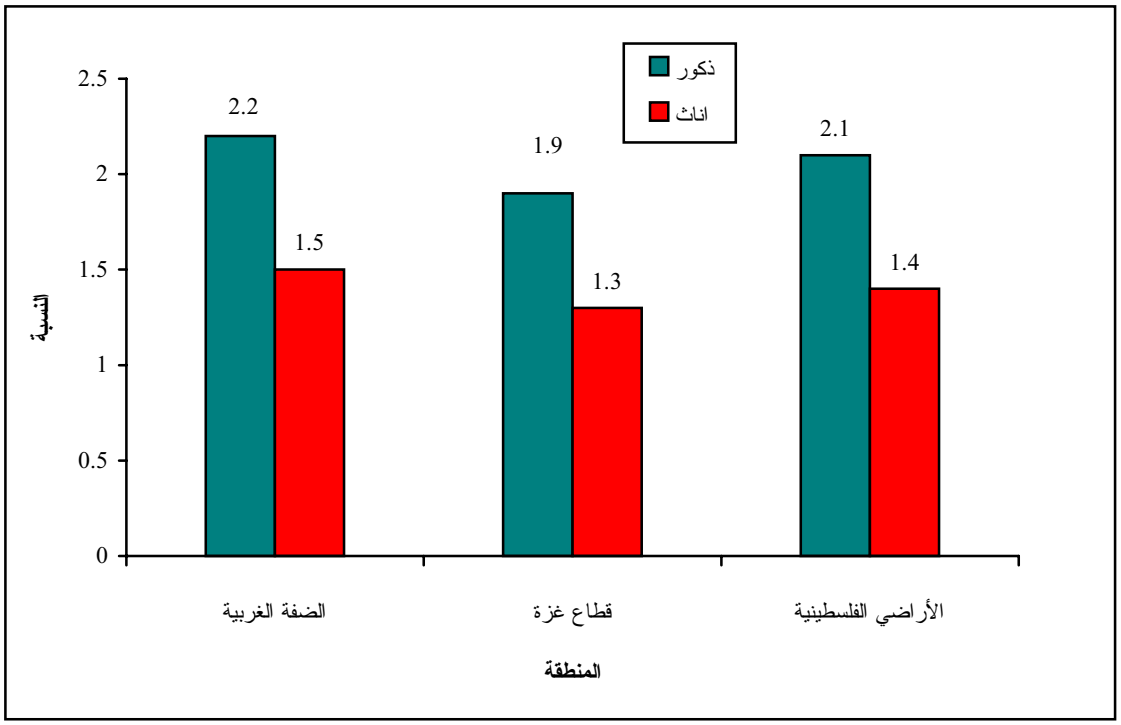
تشير نتائج التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997 إلى أن نسبة الإعاقة من مجمل السكان في الأراضي الفلسطينية بلغت 1.8%، وكانت الأعلى في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة (1.9% مقابل 1.6%) على التوالي، وهذا يعني أن ثلثي الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة يقيمون في الضفة الغربية فيما يقيم الثلث المتبقي في قطاع غزة (انظر جدول 1.2).

ويلاحظ أن هناك تفاوتا في نسب الإعاقة حسب الجنس في الأراضي الفلسطينية، حيث أظهرت النتائج أن نسبة الإعاقة بين الذكور تزيد بمقدار ضعف ونصف عنها بين الإناث (انظر جدول 1.2)، وقد يرجع هذا التباين لأسباب لها علاقة بطبيعة دور الذكور في الحياة العامة كالمشاركة في سوق العمل، ولربما تلعب العوامل الوراثية لدى الذكور دوراً في ذلك، أيضا قد يرجع السبب في ذلك إلى الوفاة المبكرة للإناث اللواتي يعانين من إعاقات دون الذكور المعاقين. ولعل إحجام الأهل عن الإفصاح عن وجود إناث من ذوي الاحتياجات الخاصة في أسرهم أثر ولو بشكل بسيط على هذه النسبة. الشكل (1.2) يبين توزيع السكان المعاقين حسب المنطقة والجنس.

جدول (1.2): نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من مجمل السكان حسب بعض الخصائص الخلفية، 1997

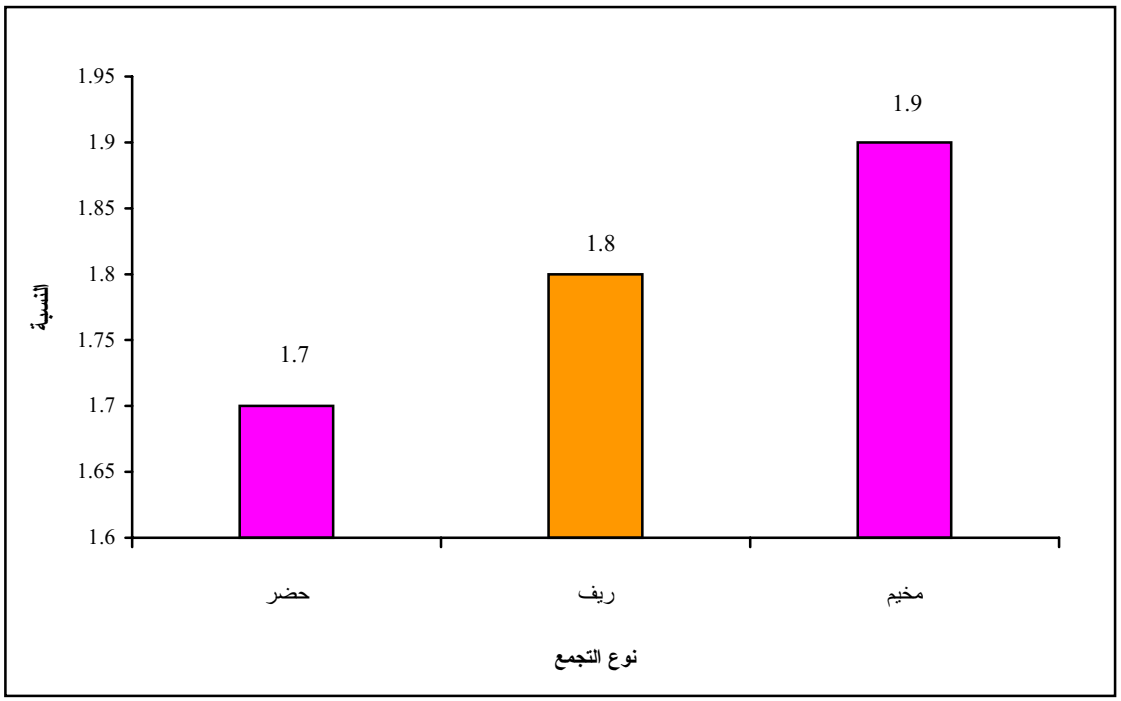
الخصائص الخلفية	نسبة المعاقين	عدد المعاقين
الجنس		
ذكور	2.1	27,915
إناث	1.4	18,148
المنطقة		
الضفة الغربية	1.9	29,849
قطاع غزة	1.6	16,214
الأراضي الفلسطينية	**1.8**	**46,063**

شكل 1.2: نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من مجمل السكان حسب المنطقة والجنس، 1997



على صعيد نوع التجمع، يبين شكل (2.2) توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع التجمع (حضر وريف ومخيم) من مجمل السكان في كل نوع تجمع، حيث لم يلاحظ تباينات بين كل من الحضر والريف والمخيم في توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

شكل 2.2: نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع التجمع، 1997



2.2 أنواع الإعاقات:

شكلت الإعاقة الحركية النسبة الأعلى بين الإعاقات، حيث أن حوالي ثلث المعاقين هم معاقون حركيا (30.2%)، وتمثل ما نسبته 8.0% من مجمل السكان. وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة (30.4% مقابل 29.8% على التوالي). أنظر جدول (2.2).

جدول (2.2): التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة وبعض الخصائص الخلفية، 1997

الخصائص الخلفية	نوع الإعاقة										
	بصرية	سمعية	نطقية	عقلية	حركية	سمعية ونطقية	عقلية وحركية	متعددة	استخدام الأصابع	أخرى	المجموع
الجنس											
ذكور	14.3	4.5	5.4	14.5	31.0	5.8	4.5	7.5	4.3	8.2	100
إناث	15.0	6.0	6.0	14.4	29.0	7.2	4.8	8.7	2.2	6.7	100
العمر											
14-0	9.2	4.4	10.7	14.0	23.8	9.2	8.4	10.0	2.8	7.5	100
29-15	9.9	3.5	6.2	20.3	27.9	7.7	5.2	7.4	4.2	7.7	100
44-30	10.2	3.3	3.3	20.0	34.3	6.3	3.1	5.8	4.4	9.3	100
59-45	22.4	5.2	2.4	12.3	33.0	4.5	1.9	5.3	4.4	8.6	100
+60	27.4	9.7	1.6	4.5	37.1	1.7	1.1	9.0	2.2	5.7	100
نوع التجمع											
حضر	13.4	5.0	5.8	14.8	30.4	6.6	5.0	7.8	3.5	7.4	100
ريف	16.0	5.5	5.7	13.0	29.1	6.4	4.0	8.3	3.4	8.1	100
مخيم	15.4	4.6	5.0	16.0	31.4	5.3	4.1	7.6	3.2	7.4	100
المنطقة											
الضفة الغربية	15.4	5.4	5.3	13.4	30.4	5.9	4.3	8.1	3.6	8.2	100
قطاع غزة	13.2	4.7	6.2	16.4	29.8	7.2	5.1	7.6	3.2	6.6	100
الأراضي الفلسطينية	**14.6**	**5.1**	**5.6**	**14.5**	**30.2**	**6.4**	**4.6**	**7.9**	**3.5**	**7.6**	**100**

وعلى صعيد الجنس، نجد أن نسبة الأفراد الذكور الذين يعانون من إعاقات حركية أعلى منها بين الإناث، حيث بلغت هذه النسب (31.0% مقابل 29.0% على التوالي)، ولعل التفاوت البسيط بين الذكور والإناث مرده إلى أن الإعاقات الحركية الناتجة عن الحرب بين الذكور تفوق مثيلاتها بين الإناث بمقدار 5 أضعاف، وهذا منطقي، إذ أن مشاركة الذكور في الحروب والانتفاضة على الأخص أكثر من مشاركة الإناث.

