

إعادة بناء خدمات تأهيل مبتوري الأطراف في غزة



إعداد:
مؤسسة التعاون، ومؤسسة منيب وأنجلا المصري
ومعهد الصحة العالمية في الجامعة الأميركية في بيروت (AUB GHI)

بالتنسيق مع:
وزارة الصحة في فلسطين ومنظمة الصحة العالمية - الأرض الفلسطينية المحتلة

تشرين الأول / أكتوبر 2025



وزارة الصحة الفلسطينية
Palestinian Ministry of Health



3	المقدمة والشكر والتقدير
4	الملخص التنفيذي
5	نبذة عامة
6	المنهجية
8	السياق الحالي لخدمات التأهيل في غزة
11	جهود الاستجابة الحالية: مثقلة بالتحديات لكن الالتزام أكبر
13	مواطن قوة النظام ومؤشرات صموده
13	التحديات الرئيسية في لمحة
15	الإطار العام للعمل
16	المحور الأول: تقديم خدمات التأهيل واستدامة الرعاية
20	المحور الثاني: القوى الصحية العاملة في مجال التأهيل والأطراف الصناعية
23	المحور الثالث: الأدوية والتقنيات
29	المحور الرابع: نظم المعلومات الصحية للتأهيل
32	المحور الخامس: التمويل الصحي للتأهيل والأطراف الصناعية
37	المحور السادس: القيادة والحوكمة لنظم التأهيل
40	دعوة للعمل والاستدامة
41	الملحق (أ): مسارات المرضى قبل الحرب وأثناءها
44	المراجع

المقدمة والشكر والتقدير

هذه المبادرة، قبل كل شيء، مهداة إلى **شعب غزة**، إلى من تجلت فيهم العزيمة والكرامة في وجه الخسائر التي تفوق الوصف، فكانت مصدر الإلهام لهذا العمل. إلى المرضى - من الأطفال والنساء والرجال - الذين يتعايشون مع إصابتهم وبتر أطرافهم: إن صمودكم هو السبب في وجود هذا الائتلاف، فحسبكم في الحركة والاستقلال والكرامة هو جوهر كل جهد نبذله.

كما نتوجه بأسمى عبارات الاحترام والتقدير إلى **وزارة الصحة الفلسطينية، وإلى الكوادر الكفؤة في وحدة العلاج الطبيعي والتأهيل، وإلى كل العاملين في مجال الصحة والتأهيل، وإلى المنظمات المجتمعية التي تواصل تقديم الرعاية والأمل رغم النزوح والدمار والخسائر الإنسانية.** إن شجاعتكم هي التي تُبقي قطاع التأهيل صامداً حتى في أحلك الظروف.

كما نُقّر بالدور الحيوي الذي يؤديه **فريق عمل خدمات التأهيل والتابع لفريق عمل القطاع الصحي، تحت قيادة منظمة الصحة العالمية - الأرض الفلسطينية المحتلة**، فما قدمته من تعاون وتوجيه فني كان له دور محوري في صياغة هذه المبادرة وضمان توافقها مع أفضل الممارسات العالمية. وإلى جانب منظمة الصحة العالمية - الأرض الفلسطينية المحتلة، فقد ساهمت رؤى ومساهمات عدد لا يُحصى من الشركاء والجهات المعنية، من **العاملين المحليين بالقطاع الصحي إلى المنظمات الدولية**، في رسم خارطة الطريق هذه. إن أصواتكم هي التي رسخت هذا العمل ليتوافق مع واقع غزة اليومي، وجعلت منه استجابة حقيقية لاحتياجاتها الفعلية على الأرض.

ونود أن نعرب عن خالص امتناننا لمؤسسة **(Visualizing Palestine)** لسماحها لنا باستخدام رسومها البيانية، وكذلك على حملتها المتميزة "الخطوات المسروقة (Stolen Steps)" التي تسلط الضوء على الأثر الإنساني لأزمة مبدتوري الأطراف في غزة.

وبصفتنا شركاء في هذا الجهد - مؤسسة التعاون، ومؤسسة منيب وأنجلا المصري، ومعهد الصحة العالمية في الجامعة الأميركية في بيروت - ندرك أن دورنا يتجاوز مجرد حشد الموارد، ليشمل أيضاً الإصغاء والتعلم والمواكبة. فنحن **ملتزمون بدعم القيادة الفلسطينية**، وتعزيز التعاون الشامل، وترسيخ استخدام المعلومات المثبتة والابتكار، حتى لا تقتصر هذه المبادرة على إعادة الإعمار - بل تعيد الأمل وتصون الكرامة وتمنح فرصاً للنهوض من جديد.

وأخيراً، نُهدي هذا العمل إلى جميع من فقدوا حياتهم، وإلى الناجين الذين يواصلون تحمل أعباء الإصابة والمعاناة. عسى أن يكون هذا الجهد المشترك تكريماً لصمودهم، ومساهمة في **مستقبل يستطيع فيه كل إنسان في غزة أن يقف شامخاً ويمشي بثبات ويعيش بكرامة.**

ربي الغضبان

المدير التنفيذي

مؤسسة منيب وأنجلا المصري

غسان أبو ستة

كرسي الأستاذية في طب النزاعات

مدير برنامج طب النزاعات في

معهد الصحة العالمية

الجامعة الأميركية في بيروت

طارق امطيرة

المدير العام

مؤسسة التعاون

تواجه غزة أزمة غير مسبوقه في مجال خدمات التأهيل، فمع تجاوز عدد الشهداء الفلسطينيين 65000 والمصابين 167000 حتى أيلول/سبتمبر 2025، فإن التقديرات تشير إلى أن ما لا يقل عن ربع المصابين سيحتاجون إلى رعاية تأهيلية طويلة الأمد ومتعددة التخصصات. ومن بين هؤلاء فئة غير مسبوقه من الأطفال مبتوري الأطراف، ما يجعل غزة تسجل أعلى نسبة من الأطفال مبتوري الأطراف على مستوى العالم. وتُشكل هذه الحالة تحديات فريدة من نوعها، تشمل الحاجة المتكررة إلى مواءمة الأطراف الصناعية مع تقدم عمر الطفل، وتقديم خدمات متطورة في الدعم النفسي والاجتماعي، وتوفير خدمات الرعاية التأهيلية مدى الحياة.

ورغم هذا الاحتياج الهائل، فإن خدمات التأهيل في غزة ما تزال تعاني من نقص حاد في التمويل، وتفتقر إلى التنسيق، وتعتمد بشكل كبير على الجهات المانحة. إذ أن الخدمات تُقدّم من خلال عدد محدود من المراكز التي تتعامل مع حالات تفوق طاقتها الاستيعابية، وحالياً جميعها متوقفة عن العمل إلا مركزين فقط وبصورة جزئية، مع وجود أقل من عشرة اختصاصيين في الأطراف الصناعية في القطاع بأكمله. وتحظى المشاريع الإنسانية قصيرة الأمد، التي تركز على الرعاية الطارئة للإصابات، بالتمويل المتوفر حالياً، بينما تظل الاحتياجات طويلة الأمد للتأهيل دون تلبية.

استجابةً لذلك، أطلقت مؤسسة التعاون، ومؤسسة منيب وأنجلا المصري، ومعهد الصحة العالمية في الجامعة الأميركية في بيروت، وبالتنسيق الوثيق مع وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية في الأرض الفلسطينية المحتلة، مبادرة مشتركة تهدف إلى تطوير إطار عمل ائتلافي و خارطة طريق للتمويل لتطوير قطاع التأهيل في غزة. وقد تم الاخذ بعين الاعتبار آراء عدد كبير من الجهات المعنية لتحديد الفجوات التنظيمية ورسم مسار نحو التعافي المستدام.