أما فيما يتعلق بانتشار الإعاقة الحركية حسب نوع التجمع، فتشير البيانات الواردة في جدول (2.2) إلى أن الإعاقة الحركية كانت الأعلى في المخيمات (31.4%)، وكانت الأقل في الريف (29.1%)، فيما بلغت 30.4% في الحضر.

وعن انتشار الإعاقات الحركية بين الأفراد المعاقين حسب العمر، تشير البيانات الواردة في جدول (2.2) إلى أن هناك علاقة طردية ما بين نسب الإعاقة الحركية والعمر، حيث ترتفع بتقدم العمر، إذ تبلغ 23.8% بين الأفراد أقل من 15 سنة لتصل إلى 37.1% بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة.

وتأتي الإعاقة البصرية في المرتبة الثانية، حيث تشكل ما نسبته 14.6% من مجموع الإعاقات، إذ تشكل 6.0% من مجمل السكان. وتزيد هذه الإعاقة بين المعاقين في الضفة الغربية بنسبة قدرها 2.2% عن قطاع غزة، فيما ترتفع بين الإناث عنها بين الذكور (15% مقابل 14.3% على التوالي). وعلى صعيد نوع التجمع، كانت الإعاقة البصرية الأعلى في الريف، حيث بلغت 16.0%، فيما بلغت في كل من الحضر والمخيمات 13.4% و15.4% على التوالي.

أما عن توزيع الإعاقة البصرية حسب العمر، فتشير البيانات الواردة في الجدول (2.2)، إلى أن هناك علاقة طردية أيضا بين نسب انتشار الإعاقة البصرية والعمر، حيث ترتفع هذه النسبة مع تقدم العمر، وكما هو مبين في الجدول، فان هذه النسبة تتراوح ما بين 9.2% و27.4% بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة والأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة على التوالي . ولعل الأسباب المرضية تلعب دوراً في انتشار مثل هذه الإعاقات خاصة بين كبار السن، وتلعب العوامل الوراثية دوراً في انتشار هذه الإعاقة بين الأفراد صغار السن، خاصة الأطفال والرضع.

وتأتي الإعاقة العقلية في المرتبة الثالثة حيث بلغت 14.5% من مجموع الإعاقات وترتفع هذه الإعاقة بشكل واضح في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية، وقد يكون مرد هذا الارتفاع إلى ارتفاع نسبة الزواج بين الأقارب في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية حيث أشارت نتائج المسح الصحي 2000 إلى أن 52.9% من نساء قطاع غزة متزوجات من أقارب وبلغت هده النسبة 45.8% في الضفة الغربية[3]، ولعل ما يؤكد ذلك أن أكثر من نصف المعاقين عقليا في الأراضي الفلسطينية كانت إعاقاتهم ناتجة عن أمراض خلقية[4].

أما على مستوى الجنس، فلم يلاحظ تفاوت بين الذكور والإناث في الإعاقة العقلية. وعلى صعيد نوع التجمع، بلغت الإعاقة العقلية 16.0% في المخيمات، وهي الأعلى على مستوى نوع التجمع، حيث شكلت هذه الإعاقة ما نسبته (14.8% و13.0%) في كل من الحضر والريف على التوالي.

فيما يتعلق بانتشار الإعاقة العقلية بين الأفراد حسب العمر، تشير البيانات الواردة في جدول (2.2) إلى أن الفئة العمرية (15–44) سنة سجلت النسبة الأعلى من مجموع الأفراد الذين يعانون من إعاقات عقلية (40.3%)، تلتها نسبة الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة (14.0%)، فيما شكلت نسبة الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة النسبة الأقل (4.5%).

[3] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي–2000: النتائج الأساسية. رام الله–فلسطين.

[4] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت–1997: تقرير السكان–الأراضي الفلسطينية، النتائج النهائية. رام الله–فلسطين.

3.2 أسباب الإعاقات:

يبين جدول (3.2) أن الإعاقات الناجمة عن الأمراض الخلقية والأسباب المرضية تشكل أكثر من ثلثي الأسباب المؤدية للإعاقة (70.9%)، فيما تشكل الأسباب الأخرى مجتمعة النسبة المتبقية (34.1%).

جدول (3.2): التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب بعض الخصائص الخلفية، 1997

الخصائص الخلفية	سبب الإعاقة										المعاقون
	مرضي	خلقي	أثناء الولادة	حرب	إصابة عمل	حادث سير	حوادث أخرى	أخرى	غير مبين	المجموع	
الجنس											
ذكور	30.9	34.6	3.3	7.9	5.0	4.3	7.9	4.7	1.4	100	27,915
إناث	38.8	40.3	4.2	1.7	0.5	1.8	5.6	5.3	1.8	100	18,148
العمر*											
14-0	19.1	61.2	8.3	1.4	0.0	1.8	4.0	2.6	1.6	100	13,047
29-15	23.4	44.1	3.6	9.7	3.0	3.8	7.2	3.7	1.5	100	10,959
44-30	32.4	30.0	2.1	8.4	6.3	5.3	8.9	5.1	1.5	100	7,757
59-45	46.2	19.7	0.8	6.1	6.7	4.8	9.1	5.2	1.4	100	5,319
+60	63.3	8.2	0.2	3.3	3.4	2.5	8.1	9.7	1.3	100	8,938
المنطقة											
الضفة الغربية	34.5	35.5	3.3	4.9	3.6	3.5	7.8	5.1	1.8	100	29,849
قطاع غزة	33.2	39.3	4.3	6.5	2.6	3.0	5.4	4.6	1.1	100	16,214
الأراضي الفلسطينية	**34.1**	**36.8**	**3.6**	**5.5**	**3.2**	**3.3**	**7.0**	**4.9**	**1.6**	**100**	**46,063**

*: هناك 43 حالة (غير مبين) تم استثناؤها من العمر

وكما هو واضح في الجدول (3.2)، فان الإعاقات الناجمة عن الأمراض الخلقية كانت الأعلى بين الأسباب المؤدية إلى الإعاقـــات، وتـــرتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية (39.3% مقابل 35.5% على التوالي) ولعل السبب في ارتفـــاع هذه النسبة في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية يعود إلى ارتفاع نسبة زواج الأقارب في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية، وبالتالي تلعب العوامل الوراثية دورا كبيرا في ذلك.

وعلى صعيد الجنس، تشير البيانات الواردة في جدول (3.2) أن الإعاقات الناجمة عن الأمراض الخلقية أعلى بين الأفراد الإناث منها بين الأفراد الذكور (39.3% و35.5% على التوالي).

فيما يتعلق بتوزيع الإعاقات الناجمة عن الأسباب الخلقية حسب العمر، تشير البيانات الواردة في جدول (3.2) أن هناك علاقة عكسية ما بين العمر ونسبة الإعاقات الناجمة عن الأسباب الخلقية، حيث تنخفض هذه النسبة مع التقدم بالعمر، فكما هو موضح في الجدول، فإن نسبة المعاقين نتيجة لأسباب خلقية تتراوح ما بين 61.2% بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة، و8.2% بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة.

وتعتبر نسبة الإعاقات الناجمة عن الأمراض الخلقية عالية إذا ما قورنت بمعدل هذه النسب في العالم، حيث أفاد تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية وجامعة هارفارد، أن نسبة الإعاقات الناجمة عن التشوهات الخلقية بلغت 2.9% على مستوى العالم عام 1990[5].

وتأتي في المرتبة الثانية الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية، حيث بلغت (34.1%). على صعيد المنطقة لم يلاحظ تباين واضح بين الضفة الغربية وقطاع غزة (34.5% مقابل 33.2% على التوالي). أما على صعيد الجنس فنجد أن هناك تبايناً بين الذكور والإناث في الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية، فكما هو مبين في جدول (3.2) فإن هذه النسبة ترتفع بين الأفراد الإناث (38.8%) مقابل 30.9% بين الأفراد الذكور.

من ناحية أخرى، وكما هو موضح في الجدول، فإن هناك علاقة طردية ما بين الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية والعمر، إذ نجد أن نسبة هذه الإعاقات ترتفع بتقدم العمر، حيث تتراوح ما بين 19.1% بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة و63.3% بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة، ولعل ذلك عائد إلى حجم الأمراض التي تصيب الأفراد مع تقدم العمر وخاصة المزمن منها.

من ناحية أخرى، تظهر البيانات الواردة في جدول (3.2) أن هناك تبايناً بين الذكور والإناث في نسب الإعاقات الناجمة عن الحرب وإصابات العمل والحوادث، إذ ترتفع هذه النسب بين الذكور بشكل واضح، فنجد أن نسب الإعاقات الناجمة عن الحروب تزيد بمقدار 4.6 أضعاف بين الذكور عن مثيلاتها بين الإناث، وتزيد نسب الإعاقات الناجمة عن إصابات العمل بين الذكور بمقدار 10 أضعاف عنها بين الإناث. ولعل الأسباب وراء هذا التباين راجعة إلى حجم مشاركة الذكور في الحروب وبالتحديد في الانتفاضة الأولى والمشاركة الأكبر للذكور في سوق العمل عنها بين الإناث.

هذا وتزيد نسب الإعاقات الناجمة عن الحوادث بين الذكور بمقدار ضعف ونصف عنها بين الإناث، الأمر الذي يعطي مدلولاً حول أهمية تعزيز السلامة البيئية والبيتية والسلامة العامة من اجل الحد من انتشار الحوادث وعلى الأخص حوادث السير، سعيا وراء خفض نسب الإعاقات الناجمة عن الحوادث.

[5] The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990.

4.2 أنواع الإعاقات وأسبابها:

يتضح من الجدول (4.2) أن الأسباب المرضية شكلت السبب الرئيس في كل من الإعاقات البصرية والسمعية والحركية، (46.7%، و44.2%، و37.8% على التوالي)، فيما شكلت الأسباب الخلقية السبب الرئيس لكل من الإعاقات السمعية والنطقية والإعاقات النطقية والعقلية والحركية (75.3%، 69.6%، و60.6% على التوالي). وشكلت الأسباب الناجمة عن ظروف الولادة سبباً رئيساً في الإعاقات الحركية واستخدام الأصابع (8.8% و7.9% على التوالي).