أبرزت عملية التشاور مع الجهات المعنية وجود ثلاث ثغرات تمويلية حرجة:

1. **نقص حاد في التمويل واحتياجات غير ملبّاة** – إذ لم يتم تمويل سوى أقل من ربع النداء العاجل لعام 2025 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) في مجال الصحة.
2. **غياب مخصصات محددة** لتوفير الأطراف الصناعية وخدمات التأهيل للأطفال.
3. **تمويل غير منتظم وغير منصف** – يؤدي إلى تكرار الجهود في بعض المجالات مقابل ترك فجوات كبيرة في مجالات أخرى.

يقترح هذا التقرير نهجاً مزدوج المسار لتلبية هذه الاحتياجات:

- **المسار الأول – الحد من المخاطر (ستة أشهر):** يتضمن تدخلات سريعة لإنشاء وحدات متنقلة للأطراف الصناعية والتأهيل، وتعزيز الرعاية الصحية الأولية لتقديم خدمات رعاية ما قبل وما بعد تركيب الأطراف الصناعية، وبناء قدرات الكوادر بشكل عاجل، وتعزيز جهود إدخال المواد والمعدات اللازمة.
- **المسار الثاني – التعافي طويل الأمد للنظام الصحي: إنشاء صندوق الرعاية التأهيلية، وهو آلية تمويل مستقلة بقيادة فلسطينية** لجمع رأس المال العام والخيري والاستثمارات ذات الأثر لضمان استمرارية تقديم الرعاية، وإعادة بناء الأنظمة، ودمج البحوث العلمية وإنتاج الأدلة.

استناداً إلى المعايير العالمية للتكاليف (من منظمة الصحة العالمية، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وأطباء بلا حدود)، فإن توفير الأطراف الصناعية وأجهزة الحركة، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي الاجتماعي لما يُقدّر بنحو 6500 من المرضى المصابين بالبتّر في غزة سيتطلب حوالي 24 مليون دولار أمريكي سنوياً، وإلى جانبه استثمار رأسمالي لمرة واحدة يتراوح بين 10 و15 مليون دولار لإنشاء المرافق وإقامة ورشات العمل ومراكز التدريب. وسيصل إجمالي التمويل الذي يحتاج إليه القطاع إلى حوالي 480 مليون دولار أمريكي على مدى 20 عاماً.

سيضمن صندوق الرعاية التأهيلية استمرارية تقديم الخدمات الصحية، وسيستثمر في تعزيز النظام الصحي، وإدراج البحوث العلمية لاستقصاء أدلة علمية. كما سيتم إدارة الصندوق عبر مجلس مستقل للأمناء، وبدعم من أمانة تنفيذية فلسطينية، مع وجود أنظمة تمتاز بالشفافية للمتابعة وإعداد التقارير.

يقدم صندوق الرعاية التأهيلية للمانحين والشركاء آلية موثوقة وشفافة وشاملة لمواءمة الموارد مع احتياجات المرضى. فهو ليس مجرد أداة تمويلية، بل يمثل التزاماً بإعادة القدرة على الحركة والكرامة والفرص لمبتوري الأطراف في غزة، وبناء نظام تأهيلي مستدام يحتذى به على الصعيد العالمي.

تفاقت أزمة مبتوري الأطراف وقدرات إعادة التأهيل في غزة بشكل كبير. فوفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية بعنوان تقدير احتياجات التأهيل الناتجة عن الإصابات في غزة - سبتمبر 2025، فقد أصيب 167376 شخصاً، ويُقدَّر أن نحو 41844 منهم - أي حوالي 25% - يعانون من إصابات جسيمة تؤثر على حياتهم بشكل كبير، بما في ذلك البتر، وتستلزم خدمات تأهيل طويلة الأمد ومتعددة التخصصات.¹ ومن بين هؤلاء، هناك ما يُقدَّر بين 5000 إلى 6500 حالة بتر.² ويشكل الأطفال نسبة مرتفعة على نحو لافت، إذ يمثلون حوالي 25% من الإصابات المؤثرة على الحياة.²

تسجل غزة حالياً أعلى معدل لبتر الأطراف لدى الأطفال نسبة إلى عدد السكان على مستوى العالم.²

وفي الوقت نفسه، تعرّض سكان غزة للنزوح الجماعي المتكرر، وأصبحت إمكانية الحصول على خدمات تأهيلية محدودة جداً بسبب الدمار الواسع للبنية التحتية للمرافق الصحية. حيث أنه أقل من ثلث خدمات التأهيل التي كانت متاحة قبل الحرب ما تزال تعمل، ولا توجد أي خدمة للتأهيل تعمل بصورة كاملة.² هذا وقد أضرت الحرب كثيراً بقدرات القوى العاملة في هذا القطاع، حيث أفاد أحدث تقرير لمنظمة الصحة العالمية بأن ثمانية فقط من أخصائيي الأطراف الصناعية ما زالوا على رأس عملهم في غزة، ويقدمون خدمات محدودة للغاية في تركيب الأطراف الصناعية والتأهيل.²

تتطلب خدمات التأهيل الناجمة توافر نهج علاجي متعدد الاختصاصات ومرتکز على حاجة المريض، بحيث يشمل أخصائيي العظام والجراحة، وأخصائيي الأطراف الصناعية، وأخصائيي العلاج الطبيعي، والمتخصصين في الصحة النفسية، والدعم المجتمعي

لذا، فالوضع الحالي يستدعي اتخاذ إجراءات عاجلة لزيادة إمكانية وصول المصابين إلى الخدمات، وتعزيز التنسيق، والتخطيط لنظام تأهيلي قابل للتوسع. ويجب اعتماد نهج ائتلافي لتوحيد الجهات الداعمة، وحشد الموارد، وتطوير خارطة طريق موحدة.

المبادرة

استجابةً لهذه الأزمة، فقد أطلقت مبادرة مشتركة من قبل مؤسسة التعاون، ومؤسسة منيب وأنجلا المصري، ومعهد الصحة العالمية في الجامعة الأميركية في بيروت، وبالتنسيق الوثيق مع وزارة الصحة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية في الأرض الفلسطينية المحتلة. ومن خلال سلسلة من المشاورات مع الجهات المعنية، فإن هذه المبادرة تجمع الشركاء الرئيسيين لتحديد الاحتياجات وصياغة استجابة مستدامة وشاملة تهدف إلى إعادة القدرة على الحركة والكرامة ومنح الفرص للأشخاص مبتوري الأطراف في غزة.

الهدف العام هو تطوير إطار عمل مشترك يمكن أن يحدد معالم الطريق للتدخلات الفورية ولتعاافي النظام على المدى الطويل، بدءاً من تلبية الاحتياجات العاجلة للأشخاص مبتوري الأطراف، ووصولاً إلى تعزيز خدمات التأهيل لتمكين من تقديم خدماتها لكل المحتاجين إلى رعاية.

ويهدف هذا التقرير إلى إعطاء الجهات المانحة والشركاء المنفذين صورة واضحة عن الاحتياجات والفرص المتاحة للتدخلات المنسقة، وذلك في إطار "اللبنة الأساسية" للنظام الصحي التابع لمنظمة الصحة العالمية. كما يقدم خارطة طريق للتدخلات التي تربط بين الاستجابة الطارئة والتعافي على المدى الطويل، لضمان أن الموارد المتاحة ستعمل على تحقيق الاستفادة من خلال إعادة بناء خدمات التأهيل في غزة للأشخاص مبتوري الأطراف نتيجة الحرب.