جدول (4.2): التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة وسببها، 1997

نوع الإعاقة	سبب الإعاقة										
	مرضي	خلقي	أثناء الولادة	حرب	إصابة عمل	حادث سير	حوادث أخرى	أخرى	غير مبين	المجموع	المعاقون
بصرية	46.7	26.8	0.0	5.7	3.7	1.4	9.5	4.7	1.5	100	727,6
سمعية	44.2	33.5	0.0	2.8	1.2	1.9	4.7	9.9	1.5	100	364,2
نطقية	20.5	69.6	0.0	0.8	0.3	0.6	2.9	2.1	3.2	100	592,2
سمعية ونطقية	19.8	75.3	0.0	0.8	0.4	0.3	1.3	1.3	0.8	100	931,2
حركية	37.8	20.1	8.8	8.4	4.8	6.7	8.8	3.6	1.0	100	906,13
استخدام الأصابع	13.6	19.2	7.9	12.3	21.3	5.5	16.4	2.4	1.4	100	599
عقلية	25.8	54.6	0.0	4.3	0.6	1.7	6.3	5.5	1.3	100	663,6
عقلية وحركية	26.1	60.6	0.0	2.3	0.3	2.5	3.8	2.4	1.9	100	114,2
متعددة	34.8	39.4	5.8	3.3	1.2	2.8	3.9	5.9	2.9	100	656,3
أخرى	39.0	25.5	3.3	5.8	2.6	2.6	6.1	13.0	2.1	100	511,3
المجموع	**34.1**	**36.8**	**3.6**	**5.5**	**3.2**	**3.3**	**7.0**	**4.9**	**1.6**	**100**	**063,46**

أما فيما يتعلق بالإعاقات العقلية، فتشير البيانات الواردة في جدول (4.2) إلى أن الأسباب الخلقية شكلت السبب الرئيس في إحداث تلك الإعاقات (54.6%)، تلتها الأسباب المرضية (25.8%).

السمات الاجتماعية والاقتصادية لفئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة

1.3 مقدمة:

يتطرق هذا الفصل إلى دراسة السمات الاجتماعية–الاقتصادية التي تميز الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية من فرد معاق لآخر. ونأمل من خلال هذه الدراسة أن نصل إلى فهم أفضل للمجالات التي يجب أن تركز عليها أنشطة التأهيل، الأمر الذي يساعد في تخطيط وتطوير مشاريع مستقبلية تتعلق بالتأهيل في إطار المجتمع. يعاني بعض الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من إعاقات أشد من سواهم وبعضهم يعاني من أوضاع اجتماعية– اقتصادية وتبعات نفسية أشد من سواهم. كما أن التباينات الموجودة في المجتمع كتلك التي تتعلق بمستوى الفقر والجنس والعمر قد تتحد مع عامل الإعاقة لتخلق ظروفا متباينة في القدرات والفرص والرعاية والخدمات وبالتالي تبايناً واضحا في فرصة العيش ونوعية الحياة التي يحياها الفرد المعاق.

2.3 التركيب العمري:

يتضح من جدول (1.3) أن اكثر من ربع المعاقين هم أقل من 15 سنة، حيث تشكل هذه الفئة حوالي 28.3% من مجموع السكان، وترتفع هذه النسبة بين الإناث عنها بين الذكور (31.3% مقابل 26.4% على التوالي)، وتبلغ نسبة المعاقين بين الأفراد 60 سنة فأكثر 19.4% وهي أعلى بين الإناث منها بين الذكور (23.6% مقابل 16.7% على التوالي)، هذا وترتفع نسبة الإعاقات بين الذكور في الفئة العمرية 15–29 سنة عنها بين الإناث (25.8% مقابل 20.6% على التوالي).

تبلغ نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في الفئة العمرية 30–59 سنة 28.4% (31.0% مقابل 24.4% بين الذكور والإناث على التوالي). أما نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في الفئة العمرية 30–59 سنة فتبلغ (28.4%)، بواقع 31.0% للذكور و24.4% للإناث على التوالي. وكما هو مبين في الجدول (1.3)، فإن نسبة المعاقين بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 59 سنة تبلغ 19.4%، وهي أعلى بين الإناث منها بين الذكور (23.6% مقابل 16.7% على التوالي).

يلاحظ أن نسبة الذكور المعوقين في العمر 15–59 سنة هي أكبر من نسبة الإناث، وهذه النتيجة تثير الاهتمام والتساؤل حول سبب وجود هذا الفرق، فقد يرجع ذلك إلى عدة أسباب منها: سبب الإعاقة كون النساء المعوقات في وضع أصعب من المعوقين الذكور من الناحية الاجتماعية ومن ناحية الانتفاع من الخدمات المقدمة مما يساهم في رفع نسبة المرض والوفاة المبكرة لدى الإناث، وقد يكون السبب أيضا عدم قيام الأهل بالتبليغ عن عدد حالات الإعاقة لدى الإناث، سواء لنسيان ذكرهن أو التردد في ذكرهن تحسبا من الوصمة الاجتماعية. وهذا الموقف يدعمه وضع المرأة في المجتمع الفلسطيني حيث تبدو أفضلية الذكور وما تم نشره من بيانات عن وجود فرق في الوضع الصحي والتغذوي بين الأطفال الذكور والإناث لصالح الذكور.

تفيد البيانات الواردة في تقرير السكان في الأراضي الفلسطينية–النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت–1997، أن الأفراد أقل من 15 سنة هم أكثر الفئات عرضة للإعاقة، حيث تشكل الإعاقات الحركية حوالي ربع الإعاقات بين هؤلاء الأفراد. وتشكل الأسباب الخلقية السبب الرئيس وراء الإعاقات الحركية بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة (45.5%)، تليها الأسباب الناجمة عن ظروف الولادة (24.3%). أما الإعاقات بين الأفراد 60 سنة فأكثر، فنجد أن الإعاقات الحركية شكلت النسبة الأعلى بين هؤلاء الأفراد، تلتها الإعاقات البصرية (37.1% مقابل 27.3% على التوالي). كما أن 69.1% من الإعاقات البصرية بين الأفراد 60 سنة فأكثر كان سببها المرض، فيما شكلت الأسباب المرضية ما نسبته 65.4% من الأسباب المؤدية للإعاقة الحركية بين أفراد هذه الفئة[6].

جدول 1.3: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب العمر والجنس، 1997

العمر والجنس	نسبة المعاقين	عدد المعاقين
ذكور		
15 >	26.4	373,7
29–15	25.8	217,7
44–30	19.2	357,5
59–45	11.8	297,3
60+	16.7	649,4
غير مبين	0.1	22
المجموع	**100**	**915,27**
إناث		
15 >	31.3	674,5
29–15	20.6	742,3
44–30	13.2	400,2
59–45	11.2	022,2
60+	23.6	289,4
غير مبين	0.1	21
المجموع	**100**	**148,18**
كلا الجنسين		
15 >	28.3	047,13
29–15	23.8	959,10
44–30	16.8	757,7
59–45	11.6	319,5
60+	19.4	938,8
غير مبين	0.1	43
المجموع	**100**	**063,46**

[6] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت–1997: النتائج النهائية. تقرير السكان في الأراضي الفلسطينية، (الجزء الأول). رام الله–فلسطين. جدول 79.

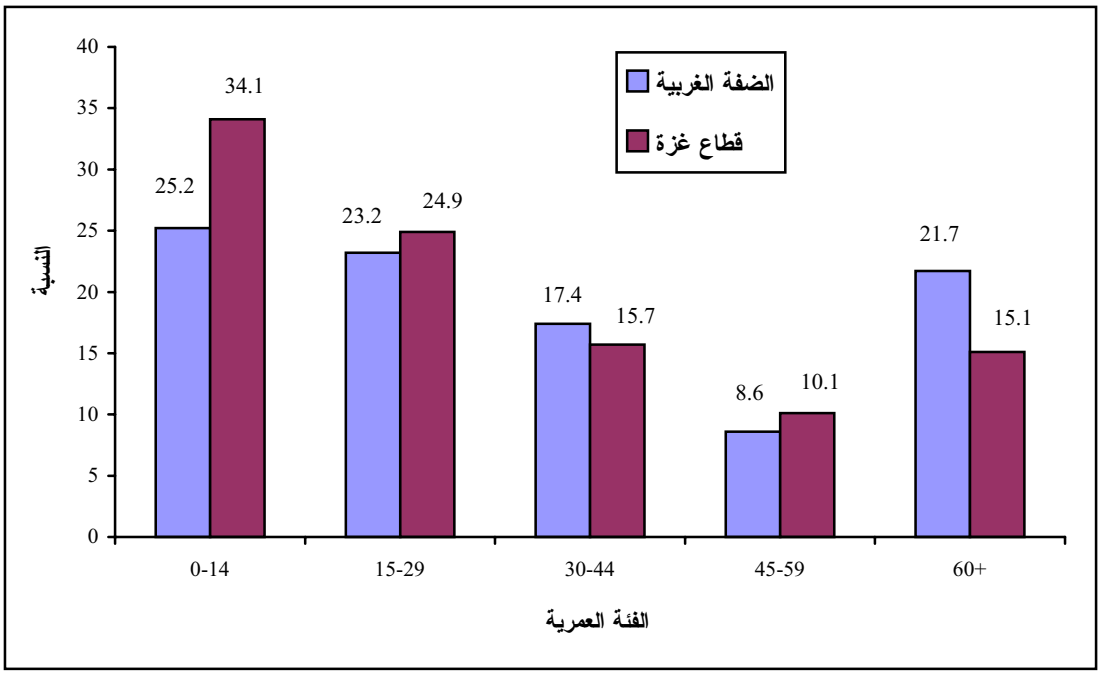
على صعيد نوع التجمع، يوضح الجدول (2.3) توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب العمر ونوع التجمع، وكما هو مبين في الجدول (2.3) فانه لا يوجد تباينات جوهرية بين حجم الإعاقات في الريف والحضر والمخيمات.

جدول 2.3: توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب الفئة العمرية، والجنس ونوع التجمع، 1997

الفئة العمرية	ذكور		إناث		كلا الجنسين	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
حضر						
14 - 0	069,4	1.2	069,3	1.0	138,7	1.1
29 -15	793,3	2.0	904,1	1.1	697,5	1.5
44 - 30	800,2	2.7	203,1	1.2	003,4	2.0
59 - 45	737,1	3.9	996	2.1	733,2	3.0
+60	272,2	7.6	980,1	5.5	252,4	6.5
المجموع	**671,14**	**17.4**	**152,9**	**10.9**	**823,23**	**14.1**
ريف						
14 -0	133,2	1.1	664,1	0.9	777,3	1.0
29 - 15	163,2	1.9	166,1	1.1	329,3	1.5
44 - 30	575,1	2.7	764	1.4	339,2	2.1
59 - 45	053,1	4.7	688	2.6	741,1	3.5
+60	677,1	8.4	547,1	6.2	224,3	7.1
المجموع	**601,8**	**18.8**	**829,5**	**12.2**	**410,14**	**15.2**
مخـــيم						
14 -0	191,1	1.2	941	1.0	132,2	1.1
29 - 15	261,1	2.3	672	1.3	933,1	1.8
44 - 30	982	3.1	433	1.5	415,1	2.3
59 - 45	507	4.7	338	2.5	845	3.5
+60	700	7.8	762	6.4	465,1	7.0
المجموع	**641,4**	**19.1**	**146,3**	**12.7**	**790,7**	**15.7**

وعلى صعيد المنطقة، يشير شكل (1.3) إلى وجود تباين واضح في نسبة الإعاقات ما بين الضفة الغربية وغزة وخصوصا في الفئات العمرية (0–14 و60+ سنة) حيث يبين الشكل أن نسبة الإعاقة في قطاع غزة هي أعلى بحوالي 9% منها في الضفة الغربية للفئة العمرية (0–14) ويمكن أن يفسر ذلك بسبب ارتفاع نسبة المواليد وزواج الأقارب في قطاع غزة، بينما كانت نسبة الإعاقات في الضفة الغربية للفئة العمرية 60+ أعلى بحوالي 6.6% منها في غزة ولربما يعزى ذلك إلى ارتفاع نسبة العمر المتوقع في الضفة الغربية وما يتبعه من أمراض مزمنة تنتهي ببعض الإعاقات.

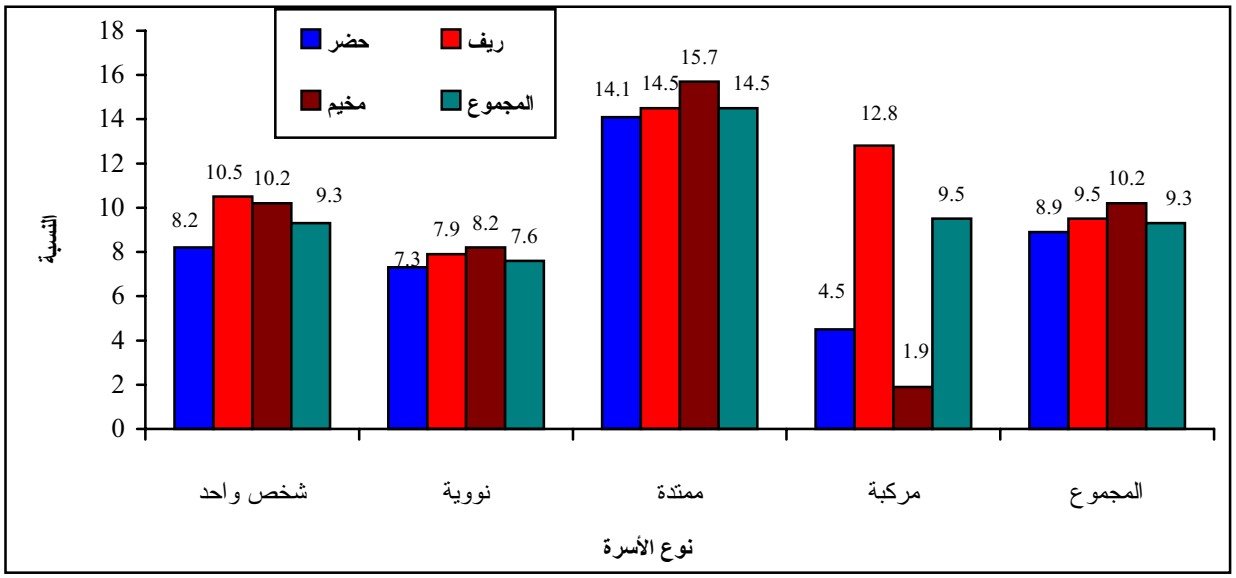
شكل 1.3: التوزيع النسبي للإعاقات حسب المنطقة والفئة العمرية، 1997



3.3 التركيب الأسري:

يبين شكل (2.3) أن الأسر الممتدة شكلت النسبة الأعلى من بين الأسر التي يوجد بها فرد معاق أو اكثر، حيث بلغت هذه النسبة (14.5%). ويلاحظ وجود تفاوت ملحوظ في نسب الأسر التي يوجد بها فرد معوق أو أكثر بين كل من الحضر، والريف والمخيم حيث كانت النسب (4.5%، 12.8%و 15.9% على التوالي). وقد بلغت نسبة الأسر المركبة التي يوجد فيها شخص معاق أو أكثر حوالي ثلث ما في الريف وربع ما في المخيم.

شكل 2.3 : نسبة الأسر التي يوجد فيها فرد معاق أو أكثر حسب نوع التجمع، 1997



4.3 الحالة الزواجية:

تشير النتائج الواردة في جدول (3.3) إلى أن نسبة الإناث المعوقات اللواتي لم يتزوجن أبدا (53.3%) مقابل (40.7%) للذكور، وان نسبة الذكور المتزوجين (54.8%) تشكل أكثر من ضعف نسبة الإناث المتزوجات (22.3%). وتشير النتائج إلى أن نسبة المعاقين الذين لم يتزوجوا أبدا من بين المعاقين في الأراضي الفلسطينية بلغت حوالي نصف الأشخاص المعوقين 45.5% بواقع 44.1% في الضفة الغربية و48.4% في قطاع غزة. كما تشير النتائج إلى أن نسبة المتزوجين من المعاقين في الأراضي الفلسطينية 42.4 % بواقع 43.0% في الضفة الغربية و 40.7% في قطاع غزة، في حين أن 39.2% من المعاقين المتزوجين لديهم إعاقة حركية و20.3% لديهم إعاقة بصرية. أما الأرامل منهم فقد بلغت نسبتهم 9.5% في الأراضي الفلسطينية، بواقع 10.0% في الضفة الغربية و8.5% في قطاع غزة. كما كان هناك تفاوت كبير جدا في نسبة الإناث الأرامل من المعوقات ونسبة الذكور الأرامل من المعوقين، حيث بلغت نسبة الإناث الأرامل من المعوقات حوالي 21% من الإناث المعوقات في حين كانت نسبة الذكور الأرامل من المعوقين 2.4%. وهذا يؤكد التمييز الاجتماعي والأوضاع الصعبة التي تعيشها النساء المعوقات. (انظر جدول 3.3 و4.3).

جدول 3.3: الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة 12 سنة فاكثر حسب الحالة الزواجية والجنس، 1997

الحالة الزوجية	ذكور		إناث		كلا الجنسين	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
لم يتزوج أبدا	027,9	40.7	237,7	53.3	264,16	45.5
عقد قرانه لأول مرة	106	0.5	16	0.1	122	0.4
متزوج	134,12	54.8	019,3	22.3	153,15	42.4
مطلق	270	1.3	353	2.6	623	1.7
أرمل	538	2.4	847,2	21.0	385,3	9.5
غير مبين	79	0.4	99	0.7	178	0.5
المجموع	**154,22**	**100**	**571,13**	**100**	**735,35**	**100**

جدول 4.3: الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة 12 سنة فاكثر حسب الحالة الزواجية والمنطقة، 1997

الحالة الزوجية	الضفة الغربية		قطاع غزة		الأراضي الفلسطينية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
لم يتزوج أبدا	534,10	44.1	730,5	48.4	264,16	45.5
عقد قرانه لأول مرة	103	0.4	19	0.2	122	0.4
متزوج	329,10	43.2	824,4	40.7	153,15	42.4
مطلق	398	1.7	225	1.9	623	1.7
أرمل	382,2	10.0	003,1	8.5	385,3	9.5
غير مبين	139	0.6	39	0.3	178	0.5
المجموع	**885,23**	**100**	**840,11**	**100**	**735,35**	**100**

5.3 المؤهل العلمي:

تشير النتائج في جدول (5.3) إلى أن نسبة الالتحاق في التعليم من بين المعوقين تقل مع تقدم العمر وعند الإناث أقل بين الذكور، ولا يوجد هناك فرق ملحوظ بين الذكور والإناث في نسبة الالتحاق في التعليم للفئة العمرية 20 – 24 سنة حيث بلغت النسبة 5.8% و5.7 للذكور والإناث على التوالي وان هذه النسبة تشكل حوالي نصف نسبة الملتحقين في التعليم من نفس الفئة العمرية من بين غير المعوقين والتي كانت 10.9% للذكور و10.6% للإناث.

جدول 5.3: توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 5–24 سنة حسب حالة الالتحاق بالتعليم والعمر والجنس، 1997

الفئة العمرية	الجنس					
	ذكور		إناث		كلا الجنسين	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ملتحقون						
11–5	832,1	46.4	258,1	41.5	090,3	44.3
14 – 12	702	43.7	429	39.3	131,1	41.9
19 – 15	590	23.4	297	19.9	887	22.1
24 – 20	146	5.8	70	5.7	216	5.7
المجموع	270,3	30.8	054,2	30.0	324,5	30.5
غير ملتحقين						
11–5	116,2	53.6	772,1	58.5	888,3	55.7
14 – 12	906	56.3	664	60.8	570,1	58.1
19 – 15	937,1	76.6	198,1	80.1	135,3	77.9
24 – 20	391,2	94.2	160,1	94.3	551,3	94.3
المجموع	**350,7**	**69.2**	**794,4**	**70.0**	**144,12**	**69.5**

على صعيد نوع التجمع، تشير النتائج إلى أن 29.8% من المعاقين الذين يقطنون في الحضر من الفئة العمرية (5 –24 سنة) ملتحقون بالتعليم فيما بلغت نسبة الأفراد المعاقين الملتحقين بالتعليم في الريف 31.6%، هذا وبلغت نسبة الملتحقين منهم في المخيمات 30.9%. يلاحظ من الجدول عدم وجود تباين في حالة الالتحاق بالتعليم للأشخاص المعوقين حسب نوع التجمع. (انظر جدول 6.3).