الرسم من "Visualizing Palestine"، بعنوان "خطوات مسروقة".

¹ WHO, *Estimating Trauma Rehabilitation Needs in Gaza: September 2025 Update*, September 2025.

² UNRWA, *If Not for the Sake of Anyone Else, Then at Least for Children...* (Official Statement), 2025.

تلتزم هذه المبادرة بالارتكاز على الواقع الحالي في غزة. لذلك، فقد حرصت منهجيتها على إشراك الجهات المعنية بشكل فعال باستخدام أطر عمل معترف بها دولياً وذلك لغايات تنظيم العمل وتوجيهه.

إشراك الجهات المعنية والملكية والقيادة المحلية

بين يوليو وسبتمبر 2025، أجرى الفريق مقابلات معمقة وسلسلة من المشاورات عبر الإنترنت مع أهم الأشخاص المعنيين بمنظومة التأهيل في غزة والضفة الغربية، بما في ذلك هيئات التنسيق التابعة لقسم العلاج الطبيعي والتأهيل، والجراحين، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وفنبي الأطراف الصناعية، وأخصائيي التأهيل المجتمعي، والمتخصصين في الصحة النفسية، والوكالات الدولية للتنمية. وقد ضمن هذا المسار أن تكون وجهات نظر العاملين مباشرة مع مبتوري الأطراف محور التقييم، تعزيزاً للملكية المحلية والملائمة العملية للنتائج.

أطر العمل المستخدمة

لتنظيم البحث وتوجيه تصميم التدخلات، استند التحليل على اللبنة الأساسية للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية (2010)³ والتأهيل 2030: دعوة للعمل (2017)⁴. وعلى الرغم من أن هذه الأطر لم تُصمَّم أصلاً للسياقات المتعلقة بحالات البتر الجماعي الناتج عن النزاعات، فقد وُقِّرت أساساً منهجياً لتقييم الفجوات وتحديد الفرص في منظومة خدمات التأهيل. وتم الاستعانة بها لتحديد المجالات التي يجب التركيز عليها دون أن يتم استخدامها كأدوات تقييم مُلزمة، مما ضمن أن يظل التحليل شاملاً ومتوافقاً مع المعايير الدولية.

ملاحظة عن البيانات

تم إجراء المقابلات وجمع البيانات المستخدمة في هذا التقرير خلال الفترة من يوليو إلى سبتمبر 2025، وهي تعكس أحدث المعلومات المتاحة في ذلك الوقت. وقد واجه فريق العمل تحديات كبيرة في تنفيذ المقابلات نتيجة محدودية الاتصال بالإنترنت واعتبارات السلامة الميدانية. وكما هو الحال في أي سياق إنساني متقلب، تبقى البيانات عرضة للتغير بطبيعتها؛ ومع ذلك، فإن المعلومات المقدمة هنا تمثل تقديراً موثوقاً لحجم الاحتياجات الراهنة، وتشكل أفضل قاعدة متاحة لتوجيه الاستجابة العاجلة. وينبغي التنويه إلى أن التحقق الدقيق والشامل من هذه البيانات لن يكون ممكناً إلا بعد استعادة الاستقرار في قطاع غزة.

³ WHO, *Monitoring the Building Blocks of Health Systems*, 2010.

⁴ WHO, *Rehabilitation 2030: A Call for Action*, 2017.

الإطار الإرشادي للعمل

اللبنة الأساسية للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية (2010)
يحدد إطار اللبنة الأساسية للنظام الصحي ستة عناصر أساسية لأي نظام صحي:

2. القوى العاملة الصحية: مهنيون مدربون ضمن النظام الصحي.



1. التمويل: تدفقات مالية متوقعة وعادلة.



4. نظم المعلومات الصحية: توافر البيانات للتخطيط والمتابعة والتقييم والمساءلة.



3. تقديم الخدمات الصحية: رعاية صحية متكاملة متاحة وذات جودة



6. الحوكمة والقيادة: التنسيق وإرساء المعايير والمساءلة.



5. الأدوية والتقنيات: آمنة ومثبتة علمياً ويمكن صيانتها.



في هذا التقرير، لم تُستخدم هذه اللبنة كتصنيفات مُلزمة، بل كأطر تنظيمية لتحليل الفجوات وتصميم التدخلات في نظام خدمات التأهيل لغزة.

الإطار الإرشادي للعمل

التأهيل 2030: دعوة للعمل (منظمة الصحة العالمية، 2017)
يؤكد إطار التأهيل 2030 على أن التأهيل ليس عنصراً ثانوياً، بل جزءاً أساسياً من التغطية الصحية الشاملة، وتشمل أولوياته ما يلي:

- تعزيز قدرات القوى العاملة في مجال الرعاية التأهيلية.
- دمج خدمات الرعاية التأهيلية ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية وضمن الخدمات الصحية المتكاملة.
- بناء نظم معلومات صحية قوية لتتبع المرضى وقياس النتائج.
- ضمان الاستدامة من خلال استثمارات طويلة الأجل، وليس من خلال المشاريع قصيرة الأجل.

في سياق غزة، تذكّرنا وثيقة " التأهيل 2030 " بأن الأطراف الاصطناعية ليست سوى عنصراً واحداً من الرعاية؛ إذ يجب أن تكون الرعاية التأهيلية مستمرة، وتضم تخصصات متعددة وتكون جزءاً من النظام الصحي.

السياق الحالي لخدمات التأهيل في غزة

يشهد نظام خدمات التأهيل في غزة ضغوطاً غير مسبوقه. فبينما كان يتطور تدريجياً نحو سلسلة متكاملة من الرعاية الطبية الحرجة والعناية بالأطراف الصناعية، والرعاية الاجتماعية، فإن النظام يتعرض حالياً للتفكك نتيجة تدمير المنشآت، وظروف الحصار، والنزوح المتكرر (انظر إلى الملحق أ لمقارنة مسارات المرضى في غزة قبل الحرب وخلالها).

مسار علاج مبتوري الأطراف قبل الحرب

قبل الحرب الحالية، كان مسار علاج مبتوري الأطراف في غزة يتطور ليصبح منظومة متكاملة من الرعاية الصحية، إذ كانت الإصابات الحادة تُعالج على يد جراحين متخصصين في إعادة إصلاح وترميم الأطراف المبتورة، مع إعطاء الأولوية للحفاظ على الطرف المصاب متى أمكن ذلك. وكان المرضى يتلقون العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، ويستخدمون الأجهزة المساعدة خلال فترة الإقامة في المستشفى، مع توفر أسرة للتأهيل للحالات المعقدة.

كان يتم تحويل مبتوري الأطراف إلى مركزين متخصصين بالأطراف الصناعية، حيث يتم تقييم الحالات من قبل فريق طبي متكامل ومتعدد التخصصات، ويتم توفير زيارات متابعة وتقديم خدمات صيانة دائمة للأطراف الصناعية. وامتلكت خدمات تركيب الأطراف الصناعية أجهزة متقدمة منحها مشاريع تدعمها منظمات غير حكومية. كما تم توفير فرص لإعادة الدمج مع المجتمع من خلال توفير فرص للتدريب المهني، وبرامج الرياضات التكيفية، والمبادرات التي تقودها المنظمات غير الحكومية لدعم الاستقلالية وتسهيل سبل العيش.⁵

السياق الحالي

أبرزت المشاورات مع الجهات المعنية انهيار نظام الرعاية التأهيلية في غزة تحت وطأة ثلاثة عوامل مدمرة:

- **الهجوم العسكري:** تدمير المنشآت، وفاة أو تشريد الكوادر المتخصصة، تدفق أعداد هائلة من الحالات، وفقدان القدرة على إنقاذ الأطراف من البتر.
- **الحصار وقيود الإمدادات:** نقص حاد في الأدوية والمواد الجراحية والأجهزة المساعدة والغذاء والأطراف الصناعية.
- **الإخلاء والنزوح:** نزوح المرضى والكوادر بشكل متكرر، وفقدان القدرة على تقديم الرعاية الصحية بشكل مستمر، وإخلاء الخدمات قبل تشغيلها.

يعتمد هذه الجزء، والمستند على ما ورد في المقابلات مع الجهات المعنية (يوليو-سبتمبر 2025) والبيانات الثانوية الداعمة، إلى عرض الوضع الحالي للتأهيل ومسار علاج مبتوري الأطراف من خلال وجهتين متكاملتين: أولاً، باستخدام لبنات بناء النظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية لتوضيح واقع النظام، وثانياً، عبر رحلة رعاية مبتوري الأطراف لتسليط الضوء على التجربة الفعلية للمرضى أثناء تنقلهم عبر مراحل الرعاية المختلفة.

لمحة عامة: الوضع الحالي لنظام الرعاية التأهيلية (اللبات الأساسية للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية)

الخدمات الصحية مجزأة تهيمن عليها الرعاية الطارئة للإصابات الرضية. انهيار القدرة على إعادة بناء الأطراف، ومسارات تحويل الحالات أصبحت واهنة، وأصبحت معظم خدمات الرعاية الصحية الأولية والتأهيل المجتمعي غير فعالة



تقديم الخدمات

انخفاض بنسبة 62% في عدد مرافق التأهيل مقارنة بما قبل الحرب، ولا يوجد أي مرافق يعمل بكامل طاقته.²

نقص حاد في أخصائيي العلاج الطبيعي، وتركيب الأطراف الصناعية، والعلاج الوظيفي، ومقدمي خدمات الصحة النفسية. تعطلت مسارات التدريب، ونزح أو قتل العديد من المهنيين. فرص التدريب داخل البلاد متوقفة.



القوى العاملة الصحية

لا يزال هناك 8 فنيي تركيب أطراف صناعية مزاولين للمهنة. لم يتخرج أي اختصاصي جديد في تركيب الأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية منذ أواخر عام 2023.²

يوجد نظام تسجيل الكتروني مركزي ويُستخدم لتتبع الحالات في القطاع. ومع ذلك، لا تزال التغطية والتحقق غير مكتملة بسبب النزوح والعوائق أمام الوصول للخدمات، كما أن البيانات المتاحة لتتبع المرضى محدودة.



نظم المعلومات الصحية

يُقدَّر وقوع 5000-6500 حالة بتر منذ أكتوبر 2023، من بينها 1250-1625 طفل.²

تخضع الواردات من مواد صناعة الأطراف الصناعية والأجهزة المساعدة إلى قيود شديدة. شارف المخزون على النفاد. توجد ابتكارات محلية (مثل "modular sockets" والطباعة ثلاثية الأبعاد)، لكنها لا تزال في المراحل التجريبية.



الأدوية والتقنيات

يُقدَّر أن هناك حاجة إلى نحو 6000 طرف صناعي.⁶

تعتمد الرعاية التأهيلية اعتماداً شبه كامل على المساعدات الإنسانية قصيرة الأجل. التمويل مجزأ بين المشاريع، مما يؤدي إلى غياب التمويل المستدام للتأهيل على المدى الطويل، أو لصيانة الأطراف الصناعية، أو لتعزيز النظام.



التمويل

تمت تلبية ما يقارب 20% فقط من احتياجات الأجهزة 2024-2025.⁷

هناك هيئة تنسيق مخصصة لخدمات التأهيل تعمل على تحديد الخدمات، وجمع الشركاء، وإصدار التوجيهات الفنية. وتم إنشاء لجنة فنية للأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية لوضع المعايير والإشراف عليها. ومع ذلك، لا يزال التوجيه الاستراتيجي والتخطيط طويل الأجل ضعيفين، وتظل التدخلات في الغالب قائمة على المشاريع وحالات الطوارئ.



الحوكمة والقيادة

آلية التنسيق نشطة؛ اللجنة الفنية للأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية قيد الإنشاء (2025).

⁶ Humanity & Inclusion, *More than 6 Thousand Prosthetic Limbs Needed in Gaza*, Press release, June 2025.

⁷ OCHA, *Financial Tracking Service – Flash Appeal 2025 Funding Progress*, 2025.

لمحة عامة: الوضع الحالي - مسار رعاية مبتوري الأطراف

لا تزال المستشفيات مثقلة فوق طاقتها، وتعمل غالباً بأكثر من ثلاثة أضعاف قدرتها الاستيعابية. انهيارت خدمات إنقاذ الأطراف إلى حد كبير نتيجة تدمير الوحدات الجراحية، وفقدان الكوادر الصحية الماهرة، والنقص الحاد في الإمدادات. تجرى العديد من عمليات البتر في ظروف قاسية مع إزدياد مخاطر العدوى. كما أن حالات الخروج المبكر من المستشفيات قد أصبحت شائعة نظراً للحاجة الماسة إلى الأسرة للحالات الجديدة الناجمة عن الإصابات الرضية.



الرعاية الطارئة والحادة

خدمات العلاج الطبيعي والعناية بالجروح غير منتظمة. يُصرَّح بخروج العديد من المرضى دون حصولهم على أجهزة مساعدة للحركة، مما يؤخر التعافي ويزيد خطر الإعاقة طويلة الأمد. لا يزال الدعم النفسي الاجتماعي محدوداً، رغم إدخال خدمات مجتمعية وعن بُعد في أماكن الإيواء والمخيمات لمحاولة سد الثغرات.



التأهيل المبكر

وثق نظام التسجيل المركزي آلاف الحالات الجديدة من مبتوري الأطراف. ومع ذلك، فإن نقص المواد، وتضرر المرافق الصحية، وقلة اختصاصيي الأطراف الصناعية يعني تأخر معالجة معظم المرضى لفترات طويلة. تتفاوت جودة ومتانة الأجهزة، بينما التغطية للأطفال محدودة للغاية. بدأت بعض المراكز في تجميع الكوادر وتنسيق الرعاية للوصول إلى المرضى النازحين.



تركيب الأطراف الصناعية

إمكانية الوصول للخدمات محدودة للغاية، وقوائم الانتظار تتجاوز الطاقة الاستيعابية المتاحة. لا يزال التأهيل المجتمعي ضعيفاً، رغم بدء بعض المبادرات الميدانية مجدداً. ترتفع المضاعفات الثانوية والتي يمكن تفاديها بشكل حاد (مثل تقرحات الفراش والتقلصات العضلية) بسبب عدم متابعة المرضى.



التأهيل طويل الامد

يؤدي البتر إلى آثار نفسية واجتماعية خطيرة، تشمل الوصم والعزلة وفقدان سبل العيش. تقدّم خدمات الدعم النفسي الاجتماعي في المدارس والمخيمات ونقاط الخدمات الشاملة، غير أن الاحتياجات تفوق الموارد المتاحة بكثير.