جدول 6.3: توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 5-24 سنة حسب حالة الالتحاق بالتعليم ونوع التجمع، 1997

نوع التجمع	ملتحقون		غير ملتحقين		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
حضر	818,2	29.8	651,6	70.2	469,9	1.4
ريف	591,1	31.6	450,3	68.4	041,5	1.3
مخيم	915	30.9	043,2	69.1	958,2	1.5
المجموع	**324,5**	**30.5**	**144,12**	**69.5**	**468,17**	**1.4**

أما على صعيد المنطقة، فتشير النتائج إلى أن نسبة المعاقين الأميين في عمر 10 سنوات فأكثر بلغت 49.1% من بين المعاقين في الأراضي الفلسطينية بواقع 47.6% في الضفة الغربية و 52.0 % في قطاع غزة(انظر جدول 7.3).

جدول 7.3: توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي والمنطقة، 1997

المؤهل العلمي	الضفة الغربية		قطاع غزة		الأراضي الفلسطينية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
أمي	669,11	47.6	511,6	52.0	180,18	49.1
ملم	130,4	16.9	950,1	15.6	080,6	16.4
ابتدائي	208,4	17.2	573,1	12.6	781,5	15.6
إعدادي	514,2	10.1	186,1	9.5	700,3	10
ثانوي	128,1	4.7	884	7.1	012,2	5.4
دبلوم متوسط فأعلى	876	3.5	410	3.2	286,1	3.5
المجموع	**525,24**	**100**	**514,12**	**100**	**039,37**	**100**

وعلى صعيد الجنس، يلاحظ من جدول (8.3) أن حوالي نصف المعوقين بشكل عام هم أميون وتشكل نسبة الإناث الأميات (66.2%) ما يقارب ضعف نسبة الذكور المعوقين الأميين (38.6%). كما تشير النتائج إلى أن نسبة الذكور الحاصلين على تعليم إعدادي وثانوي هي ضعف نسبة الإناث، وأنه كلما زادت سنوات التعليم قلت نسبة المتعلمين من الجنسين حيث تقل بشكل ملحوظ جدا عند الإناث.

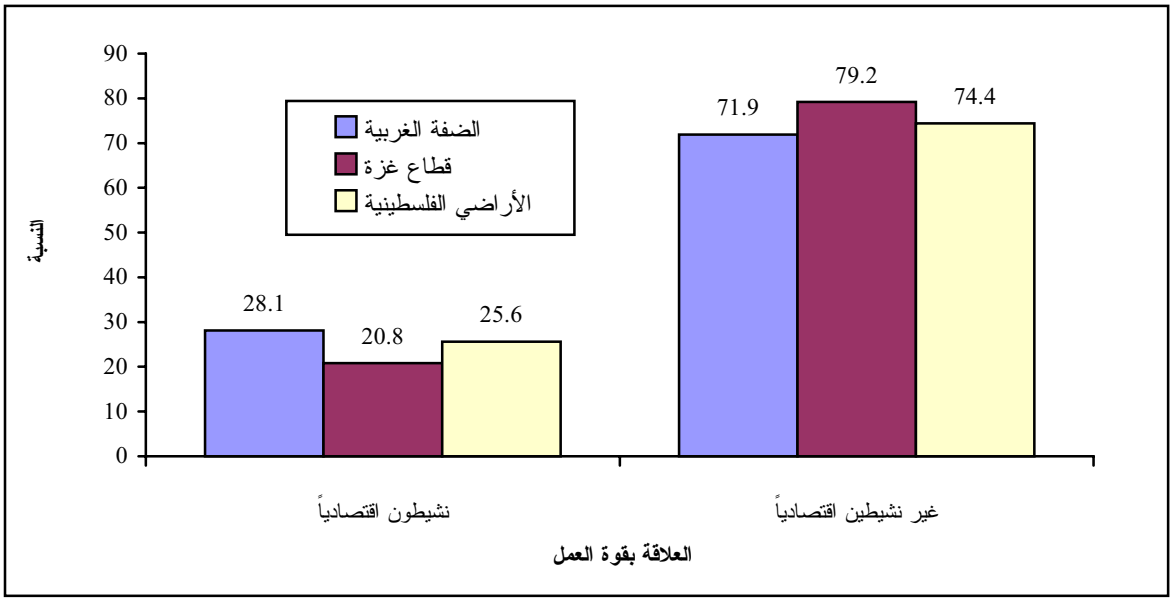
جدول 8.3: توزيع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي والجنس، 1997

المؤهل العلمي والجنس	العدد	النسبة
أمـــــــي		
ذكور	892,8	38.6
إناث	288,9	66.2
كلا الجنسين	180,18	49.1
ملـــــــم		
ذكور	340,4	18.9
إناث	740,1	12.4
كلا الجنسين	080,6	16.4
ابتدائـــــــي		
ذكور	342,4	18.9
إناث	439,1	10.3
كلا الجنسين	781,5	15.6
إعدادي		
ذكور	856,2	12.4
إناث	844	6.0
كلا الجنسين	700,3	10.0
ثانـــــــوي		
ذكور	567,1	6.8
إناث	445	3.2
كلا الجنسين	012,2	5.4
دبلوم متوسط فأعلى		
ذكور	013,1	4.4
إناث	273	1.9
كلا الجنسين	286,1	3.5

6.3 العلاقة بقوة العمل:

تشير النتائج في شكل (3.3) إلى أن 25.6% من المعاقين 10 سنوات فأكثر في الأراضي الفلسطينية هم من النشيطين اقتصاديا، بواقع 28.1% في الضفة الغربية و 20.8% في قطاع غزة.

شكل 3.3: التوزيع النسبي للإفراد ذوي الاحتياجات الخاصة 10 سنوات فأكثر حسب العلاقة بقوة العمل والمنطقة، 1997



مقارنة بنسبة السكان 10 سنوات فأكثر حسب العلاقة بقوة العمل لنفس العام، نجد أن 35.5% من هؤلاء السكان هم نشيطون اقتصادياً[7]، أي أن فقط 1.2% من النشيطين اقتصادياً هم من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يؤكد وجود فجوة واضحة في استيعاب الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن سوق العمل، خاصة في قطاع غزة الذي ترتفع فيه نسبة الأفراد المعاقين غير النشيطين اقتصادياً، إذ بلغت (79.2%).

[7] دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997، لمحة إحصائية (ملخص نتائج التعداد). رام الله – فلسطين.

الفصل الرابع

اندماج فئة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بالمجتمع

1.4 مقدمة:

كانت الدوافع الدينية والخيرية وغياب السلطة المركزية هي المحرك الأساسي الذي دفع بعض المؤسسات الإسلامية والمسيحية إلى إنشاء دور رعاية المعوقين في فلسطين. وقد اعتمدت تلك المؤسسات فلسفة خيرية تقوم على توفير الرعاية للمعوقين في دور رعاية داخلية توفر السكن لهم مما أدى إلى عزل العشرات منهم عن أسرهم وعن مجتمعاتهم وخلق بينهم وبين المجتمع فجوة عززت النظرة السلبية نحوهم. ولم يحدث أي تغيير حقيقي على حياة المعوقين أو على نمط عمل المؤسسات التي تعتني بهم إلا بعد عام 1987، عندما انطلقت الانتفاضة الأولى حيث ظهرت برامج ومؤسسات جديدة بفلسفات وتوجهات متطورة كاستجابة لتزايد أعداد ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة للممارسات الإسرائيلية وخاصة سياسة تكسير العظام. ومن هذه المؤسسات والبرامج، مركز خليل أبو ريا للتأهيل في رام الله، وبرامج التأهيل لدى جمعية الشبان المسيحية، وبرامج التأهيل المجتمعي التي تبنت في أغلبها فلسفة متطورة أثرت على مجمل البرامج والمشاريع التأهيلية في فلسطين وأصبحت العديد من الخدمات تقدم للمعوقين في أماكن سكناهم حيث عمل هذا البرنامج على حل العديد من مشكلات العشرات من المعوقين عن طريق تزويد ذويهم بالمعرفة الصحيحة والتثقيف الضروري للتعايش مع الإعاقة والتغلب على المشكلات الفردية والبيئية التي تصاحبها[8].

ومن ضمن التطورات التي طرأت على حركة المعاقين في فلسطين تأسيس اتحاد عام للمعاقين الفلسطينيين في عام 1991، وظهور برامج التأهيل المبنية على تأهيل المجتمع المحلي لتفهم احتياجات المعوقين. وبعد مجيء السلطة الوطنية الفلسطينية قامت وزارة الشؤون الاجتماعية بتأسيس دائرة لذوي الحاجات الخاصة لمتابعة قضايا المعوقين والخدمات المقدمة لهم. وبالرغم من النقلة النوعية التي حدثت منذ انطلاقة الانتفاضة الأولى إلا أن نسبة البطالة والامية ما زالت مرتفعة[9] .

2.4 واقع خدمات التأهيل في فلسطين:

كان للانتفاضة الأولى (1987–1992) اثر كبير في تطوير خدمات التأهيل وتوسعها استجابة لظروف الانتفاضة وما رافقها من احتياجات على صعيد خدمات تأهيل المعاقين من جرحى الانتفاضة، فعلى صعيد إنشاء المؤسسات والبرامج التأهيلية تفيد البيانات انه لم يكن في قطاع غزة أي نوع من خدمات التأهيل قبل عام 1949 في حين كان هناك 6 مؤسسات في الضفة الغربية. ويلاحظ أن عدد المؤسسات التي تقدم خدمات تأهيلية قد ازداد بشكل ملحوظ بعد حرب عام 1967 والانتفاضة الأولى بعد عام 1987، حيث وصل عدد مراكز التأهيل في فلسطين حتى عام 2000 إلى 97 مركزا منها 45 في الضفة الغربية و52 في قطاع غزة[10].

---

[8] تقرير عن ورشة العمل الإقليمية لإصدار نشرة دورية باللغة العربية في الرعاية الصحية الأولية والتأهيل في إطار المجتمع

[9] اتحاد المعاقين الفلسطيني / رام الله.

[10] وزارة الصحة، 2001. التقرير السنوي 2000. غزة–فلسطين

وتشارك المنظمات غير الحكومية المحلية بأكثر من النصف تقريبا في تقديم خدمات التأهيل تليها المؤسسات الخاصة ومن ثم وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية الدولية (انظر جدول 1.4).