الدعم النفسي الاجتماعي وإعادة الدمج في المجتمع

جهود الاستجابة الحالية: مثقلة بالتحديات لكن الالتزام أكبر

يستمر نظام الاستجابة في مجال التأهيل في غزة بفضل شبكة من الجهات الفاعلة المثابرة رغم إنهاكها الشديد. تتحمّل وزارة الصحة المسؤولية العامة، وتعمل بالتعاون مع منظمات المجتمع المدني والشركاء الدوليين، وتتولى القيادة المشتركة لفريق العمل المعني بالتأهيل مع مكتب منظمة الصحة العالمية في الأرض الفلسطينية المحتلة ومنظمة الإنسانية والدمج (HI). وتضطلع هذه الهيئة بدور محوري في تحديد أماكن الخدمات، وتنسيق جهود الشركاء، وإصدار التوجيهات الفنية.⁸

وفي أثناء المشاورات مع أعضاء فريق العمل واختصاصيي الأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية، بينت الجهات المعنية أهمية العقبات الجسيمة التي تواجههم والجهود التكيفية الجارية للتغلب عليها. فقد أصبحت **خدمات التأهيل في المستشفيات** تعمل اليوم بقدرة لا تتجاوز جزءاً يسيراً مما كانت عليه سابقاً، في حين انهارت معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية وتوقفت أنشطة التوعية والتواصل الميداني. وتُعدّ **رعاية مبتوري الأطراف** من أكثر المجالات حرّجاً بسبب محدودية الكوادر والإمدادات. كما تقلصت خدمات **التأهيل طويلة الأمد**، مع تفاوت واضح في إمكانية الوصول إليها من مختلف مناطق قطاع غزة، بينما استمر تقديم الدعم **النفسي الاجتماعي** في المدارس وأماكن الإيواء والمراكز المجتمعية بفضل جهود الفاعلين المحليين.

وعلى الرغم من الضغط الهائل، أكّدت الجهات المعنية التزامها الثابت باستمرارية الخدمات وسلامتها، مشددين على أن جميع التدخلات يجب أن تظل قائمة على الأدلة العلمية وأن تكون مستدامة.

الرسم من "Visualizing Palestine"، بعنوان "خطوات مسروقة".

لمحة عن الجهات المستجيبة⁹

تتحمل المسؤولية العامة عن القطاع الصحي؛ تقدم خدمات محدودة للتأهيل للمرضى المقيمين أو الزائرين للمستشفيات؛ تشارك في قيادة فريق العمل المعني بالتأهيل بالتعاون مع مكتب منظمة الصحة العالمية في الأرض الفلسطينية المحتلة ومنظمة الإنسانية والدمج (HI).

تشارك في قيادة فريق العمل المعني بالتأهيل؛ تقدم التوجيهات والمعايير الفنية؛ تقود الجهود العالمية لإعادة تشغيل خدمات ترميم الأطراف؛ وتنسق مشاركة المانحين وتقديم المساعدة الفنية الدولية.

تشارك في قيادة فريق العمل المعني بالتأهيل؛ تقدم الخبرة الفنية؛ تدعم خدمات التأهيل عن بُعد؛ وتيسر أنشطة التوعية من خلال منهجيات التأهيل المجتمعية.

تدعم نظام التسجيل (وزارة الصحة - اللجنة الدولية للصليب الأحمر - منظمة الصحة العالمية)؛ تقدم الدعم الفني والمادي لإنتاج وتركيب الأطراف الصناعية؛ تدعم مبادرات إعادة بناء الأطراف؛ وتدرّب وتُشرف على كوادر التأهيل المحلية؛ وتيسر الدعم الطبي والجراحي في حالات الطوارئ.

يقدم خدمات الأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية، والعلاج الطبيعي، وتأهيل مبتوري الأطراف والأشخاص ذوي الإعاقة؛ ويتعاون مع شركاء دوليين في مجالات التدريب وتوفير المواد.

مستشفى متخصص في خدمات التأهيل في غزة يقدم خدمات الأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية والعلاج الطبيعي والتأهيل لمرضى المستشفى؛ ويُعد نقطة إحالة رئيسية لمبتوري الأطراف.

يقدم خدمات التأهيل طويلة الأجل لمرضاه، ورعاية المسنين، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي؛ ويُعد مركز إحالة رئيسي للمرضى ذوي الإعاقات الشديدة واحتياجات التأهيل المزمّنة.

يعمل كمستشفى إحالة رئيسي ومركز لعمليات بتر الأطراف؛ يقدم خدمات الرعاية الطارئة للإصابات والجراحات المنقذة للحياة، بما في ذلك عمليات البتر.

تُدير برامج التأهيل المجتمعية وعيادات متنقلة وخدمات التوعية، بما في ذلك الدعم النفسي الاجتماعي للنازحين.

يقدم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS)، ويُنفذ تجارب للرعاية المتكاملة، ويوفر الدعم النفسي الاجتماعي في المدارس وأماكن الإيواء.

تقدم الرعاية الصحية الأولية للنازحين؛ تدعم إحالات لخدمات التأهيل؛ تدمج الدعم النفسي الاجتماعي في المدارس؛ وتشغل مراكز صحية في المخيمات.

توفر فرقاً جراحية متخصصة ومرافق في الأردن لإجراء الجراحات الترميمية المعقدة؛ وتشغل وحدات طبية وتأهيلية متنقلة في غزة، بما في ذلك خدمات الأطراف الصناعية والخدمات الميدانية للنازحين.

تقدم أنشطة ميدانية آتية، ودعمًا نفسياً اجتماعياً، وتوفيراً محدوداً للأجهزة المساعدة؛ وتعمل على توسيع نطاق خدمات التأهيل المجتمعية.

وزارة الصحة

منظمة الصحة العالمية في الأرض الفلسطينية المحتلة

منظمة الإنسانية والدمج (HI)

اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)

مركز الأطراف الصناعية وشلل الأطفال (ALPC)

مستشفى سمو الشيخ حمد للتأهيل والأطراف الصناعية

مستشفى الوفاء

مستشفى ناصر

جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية (PMRS)

برنامج غزة للصحة النفسية المجتمعية (GCMHP)

وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا - UNRWA)

جمعية استعادة الأمل (RHS) بالتعاون مع الخدمات الطبية الملكية، الأردن

منظمات المجتمع المدني والمنظمات المحلية غير الحكومية

⁹ Author's compilation based on stakeholder consultations and public sources, August 2025. This table presents the main actors engaged in rehabilitation response in Gaza. It is not intended as an exclusive or exhaustive account.

مواطن قوة النظام ومؤشرات صموده

رغم الضغوط الهائلة، برزت نقاط قوة مهمة تُظهر قدرة النظام الصحي ونظام التأهيل في غزة على الصمود والإبداع. وبناءً على المشاورات مع الجهات المعنية، أصبح بإمكان المرضى اليوم تسجيل إصاباتهم وإحالة أنفسهم لتلقي خدمات تركيب الأطراف الصناعية عبر نظام إحالة إلكتروني منسّق بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية واللجنة الدولية للصليب الأحمر. ويُعدّ هذا النظام، رغم أنه لا يزال قيد التطوير، خطوة بارزة نحو توحيد مظلة الخدمات وضمان رصد حالات البتر الجديدة. كما تُبذل جهود دولية لإعادة تشغيل خدمات ترميم الأطراف محلياً، بما في ذلك تنظيم برامج تدريب جراحي تهدف إلى تحسين النتائج طويلة الأجل.