جدول 1.4: توزيع مراكز التأهيل في الأراضي الفلسطينية حسب المنطقة وجهة الإشراف، 2000

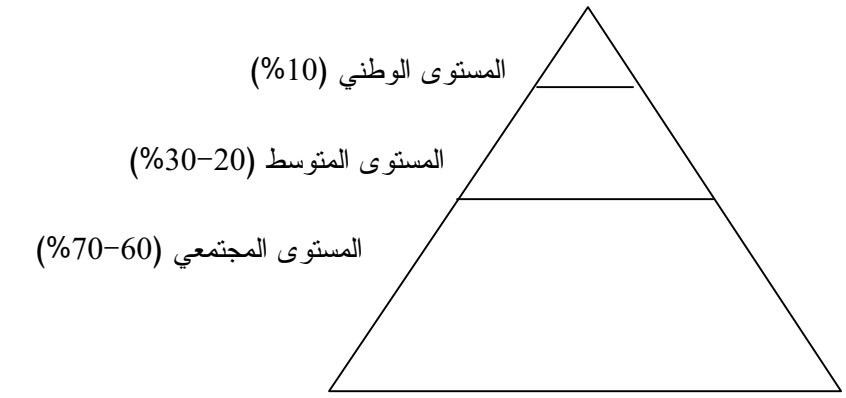
جهة الإشراف	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية	النسبة %
وزارة الصحة	4	11	15	15.5
منظمات غير حكومية محلية	25	25	50	51.5
منظمات غير حكومية دولية	11	9	14	14.4
مؤسسات خاصة	11	5	16	16.5
أخرى	0	2	2	2.1
المجموع	**45**	**52**	**97**	**100**

المصدر: وزارة الصحة، 2001. التقرير السنوي 2000. غزة–فلسطين

وتشير البيانات المنشورة في تقارير وزارة الصحة إلى تركز الخدمات في عدد محدود من المحافظات على حساب محافظات أخرى، كما يلاحظ عدم وجود توازن في توزيع الخدمات بين الضفة الغربية وقطاع غزة، كذلك يلاحظ وجود تركيز أكبر على تلبية الاحتياجات لذوي الإعاقات الحركية التي تشكل 30% من مجموع الإعاقات حيث أن ما يقارب ثلثي المؤسسات بشكل عام تقدم خدمات تأهيلية للإعاقة الحركية.

هذا وبالرغم من وجود هذه الأعداد من مؤسسات التأهيل إلا أن المعوقين لا زالوا يعانون من نقص كمي ونوعي في الخدمات المقدمة لهم، وما زالت الغالبية تفتقر إلى فرص العمل والتعليم والرعاية الطبية اللازمة، والغالبية منهم لم تتلق أي خدمات تأهيل من أي نوع. كذلك فإن معظم هذه المؤسسات تركز في عملها على المعوقين أنفسهم وعلى تأهيلهم وعلاجهم متجاهلة البيئة المادية والاجتماعية التي تشكل العائق الحقيقي أمام اندماجهم في المجتمع. إضافة إلى ذلك فان هذه المؤسسات تتعامل مع قضايا المعوقين على أنها مشكلة خدمات واحتياجات في الوقت الذي أصبح فيه التوجه العالمي يعتبرها قضايا حقوق الإنسان.

ويمكن تصوير الوضع الحالي لتوزيع خدمات التأهيل فيما يسمى بهرم نظام خدمات التأهيل: 60 – 70% من الخدمات تلبى على مستوى مجتمعي، و20 – 30% تلبى على المستوى المتوسط، و10% تلبى على المستوى الوطني[11].



[11] تقرير عن ورشة العمل الإقليمية لإصدار نشرة دورية باللغة العربية في الرعاية الصحية الأولية والتأهيل في إطار المجتمع

وفيما يتعلق بخدمات التأهيل في إطار المجتمع، فهناك نماذج عديدة تطبق في فلسطين، وهناك حجم كبير من الخدمات وتغطية سكانية قد تزيد على 50% من السكان، أما على المستوى الوطني، فيجري تقديم خدمات متخصصة في عدد قليل من المؤسسات التي تتركز جغرافيا في منطقة الوسط. والمستوى المتوسط يضم الجزء الأكبر من نظام التحويل وكثير من المؤسسات تعمل على هذا المستوى. وتعتبر خدمات التشخيص من أكبر الخدمات التي يتم تقديمها على المستوى المتوسط وتلبي الحاجات عموما، أما خدمات العلاج الطبي فهي تغطي حاجات الإعاقة الحركية ولكنها لا تغطي حاجات الإعاقة العقلية وتفتقر إلى العلاج الطبي للإعاقات السمعية والبصرية والنطقية.

3.4 التأهيل المبني على المجتمع المحلي:

إن التأهيل المجتمعي يعمل في إطار خطة لتنمية المجتمع المحلي من خلال استغلال طاقاتهم في البناء والتنمية وإشراك المعوقين في عملية صنع القرار، ورفع صوتهم عاليا، وبالتالي دمج المعوق في المجتمع المحلي ليطالب بحقوقه. والتأهيل المجتمعي يلمس المشاكل على أرض الواقع، ويتعامل مع المعوق بشمولية تغطي جميع الجوانب والاحتياجات اللازمة للمعوق.

والهدف من التأهيل هو دمج المعاقين في المجتمع، حيث أن دمج المعوق ومشاركة الأسرة والمجتمع المحلي في عملية التأهيل لم تطبق إلا حديثا، بعد دراستها بإمعان من خبراء منظمة الصحة العالمية كبديل للبرامج الأخرى أو كمكمل لها. وهناك الكثير من الأسر تترك ابنها المعاق في مركز ما بهدف عدم عودته إليها، لذلك فان توعية الأهل يجب أن تكون جزءا رئيسا من أي برنامج. إن الأشخاص المعاقين الذين تم وضعهم في مراكز ولمدة طويلة من الصعب عليهم العودة إلى مجتمعهم. ويمكن أن يحدث الدمج في المجتمع فقط إذا تقبل المجتمع الأفراد المعاقين فيه، واخذ دورا فعالا في تأهيلهم وقام بجهود من أجل إعادة دمج هؤلاء الذين تم إبعادهم في المراكز.

يشير مسؤولون في مدرسة الكفيفات التابعة لجمعية الكفيفات الوطنية، إلى أن المدرسة تحتوي على 70 كفيفاً وكفيفة من مختلف مناطق الضفة الغربية تبدأ من الصف الأول الابتدائي وحتى التوجيهي، حيث تقوم مشرفات مدربات على رعايتهم والعناية بهم وتدريبهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية الروتينية، مثل ترتيب الأسرة وتنظيف غرفهم، إلى جانب تعليمهم الأكاديمي، وتبقى المدرسة مسؤولة عن بعضهم حتى بعد التحاقهم بالجامعة. وقد عملت المدرسة مجددا على دمج بعض الصفوف مع وزارة التربية والتعليم. من جهة أخرى أكد مسؤولون في اتحاد المعاقين في رام الله أن لمؤسسات التأهيل دوراً هاماً في توفير التأهيل والخدمات العلاجية، إلا أن واقع الحياة لسنوات طويلة في تلك المؤسسات له مردود سلبي على الفرد المعوق، وتؤدي في خاتمة المطاف إلى عزل المعوقين وشعورهم بالغربة عن مجتمعهم، وقد شبه بعض المؤسسات الداخلية بالملاجئ التي تقوم على عزل المعوقين عن مجتمعاتهم[12].

[12] مقابلة مع مديرة مدرسة الكفيفات في رام الله

الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة والانتفاضة

1.5 مقدمة:

تسببت إجراءات القمع الإسرائيلية خلال انتفاضة الأقصى المباركة التي انطلقت في التاسع والعشرين من أيلول في العام 2000، في زيادة نسبة الإعاقات بين أفراد المجتمع الفلسطيني، فقد أدت آلة الحرب الإسرائيلي إلى إحداث الكثير من الإعاقات الدائمة والمؤقتة بين صفوف الجرحى البواسل. سيتم خلال هذا الفصل تسليط الضوء على أثر الإجراءات الإسرائيلية على واقع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك أثر هذه الإجراءات على واقع الخدمات التي يتلقاها الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك مما يتوفر من بيانات ومن خلال مقابلات أجريناها مع عدد من المسؤولين عن تقديم خدمات تأهيلية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة والقائمين على رعايتهم، لغاية تاريخ إعداد هذه الدراسة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن البيانات الواردة في هذا الفصل تعتمد بالدرجة الأولى على السجلات المتوفرة في الوزارات والمؤسسات المعنية، والتي لم تصنف الإعاقات الناجمة عن القمع الإسرائيلي حسب النوع، حيث أن القمع الإسرائيلي لم يتوقف، الأمر الذي يعني وقوع المزيد من الإعاقات في صفوف أبناء شعبنا.

2.5 انتشار الإعاقة خلال انتفاضة الأقصى[13]:

أظهرت نتائج دراسة نفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حول أثر الإجراءات الإسرائيلية على واقع الطفل والمرأة والأسرة الفلسطينية عام 2001 ، أن 1.2% من مجمل الإصابات خلفت إعاقات دائمة، وأن 3.0% من مجمل هذه الإصابات أدت إلى إعاقات مؤقتة، وأن 2.7% من الإصابات خلفت تشوهات. وأظهرت الدراسة أن 28.0% من مجمل الإعاقات المؤقتة الناتجة عن إجراءات القمع الإسرائيلي كانت بين الأطفال، فيما بلغت نسبة التشوهات الناجمة عن الإصابات بين الأطفال 22.0%[14].

من ناحية أخرى أوضحت بيانات صادرة عن المركز الفلسطيني للإعلام أن عدد الإعاقات المسجلة من بداية انتفاضة الأقصى في 2000/9/29 ولغاية 2001/7/24 بلغ 1,396 معاقاً، منهم 499 معاقا دون سن الثامنة عشرة[15].

وفي السياق ذاته، أظهرت بيانات الجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين في قطاع غزة، أن عدد الإعاقات الناجمة عن إجراءات القمع الإسرائيلي في الأراضي الفلسطينية بلغ 1,900 إعاقة، منذ اندلاع الانتفاضة ولغاية 2001/8/15، أي أن 10.0% من مجمل الإصابات التي أدخلت المستشفيات لغاية تاريخه نتج عنها إعاقات، وأشارت البيانات إلى أن 32 حالة من بين المعاقين كانوا من الأطفال الذين فقدوا إحدى أعينهم، فيما بلغ عدد الأطفال دون سن الثامنة عشرة والذين

[13] يتوجب الإشارة إلى أن المقارنة بين نتائج التعداد–1997 والإحصاءات حول الإعاقة خلال انتفاضة الأقصى قد لا تكون دقيقة بسبب اختلاف منهجية جمع البيانات، حيث أن البيانات المتعلقة بانتفاضة الأقصى هي من سجلات إدارية وتقارير ميدانية تصدر عن المستشفيات والمؤسسات الأخرى.

[14] الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. مسح أثر الإجراءات الإسرائيلية على واقع الطفل والمرأة والأسرة الفلسطينية–2001، المؤتمر الصحفي حول نتائج المسح. رام الله–فلسطين.

[15] المركز الفلسطيني للإعلام، 2001. قاعدة بيانات الانتفاضة.

أصيبوا بإعاقات دائمة 186 طفلاً من مجمل المعاقين[16]. ومع هذا الازدياد الواضح في عدد المعاقين بين أبناء الشعب الفلسطيني، نجد أن نسبة المعاقين من مجمل عدد السكان بلغ 3.0%، أي بمعدل زيادة قدره 40.0% عن العام 1997.

من الملاحظ من خلال البيانات التي أصدرها كل من المركز الفلسطيني للإعلام والجمعية الوطنية لتأهيل المعوقين، أن هناك تزايداً واضحاً في عدد الإعاقات الناجمة عن الإجراءات الإسرائيلية خلال فترة وجيزة جداً، إذ كان هناك ارتفاع لعدد المعاقين المسجلين بشكل ملحوظ، حيث سجلت 504 حالات إعاقة خلال فترة لا تتجاوز الشهر، وهذا مؤشر على مدى فظاعة القمع الإسرائيلي بحق أبناء الشعب الفلسطيني.

وحول حدة الإعاقات، أشارت البيانات الواردة في التقرير السنوي لوزارة الصحة، أن 33.6% من الإعاقات الناتجة عن الإجراءات الإسرائيلية خلال انتفاضة الأقصى في العام 2000 كانت إعاقات دائمة وحادة، وأن 36.9% كانت إعاقات متوسطة، فيما بلغت نسبة الإعاقات البسيطة 29.5%[17]. أنظر جدول (1.5)

جدول 1.5: توزيع الأفراد المعاقين خلال انتفاضة الأقصى حسب حدة الإعاقة، 2000

حدة الإعاقة	عدد المعاقين	النسبة	المعدل لكل 100,000 من السكان
إعاقات حادة	304	33.6	9.7
إعاقات متوسطة	334	36.9	10.6
إعاقات خفيفة	267	29.5	8.5
المجموع	905	100	28.7

المصدر: وزارة الصحة، 2001. *التقرير السنوي–2000.* غزة–فلسطين.

وعن توزيع الإصابات بين جرحى الانتفاضة المباركة خلال عام 2000 حسب مكان الإصابة، أشارت بيانات التقرير إلى أن 21.4% من الإعاقات كانت في الرأس والعنق، وأن 9.0% من الإعاقات كانت في الصدر، وان 11.8% كانت إعاقات ناتجة عن الإصابة في البطن، وان 19.7% في الأطراف العلوية و35.5% في الأطراف السفلية، فيما كان ما نسبته 2.6% من الإعاقات ناتجة عن الإصابة في أماكن أخرى من الجسم[18]. أنظر جدول (2.5).

[16] الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، 2001. قاعدة بيانات انتفاضة الأقصى. غزة–فلسطين.

[17] وزارة الصحة، 2001. التقرير السنوي–2000. عزة–فلسطين.

[18] وزارة الصحة، 2001. التقرير السنوي–2000. عزة–فلسطين.

جدول 2.5: توزيع الإعاقات بين جرحى الانتفاضة حسب مكان الإصابة، 2000

مكان الإصابة	عدد المعاقين	النسبة
الرأس والرقبة	194	21.4
الصدر	81	9.0
البطن	107	11.8
الأطراف العلوية	178	19.7
الأطراف السفلية	321	35.5
أخرى	24	2.6
المجموع	**905**	**100**

المصدر: وزارة الصحة، 2001. *التقرير السنوي-2000.* غزة-فلسطين.

3.5 واقع الإجراءات الإسرائيلية على خدمات تأهيل الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة:

من الواضح أن الإجراءات الإسرائيلية المتمثلة في القمع المتواصل والحصار الشامل المفروض على الشعب الفلسطيني، أدت إلى تفاقم مشكلة الإعاقة في ظل التزايد الواضح لعدد المعاقين بمختلف أنواع الإعاقات، الأمر الذي يزيد الأعباء على القطاع الصحي ومراكز التأهيل، خاصة وان الجاهزية المجتمعية لتأهيل الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة متدنية، فبرامج رعاية وتأهيل هؤلاء الأفراد تعاني من الكثير من المعوقات والمشاكل.

يفيد تقرير صادر عن الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، أن إجراءات القمع والحصار الإسرائيلي أدت إلى تعطيل برامج وعمل مؤسسات رعاية الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، الأمر الذي حال دون استمرار العمل في بعض البرامج القائمة، وتأجيل بعض البرامج في هذه المؤسسات والمراكز. فعلى سبيل المثال لا الحصر، أدى الحصار الإسرائيلي إلى قيام مركز أبو ريا لتأهيل المعاقين في رام الله إلى توقيف ثلاثة من برامجه الهامة التي كان ينفذها على الصعيد الوطني، وهذه البرامج هي:

1. برنامج المتابعة الميدانية للمرضى، حيث كان المركز يتابع حالات المرضى بعد خروجهم من المستشفى ومن جوانب عدة، كعلاقة المريض مع أسرته وأصدقائه، ومدى معاناته من مشاكل نفسية، ومعرفة مدى توفر احتياجاته الأساسية، ومتابعة حالته الصحية ومدى التحسن فيها. وقد تم توقيف العمل بهذا البرنامج بسبب الحصار الإسرائيلي وعدم القدرة على الوصول للمناطق التي يتواجد فيها المرضى.

2. برنامج الزيارات المنزلية، وكان يهدف إلى زيارة منازل المرضى قبل خروجهم من المركز للمعاينة، وحصر ما يلزم لاستخدامات المريض فيه، خاصة المعاقين الذين يستخدمون الكراسي المتحركة والأدوات المساعدة على المشي، وذلك للتأكد من سهولة الحركة والتنقل للمريض داخل منزله.

3. تعطيل العمل بقسم الأطفال في الأشهر الأربعة الأولى للانتفاضة، وذلك بسبب عدم تمكن الأهالي من الوصول إلى المركز لإجراء الإشراف الطبي على أطفالهم. وقد أعيد العمل بهذا البرنامج لكن الحالات التي تصل للاستفادة منه محدودة وتقتصر على سكان محافظة رام الله والبيرة، وليس في جميع الأوقات، حيث أن المواطنين من المناطق الأخرى لا يستطيعون الوصول لمدينة رام الله بسبب الحصار الاسرائيلي.[19]

وخلال مقابلة أجريت مع مسؤولين في الجمعية الوطنية للكفيفات والتي تضم مدرسة للكفيفات في مدينة البيرة، أكد القائمون على الجمعية أن إجراءات الاحتلال التعسفية أثرت وبشكل واضح وكبير على برامج الجمعية والمسيرة التعليمية في المدرسة، ناهيك عن الأوضاع النفسية الصعبة التي سيطرت على نفسيات الطالبات بدءاً من روضة الأطفال ولغاية المرحلة الثانوية. وأكد المسؤولون أن إجراءات الاحتلال والحصار تسببت في تعطيل العديد من المشاريع التطويرية داخل المدرسة

على صعيد آخر، أفادت نتائج دراسة متخصصة نفذها مركز الابتسامة التخصصي في مدينة نابلس إلى أن الحصار الإسرائيلي يحول دون وصول معاقي الانتفاضة وغيرهم من المعاقين إلى مراكز العلاج المتخصصة، وبينت الدراسة أن ما بين 80-86% من مراجعي مراكز العلاج الطبيعي وتأهيل المعاقين في الأراضي الفلسطينية لم يتمكنوا من تلقي الخدمات العلاجية والطبية المناسبة، جراء الإغلاق الإسرائيلي الخانق الذي تفرضه قوات الاحتلال الإسرائيلي على الأراضي الفلسطينية، وأوضحت الدراسة أن جميع المراكز المتخصصة في مجال علاج وتأهيل المعاقين تشهد تراجعاً ملحوظاً في عدد المراجعين خلال فترة الانتفاضة، رغم تزايد عدد المعاقين خلالها[20].

واضح أن الإجراءات الإسرائيلية خلال الانتفاضة المباركة كان لها الأثر الواضح في تقويض حجم القدرات والمؤهلات التي من شأنها أن تسهم في مساعدة فئة ذات احتياجات خاصة بين أبناء الشعب الفلسطيني، وأن الاحتلال تعمد في عرقلة جميع الجهود التي تبذل في سبيل الرقي بهذه الفئة وتعطيل الإنجازات الوطنية. وسعى إلى خلق إعاقات جديدة بين صفوف المناضلين لتقويضهم وثنيهم عن حقهم المشروع في النضال. وفي ظل هذه الظروف الصعبة والطارئة، يبقى السؤال المطروح هو كيف يمكن للشعب الفلسطيني مجابهة هذه الهجمة الشرسة والتعاطي مع الأزمة الحالية خاصة فيما يتعلق بهذا القطاع من المواطنين؟، لذا لا بد من إعادة النظر في خطة وهيكلية العمل التي تبنتها كل جهة تعمل في مجال رعاية وتأهيل الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقييم هذه الخطط وفقا للتطورات المتلاحقة ووضع التصورات المستقبلية التي من شأنها المساهمة في إيصال أكبر قدر ممكن من الخدمات على مختلف أنواعها لأكبر عدد ممكن من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في أماكن تواجدهم.

[19] ماس. المراقب الاجتماعي. عدد رقم 5-2001. بيانات غير منشورة.

[20] تصريح صادر عن رئيس مركز الابتسامة التخصصي للعلاج الطبيعي. جريدة الأيام-2001/11/19.

التوصيات

1. العمل على الحد من ظاهرة زواج الأقارب بين أفراد المجتمع الفلسطيني في محاولة لتقليص حجم الإعاقات الناتجة عن هذا الزواج وذلك من خلال الاستثمار الأمثل للبيانات المتوفرة وترجمتها لتكون أرضية للنقاش والتوعية المجتمعية من خلال مجلات إعلامية وتثقيفية.