وللتغلب على عوائق الوصول إلى الخدمات، تم إدخال خدمات افتراضية تشمل العلاج الطبيعي، والدعم في مجال الصحة النفسية، والاستشارات والمتابعات الطبية عن بُعد. وعلى أرض الواقع، تتعاون مراكز الأطراف الصناعية بشكل وثيق، من خلال تجميع الكوادر وتنسيق الرعاية بين المرافق لضمان الوصول حتى إلى المرضى النازحين. كما تسهم الجهات المجتمعية في توسيع نطاق خدمات التأهيل وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي في المدارس والمخيمات والنقاط الطبية. وقد تم كذلك إنشاء نقاط خدمة متكاملة تُقدّم الرعاية بالجروح، و التأهيل، والدعم النفسي الاجتماعي في موقع واحد، لتخفيف أعباء التنقل عن المرضى.

تُظهر هذه الجهود أنه حتى في ظل أوضاع مدمّرة، يمكن ابتكار حلول تكيفية فعالة. وتشكل هذه المبادرات قاعدة من الصمود يمكن للمانحين دعمها وتوسيع نطاقها، بما يُسهم في تحويل الاستجابات الطارئة المجزأة إلى نظام تأهيل أكثر ترابطاً واستدامة في غزة.

وبالاستناد إلى هذه التكيّفات الهشّة ولكن الحيوية، تُعد الحاجة ملحة إلى وضع إطار عمل واضح لتحويل استراتيجيات التأقلم الطارئة إلى نظام تأهيل مستدام ومنسّق يخدم سكان غزة على المدى الطويل.

التحديات الرئيسية في لمحة

- **عدم العدالة الجغرافية:** تتركّز الخدمات في شمال غزة، مما يجعل المناطق الوسطى والجنوبية محرومة إلى حدّ كبير.
- **انهيار البنية التحتية:** معظم مراكز الرعاية الأولية ووحدات التأهيل المتخصصة مغلقة، ولم يتبقّ سوى عدد قليل من المستشفيات التي تعمل بشكل جزئي.
- **نقص القوى العاملة:** لا يتجاوز عدد المتخصصين المؤهلين في مجال الأطراف الاصطناعية ثمانية أشخاص، مقابل الآلاف من حالات البتر الجديدة.
- **ندرة المواد والمستلزمات:** تؤدي القيود الشديدة على استيراد الأطراف الاصطناعية وأجهزة المساعدة على الحركة ومعدات إعادة التأهيل إلى تقييد تقديم الخدمات.
- **ثغرات في استمرارية الرعاية:** غياب المتابعة الطبية المنتظمة يؤدي إلى مضاعفات يمكن الوقاية منها.
- **الطلب المتزايد:** قوائم الانتظار لخدمات التأهيل طويلة الأمد تفوق القدرة المتاحة، مع تسجيل حالات جديدة بشكل يومي.

نقاط قوة النظام – لمحة عامة

حلول لتعزيز إمكانية الوصول إلى الخدمات

- **الإحالة الذاتية:** أصبح بإمكان المرضى تسجيل إصاباتهم وإحالة أنفسهم للحصول على رعاية الأطراف الاصطناعية من خلال نظام إلكتروني مخصص.
- **الرعاية الافتراضية:** تُقدّم خدمات العلاج الطبيعي والدعم النفسي والمتابعة الطبية عن بُعد لتجاوز معيقات الوصول إلى الخدمات.

حلول لتعزيز إمكانية الوصول إلى الخدمات

- **إعادة بناء الأطراف:** تُبذل جهود لإعادة تشغيل خدمات إعادة بناء الأطراف محلياً، مدعومة ببرامج تدريب جراحية تهدف إلى تحسين النتائج على المدى الطويل.
- **التعاون في مجال الأطراف الصناعية:** تعمل المراكز على تجميع الكوادر وتنسيق الرعاية لضمان استمرارية الخدمات للمرضى النازحين.
- **نقاط الخدمات المتكاملة:** أنشئت مراكز "الخدمة الموحدة" التي تجمع بين رعاية الجروح والتأهيل والدعم النفسي في موقع واحد لتخفيف عبء التنقل على المرضى.

حلول لتعزيز إمكانية الوصول إلى الخدمات

- **توسيع نطاق الخدمات:** يقوم فاعلون مجتمعيون بزيادة أنشطة التأهيل والدعم النفسي الاجتماعي في المدارس والنقاط الطبية والمخيمات لتوسيع نطاق الوصول إلى المرضى.



من الحوار إلى التوجّه الاستراتيجي

يتفق الشركاء المشاركون في هذه المبادرة على أن إعادة بناء نظام التأهيل في غزة لا يمكن تحقيقه من خلال مشروعات منفصلة أو حلول قصيرة الأجل. فقد أوضحت المشاورات أن المطلوب هو إطار عمل منسق يمنع الازدواجية، ويضمن استمرارية الرعاية، ويضع الأساس لنظام يتميز بالمرونة والعدالة.

ولتوفير هذه الهيكلية، فقد تم تكييف اللبنة الأساسية للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية لتكون الإطار المنظم لهذا الجهد. ويغطي هذا النموذج مجالات القيادة والحوكمة، والتمويل، وتقديم الخدمات، والقوى العاملة الصحية، ونظم المعلومات الصحية، وإمكانية الحصول على التقنيات الأساسية، بما يوفّر منظوراً شاملاً لتحديد الثغرات، ووضع الأولويات، وترتيب التدخلات.

ويُعد هذا الإطار خارطة طريق مشتركة للعمل، تُرشد المانحين والجهات المنفذة والشركاء المحليين نحو مواءمة الموارد والخبرات. وتحوّل حزم التدخلات الواردة في الأقسام التالية من هذه الخارطة إلى مقترحات عملية توفّر نقاط دخول واضحة للاستثمار والتعاون. وتمثّل هذه الحزم نقطة انطلاق للعمل الجماعي، وستحتاج إلى مزيد من التطوير بالتعاون مع الجهات المعنية لضمان تنفيذها بشكل فعّال ومستدام.

هيكل خارطة الطريق

يتكون هذا الإطار من ست محاور أساسية، تماثل كلّ منها أحد اللبنة الأساسية للنظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية، ألا وهي: القوى العاملة الصحية، وتقديم الخدمات، والتكنولوجيا، ونظم المعلومات الصحية، والتمويل، والحوكمة. يُقدّم كل فصل منها مبررات العمل، ويعرض الاحتياجات المستخلصة، ويقترح حزمة من التدخلات مصمّمة وفق أطر استثمارية متدرجة، إضافةً إلى عرض فرص التعاون وتقديم أمثلة توضيحية.

وعلى الرغم من إمكانية قراءة كل محور بشكل مستقل، إلا أنها ترتبط ببعضها البعض ارتباطاً وثيقاً؛ إذ ينبغي أن يدعم التمويل جميع المحاور الأخرى؛ وتُعدّ قدرات القوى العاملة الصحية عنصراً أساسياً في تقديم الخدمات؛ بينما تتطلب التكنولوجيا كلاً من التمويل والكوادر المدربة؛ وتشكل نظم المعلومات الصحية العمود الفقري للتخطيط؛ أما الحوكمة فهي التي تربط جميع هذه المحاور ببعضها في منظومة واحدة. ومن خلال تكاملها، تُشكّل المحاور الست إطاراً متماسكاً وخارطة طريق شاملة للانتقال من الاستجابة الطارئة إلى التعافي المنظم والمستدام للنظام الصحي.

المحور الأول: تقديم خدمات التأهيل واستدامة الرعاية

مبشرات العمل

أدى الإدمار الواسع الذي لحق بالنظام الصحي في غزة إلى جعل خدمات التأهيل شحيحة وغير متكاملة، ومحدودة الموارد، وغالباً غير متاحة. ويُعدّ حجم الاحتياج الحالي غير مسبوق.