2. تعزيز السلامة البيتية والسلامة البيئية من أجل الحفاظ على الأفراد من مخاطر التعرض للإصابات والجروح والحوادث التي تؤدي للإعاقات، والتركيز على تعزيز السلامة على الطرق، للتقليل قدر الإمكان من حوادث السير. كذلك المراقبة المهنية للعمال وأماكن العمل وتعزيز السلامة لهذه الفئة من المجتمع، للتقليل من الحوادث المرتبطة بالعمل والتي تؤدي للإعاقات.

3. تشكل الأسباب المرضية النسبة الأعلى في إحداث الإعاقات لدى كبار السن، لذا يجب التركيز على هذه الفئة ومحاولة تأمين البيئة الصحية والرعاية السليمة اللازمة لهم من أجل محاصرة الأمراض التي من شأنها إحداث مثل هذه الإعاقات. كذلك تشكل الأسباب الخلقية النسبة الأعلى في إحداث الإعاقات لدى الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة، لذا يجب العمل على خفض هذه النسبة قدر الإمكان من خلال الترويج الكافي لمخاطر زواج الأقارب للحد من الأمراض الوراثية.

4. التوزيع الأمثل لخدمات تأهيل المعاقين والابتعاد عن المركزية في تقديم الخدمات ومحاولة توسيع رقعة الخدمات المقدمة للمعاقين لتمثل الريف والمخيمات.

5. الجاهزية الطبية والتأهيلية السليمة والمستمرة وذلك من أجل مواجهة حالات الطوارئ وتقديم الخدمات الأفضل لمعوقي الانتفاضة.

6. تأمين البيئة الاجتماعية المناسبة والكافية لدمج هؤلاء الأفراد بشكل أكبر في المجتمع من خلال استيعابهم في المؤسسات الاجتماعية والأندية الرياضية والثقافية وتشجيع المهارات لديهم.

7. استيعاب نسبة اكبر من المعاقين في المدارس والمؤسسات التعليمية الأخرى خاصة الإناث منهم في محاولة لرفع نسبة المتعلمات من المعوقات.

8. استيعاب نسبة أكبر من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن قطاعات العمل المختلفة، حيث أن 74.4% من المعاقين غير نشيطين اقتصادياً، والعمل على تطبيق قانون المعاقين الذي تمت المصادقة عليه مؤخراً، خاصة فيما يتعلق بتشغيل واستيعاب الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن المؤسسات سواء الحكومية منها وغير الحكومية.

قائمة المراجع

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997. تقرير السكان-الأراضي الفلسطينية: النتائج النهائية. رام الله-فلسطين.

2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة-1995. النتائج الأساسية. رام الله-فلسطين.

3. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997. الأشخاص المعاقون في الأراضي الفلسطينية. رام الله-فلسطين.

4. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. السكان في الأراضي الفلسطينية (1997-2025). رام الله - فلسطين.

5. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي-2000: النتائج الأساسية. رام الله-فلسطين.

6. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي-2000، التقرير النهائي. رام الله-فلسطين.

7. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. مسح أثر الإجراءات الإسرائيلية على واقع الطفل والمرأة والأسرة الفلسطينية، 2001. المؤتمر الصحفي حول نتائج المسح. رام الله-فلسطين.

8. وزارة الصحة، 2001. التقرير السنوي-2000. غزة-فلسطين.

9. المركز الفلسطيني للإعلام، 2001. قاعدة بيانات الانتفاضة.

10. الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، 2001. قاعدة بيانات الانتفاضة. غزة-فلسطين.

11. الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، 2001. الجاهزية المجتمعية لتأهيل معوقي الانتفاضة. سلسلة تقارير خاصة (6). رام الله-فلسطين.

12. ماس. المراقب الاجتماعي. عدد رقم (5). 2001. بيانات غير منشورة.

13. الجمعية الوطنية للكفيفات، 2001. مقابلة مع مسئولي الجمعية. البيرة-فلسطين.

14. جريدة الأيام (2002/11/19). تصريح صادر عن رئيس مركز الابتسامة التخصصي للعلاج الطبيعي. نابلس-فلسطين.

15. The Global Burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990.

Palestinian Central Bureau of Statistics

Dissemination and Analysis of Census Findings
Analytical Report Series

Persons with Special Needs

By:

Khalid Abu- Khalid **Haleama Al-Sabbah**

July, 2002

"Cover Price 3 US$"

Important Note:

- The ideas presented in this document do not necessarily express PCBS' official position.

- Calculation of rates and percentages from different sources is the responsibility of the researcher.

- Data presented in the first three chapters are related to the final result of the population actually enumerated in 10-24/12/1997 . However, they do not cover the Palestinian population living in Jerusalem governorate, which were annexed by Israel in 1967. Likewise, the results do not include the estimates of not enumerated population based on the findings of the post enumeration study.

- Data presented in chapters four and five are basically based on administrative sources. Therefore, quality of these data depends on the methodology of each data source.

© July, 2002
All rights reserved.

Suggested Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, 2002. *Dissemination and Analysis of Census Findings. Analytical Report Series (01), Persons with Special Needs.* Ramallah-Palestine.

All correspondence should be directed to:
Dissemination and Documentation Department\ Users Services Division
Palestinian Central Bureau of Statistics
P.O. Box 1647.
Ramallah-Palestine

Tel: (970-2) 240 6340 Fax: (970-2) 240 6343
E-mail: diwan@pcbs.pna.org Web-site: http://www.pcbs.org

Acknowledgement

Financial and technical support for the Dissemination, Analysis and Training for Effective Utilization of Census Findings project have been provided by the Palestine National Authority (PNA) through the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS), the British Government through the Department for International Development (DFID) and the United Nations Population Fund (UNFPA).

PCBS extends special thanks to the British Government, DFID and UNFPA for their support.

Preface

The Population, Housing and Establishment Census-1997 is the cornerstone of the efforts of developing reliable up-to-date and comprehensive socioeconomic database.

PCBS is conducting Dissemination, Analysis, and Training for Effective Utilization of Census Findings to enhance awareness among PNA, NGOs, and the private sector of available statistical data in general, and Census findings in particular, as well as their potential utilization and inter linkages with various socioeconomic conditions.

The outputs of the project cover the areas of dissemination, training and analysis of the Census findings. This includes producing a series of user-oriented reports at different levels of concern, including analytical, in-depth analysis, and summary reports, of which this report comes as one of the products in this regard.

We hope that this project will contribute to improving the living standards of the Palestinian society through strengthening the development planning process at various levels.

July, 2002

Hasan Abu Libdeh, Ph.D
National Director of the Census
President of PCBS

Summary

1. **Prevalence of disability among Palestinian population:**

- The rate of disabled Palestinians totals 1.8%, including 1.9% in the West Bank and 1.6% in Gaza Strip.

- According to gender classification, 2.1% of disabled people are males and 1.4% of them are females.

- More than half of the disabled persons reside in urban areas, while less than one third of them reside in rural areas and 17% live in refugee camps.

2. **Disabled persons by type of disability:**

- About one third of disabled persons have moving disability. The rate rises in the West Bank and among males (30.4% and 31.0% respectively).

- Moving disability is the highest and stands at (30.2%), including a high 30.4% for the West Bank and 29.8% for Gaza Strip.

- Seeing disability is the second disability and stands at (14.6%); it rises in Gaza Strip and among females.

- The rate of mental disability among the disabled is 14.5%. According to region-based variations, Gaza Strip registered a higher rate of mental imparity than the West Bank; however, there are no significant variations based on gender.

- Refugee camps registered the highest rate of moving and mental disabilities, while visual imparity prevailed in rural areas.

3. **Disabled persons by cause of disability:**

- More than two thirds (or 70.9%) of disabilities are congenital and disease-related.

- 39.3% of disabilities in Gaza Strip are congenital. The corresponding figures for females are 40.3%.

- 35.5% of disabilities in the West Bank are congenital, whereas 40.3% of the disabilities in the Palestinian Territory are of the same nature.

- In the Palestinian Territory, 38.8% of disabilities among females and 30.9% of disabilities among males are disease-related.

- The rate of disabilities resulting from wounds at armed clashes (i.e. the Intifada or Palestinian uprising), work injuries, and traffic accidents is higher among males than females (at an increase of 4.6%). Work related disabilities are 10 times higher among males than females and disabilities caused by traffic accidents are 1.5 times higher among males than females.

- Disease related disabilities are the highest among persons aged 60 years and over (63.3%), whereas congenital disabilities are the highest among persons under 15 years of age.

4. **Distribution of disabilities by type and cause:**

- Diseases are the main causes of seeing, hearing, and moving disabilities (46.7%, 44.2%, and 37.8% respectively).

- 54.6% of mental disabilities are congenital, while 25.8% of them are disease related.

5. **Disabled persons by age:**

- More than one quarter of disabled Palestinians are under 15 years of age.

- The rates of disabilities among males aged 15 years are higher than those among females of the same age.

- The rates of disabilities among females aged 60 years and over are higher than males of the same age group (23.6% and 16.7 % respectively).

- Moving disabilities constitute 25% of all disabilities among persons aged 15 years; such disabilities are mainly congenital.

6. **Social characteristics of disabled persons:**

- 40.7% of disabled males and 53.3% of disabled females have never been married.
- 49.1% of disabled persons are literate, while the percentage of disabled persons with secondary education and above is 8.9%.
- 25.6% of disabled persons are economically active, including 28.1% in the West Bank and 20.8% in Gaza Strip.

7. **Rehabilitation services:**

- According to 2000 figures, there are 97 rehabilitation centers in the Palestinian Territory, including 45 in the West Bank and 52 in Gaza Strip.
- The Ministry of Health supervises 15.5% of the rehabilitation centers. Local NGOs supervise 51.5%, international NGOs run 14.4% of the centers, and 16.5% are run by the private sector.

8. **Prevalence of disability during the AL-Aqsa Intifada (Uprising):**

- The rate of disabilities among the Palestinian population has risen to 3.5% during the Al Aqsa Intifada (an increase of 66.6% compared with 1997).
- The number of reported cases of Intifada related disabilities between September 29, 2000 and July 24, 2001 is 1396 of which 499 under 18 years of age.

- 186 of the Intifada related disabilities among those aged 18 years are terminal. However, 33.6% of the disabilities of the Intifada in 2000 are severe, 36.9% are moderate, and 29.5% are mild disabilities.

- 35.5% of the Intifada injuries, which caused disabilities, were in the legs, 19.7% were in the arms, and 21.4% were in the head and neck.