حقائق أساسية: أزمة الرعاية التأهيلية وحالات بتر الأطراف في غزة (منظمة الصحة العالمية، سبتمبر 2025)²

41844 شخصاً (~25%) يعانون من إصابات مغيرة للحياة.

167376 شخصاً تعرضوا لإصابات منذ أكتوبر 2023.

5000-6500 حالة بتر.

يمثل الأطفال 25% من جميع الإصابات المغيرة للحياة.

أبلغت وزارة الصحة عن 840 حالة بتر للأطفال (حوالي 17% من إجمالي حالات البتر).

أصبحت غزة تمتلك أعلى معدل بتر للأطفال بالنسبة لعدد السكان عالمياً.

لا يزال ثمانية اختصاصيين فقط في الأطراف الصناعية يزاولون مهنتهم، ويقدمون خدمات محدودة جداً في ظل قيود شديدة.

انخفاض مرافق التأهيل بنسبة 62% مقارنة بما قبل الحرب؛ ولا يوجد أي مرفق يعمل بكامل طاقته.

تُقدّم خدمات التأهيل اليوم بشكل غير منظم وعشوائي، عبر ترتيبات مؤقتة من المنظمات غير الحكومية أو من خلال أقسام المستشفيات المكتظة، دون وجود نظام مؤسسي لتقديم خدمات. وبالإضافة إلى تدمير المرافق الصحية، فإن تقديم الخدمات يواجه قيوداً كبيرة نتيجة مشكلات التنقل للوصول للخدمات بسبب دمار البنية التحتية. إذ انهارت البنية التحتية في غزة إلى حدّ كبير، مما يجعل المرضى غير قادرين على الوصول إلى مراكز التأهيل حتى عندما تكون هذه المراكز عاملة. وبالنسبة لمبتوري الأطراف، لا سيما من الأطفال وكبار السن، فإن النزوح المتكرر يفاقم هذه العقبات؛ فكل نزوح يؤدي إلى انقطاع استمرارية الرعاية. وبدون توفر خدمات متنقلة، سيظل غالبية مبتوري الأطراف غير مشمولين بالخدمات.

كما أكد مقدمو الرعاية أن تقديم الخدمات يقوم إلى حد كبير على تقديم الاستجابة الطارئة، وذلك بهدف الحفاظ على حياة المصابين بدلاً من التركيز على سبل التأهيل طويلة الأمد. لذا يحصل العديد من مبتوري الأطراف على طرف صناعي دون تلقي متابعة علاجية منتظمة، بينما يتلقى آخرون جلسات تأهيل دون الحصول على طرف صناعي. ويؤدي غياب وجود مسارات موحدة للرعاية إلى تكرار بعض الخدمات لبعض المرضى، في حين يُستبعد آخرون كلياً من الحصول على الرعاية. وتُعد هذه الثغرات كبيرة للأطفال؛ إذ أن إعادة التأهيل للأطفال — والتي يجب أن تشمل موائمة الطرف الصناعي للطفل مع تقدمه بالعمر، والعلاج الطبيعي، والعلاج القائم على اللعب، والدعم التعليمي — غير متوفرة.

الاحتياجات المستخلصة

استناداً إلى المقابلات التي تم إجراؤها مع الجهات المعنية ومن خلال تحليل البيانات المتاحة، يمكن تلخيص ثغرات تقديم الخدمات في ثلاثة مجالات أولوية:

1. التكامل والعدالة عبر مسار الرعاية

- يجب أن تتجاوز خدمات التأهيل التدخلات الطارئة المؤقتة لتصبح مساراً منظماً ومستداماً للرعاية، يشمل تركيب الأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي الاجتماعي، والمتابعة المنتظمة.
- ضرورة الدمج ضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية: فيجب إكساب الأطباء العامين المهارات الأساسية لرعاية مبتوري الأطراف وتقديم الدعم النفسي الاجتماعي، بينما يتم تدريب كوادر متخصصة لتقديم الخدمات المتقدمة.
- يجب إعطاء الأولوية لفرق التأهيل المتنقلة المتكاملة لتجاوز آثار تدمير البنية التحتية للنقل في غزة وصعوبة تنقل المرضى، وضمان استمرارية الرعاية للأسر النازحة وللسكان في المناطق النائية.
- هناك حاجة إلى خدمات التأهيل المجتمعية وبرامج التوعية الميدانية لضمان عدم ترك النساء والأطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقات السابقة خارج نطاق الخدمات.

2. خدمات التأهيل للأطفال كركيزة أساسية للنظام

- يجب إنشاء خدمات تأهيل مخصصة للأطفال، إذ يحتاج الأطفال إلى إعادة موثمة الطرف الصناعي الخاص بهم بشكل متكرر، هذا عدا عن العلاج طويل الأمد، والدعم النفسي الاجتماعي، وذلك لضمان عدم استبعادهم من مسارات التأهيل.

3. إعادة بناء واستصلاح مرافق التأهيل

- يجب إعادة تأسيس خدمات الرعاية المقدمة في المرافق لتكون قاعدة لتقديم خدمات التأهيل متعددة التخصصات، بما في ذلك الأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والخدمات النفسية والاجتماعية.

حزمة التدخلات: تقديم الخدمات

الهدف العام

إعادة بناء نظام تقديم خدمات التأهيل في غزة ليصبح مساراً متواصلًا للرعاية، يربط بين تركيب الأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي الاجتماعي، والمتابعة المنتظمة، على أن يكون النظام قائماً على المرافق الصحية، ومتنقلاً، وعادلاً، وشاملاً للأطفال.

ثلاثة مراحل لتقديم الخدمات

تم تصميم هذه الحزمة لتشمل ثلاثة مراحل مع مخرجات واقعية على مدى ثلاث سنوات. وعلى الرغم من عرضها بشكل منفصل، إلا أنه يجب أن تتداخل في التنفيذ.

المخرجات المتوقعة	الإجراءات الرئيسية	المرحلة
<p>حصول نحو 30% من مبتوري الأطراف على الخدمات؛ تفعيل أكثر من 10 فرق متنقلة؛ 3-4 مراكز تعمل بشكل فعال؛ بدء تنفيذ البروتوكولات الخاصة بالأطفال في موقعين على الأقل.</p>	<ul style="list-style-type: none"> توظيف فرق متنقلة متكاملة لخدمات التأهيل (اختصاصي أطراف صناعية، معالج طبيعي، معالج وظيفي، أخصائي نفسي اجتماعي، سائق/مساعد) مزودة بسيارات مجهزة بالكامل. استصلاح وإعادة افتتاح 3-4 مراكز للتأهيل متعددة التخصصات لتكون مراكز داعمة للفرق المتنقلة. دمج الرعاية الأساسية لمبتوري الأطراف والدعم النفسي الاجتماعي في مرافق الرعاية الصحية الأولية لزيادة احتمالية حصول المصابين على الخدمات. إطلاق برامج تدريبية للتأهيل المجتمعي للمجمعات النازحة. تقديم برامج توجيه للأطفال ممن تعرضوا لحالات بتر جديدة. 	<p>استعادة إمكانية الوصول لخدمات التأهيل من خلال الخدمات المتنقلة وتقديم الخدمة في المرافق الأساسية (من سنة إلى سنتين)</p>
<p>تغطية نحو 60% من مبتوري الأطراف بخدمات تأهيلية منظمة؛ دمج تأهيل الأطفال في المدارس؛ تفعيل مسارات الرعاية الموحدة؛ لم تعد حالات النزوح تشكل عائقاً أمام الوصول والحصول على الخدمات.</p>	<ul style="list-style-type: none"> توسيع الفرق المتنقلة لتشمل أكثر من 20 فريقاً متكاملًا يغطي كافة المحافظات. تطوير 8-10 مراكز تأهيل متعددة التخصصات كمراكز للرعاية المتقدمة ولتتمتع بتحويل المصابين إليها. توحيد مسارات الرعاية (الجهاز = العلاج = الدعم النفسي الاجتماعي = المتابعة) بين جميع مقدمي الخدمات. توسيع برامج الرعاية المجتمعية لتشمل جميع المحافظات، مع التركيز على النساء والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقات. دمج خدمات التأهيل للأطفال في المدارس والمراكز المجتمعية بوجود أخصائيين مدربين. 	<p>توسيع نطاق استمرارية الرعاية والتغطية الصحية (2-3 سنوات)</p>
<p>الوصول إلى نحو 90% من مبتوري الأطراف؛ مأسسة أكثر من 20 فريقاً متنقلًا؛ دمج خدمات تأهيل الأطفال بشكل كامل؛ أن يصبح خدمات التأهيل جزءاً دائماً من النظام الصحي مع ضمان الجودة.</p>	<ul style="list-style-type: none"> مأسسة خدمات التأهيل المتنقلة كجزء من نموذج الخدمات الصحية القياسية في غزة. دمج التأهيل في جميع شبكات الرعاية الصحية الأولية، وضمان توافر الرعاية الأساسية لمبتوري الأطراف والدعم النفسي الاجتماعي عند نقطة الاتصال الأولى. إنشاء شبكة وطنية للإحالة لخدمات التأهيل تربط المستشفيات والمراكز والفرق المتنقلة والمدارس والخدمات المجتمعية. مأسسة برامج تأهيل الأطفال، من خلال وحدات مخصصة، وتوفير مناهج تدريبية، وتقديم دعم نفسي اجتماعي متكامل. إنشاء نظام للمتابعة والتقييم وضمان الجودة مرتبط بسجل مبتوري الأطراف. 	<p>مأسسة واستدامة مسار وطني للرعاية (بعد 3 سنوات)</p>

فرص التعاون وأمثلة تطبيقية

إن إعادة بناء خدمات التأهيل في غزة وتوسيع نطاقها وضمان استدامتها يتطلب الاستفادة من خبرات الجهات المحلية القائمة ومن النماذج الإقليمية الناجحة.

- **جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية (PMRS):** تمتلك خبرة تمتد لعقود في مجال التأهيل المجتمعي والعمل الميداني، ومع وجود شبكة قوية من العاملين الصحيين المجتمعيين. يمكن للجمعية أن تكون جهة محورية في تشغيل فرق التأهيل المتنقلة وتفعيل الرعاية المنزلية للتمكن من الوصول إلى النازحين في المناطق التي يصعب الوصول إليها، وخاصة المرضى غير القادرين على الوصول إلى المرافق الصحية.¹⁰
- **برنامج غزة للصحة النفسية (GCMHP):** هو جهة رائدة في تقديم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في غزة. يفضل برامجه التي تم مأسستها في المدارس والعيادات والمجمعات المحلية، يُعد البرنامج مؤهلاً لدمج الرعاية النفسية ضمن مسارات التأهيل، بما يضمن معالجة الصدمات النفسية والإعاقة بشكل متكامل.¹¹

¹⁰ PMRS, Community-Based Rehabilitation in Palestine – Annual Report, 2021.

¹¹ GCMHP, Mental Health and Psychosocial Services in Gaza, 2022.

- **نموذج "الرعاية الشاملة (One-Stop)" لوكالة الأونروا:** نفذت الأونروا نموذج المراكز الشاملة التي تجمع بين الرعاية الصحية الأولية، والتأهيل، والدعم النفسي الاجتماعي.¹² يقلل هذا النموذج من الازدواجية ويعزز استمرارية الرعاية، ويمكن تكييفه كنموذج مرجعي لمراكز التأهيل متعددة التخصصات في غزة.
- **جمعية بيت لحم العربية للتأهيل (BASR):** تدير مستشفى شاملاً للتأهيل وبرنامجاً ميدانية للتواصل المجتمعي. تشكل خبرتها في ربط خدمات المستشفى بالرعاية المنزلية والمجتمعية نموذجاً جاهزاً يمكن تبنيه في غزة.¹³
- **المراكز الإقليمية للتأهيل (الأردن):** تدير الخدمات الطبية الملكية (RMS) ومنظمة أطباء بلا حدود (MSF) مراكز متقدمة في عمّان تدمج بين الجراحة والأطراف الصناعية والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والدعم النفسي الاجتماعي. يمكن لهذه المراكز أن تكون شركاء لإحالة الحالات الطبية إليها، ومواقع لتدريب الكوادر الطبية من غزة، ومنصات للتوريد المشترك للمعدات المتخصصة.^{14,15}
- بالإضافة إلى ذلك، تعمل جمعية استعادة الأمل (RHS) حالياً على إنشاء مركز تميز أردني لخدمة المرضى المتأثرين بالنزاعات من غزة وسوريا والعراق واليمن والسودان وغيرها، مع تقديم خدمات تأهيل متقدمة للمرضى الأردنيين والدوليين على حدّ سواء. كما سيضطلع المركز بدور محوري في التدريب والابتكار في مجال إعادة التأهيل والرعاية المتكاملة.
- **لبنان: يمكن لكروسي الاستاذية طب النزاعات في الجامعة الأميركية في بيروت** أن يستعين بشبكتته من الأطباء والخبراء، بمن فيهم الجراحون، واختصاصيو الأطراف الصناعية، وأخصائيو العلاج الطبيعي، وأطباء الأطفال، لدعم غزة. وستكون مشاركتهم ضرورية خلال مرحلة الطوارئ الحرجة لتقديم خدمات فورية منقذة للحياة. ويمكن تنظيم هذه التدخلات بما يضمن استمرارية الرعاية، عبر إنشاء مسارات تربط بين الاستجابة العاجلة وإعادة التأهيل والتعافي على المدى الطويل. ويتم ذلك بالتوازي مع بناء وتعزيز قدرات الكوادر المحلية، بما يتيح انتقالاً مستداماً من الدعم الخارجي إلى تقديم الخدمات بقيادة محلية.
- **أوكرانيا (لغايات المقارنة):** عقب عام 2022، قامت أوكرانيا بتوسيع نطاق عمل فرق التأهيل المتنقلة للوصول إلى النازحين رغم تدمير البنية التحتية، وكما تم إدخال خدمات التأهيل عن بُعد (Tele-rehabilitation).¹⁶

¹² UNRWA, Annual Health Programme Report, 2022.

¹³ BASR, Annual Report, 2022.

¹⁴ Jordanian Royal Medical Services, New Royal Initiative Launched to Address Gaza Amputee Crisis, August 26, 2024.

¹⁵ Médecins Sans Frontières, MSF Opens Upgraded Reconstructive Surgery Hospital for Victims of War, Press release, September 7, 2015.

¹⁶ WHO, Ukraine Rehabilitation Response – Situation Report, 2023.

المحور الثاني: القوى الصحية العاملة في مجال التأهيل والأطراف الصناعية

هيكل خارطة الطريق

تعاني خدمات التأهيل في غزة من شلل شبه تام، ليس فقط بسبب تدمير المرافق ونقص التمويل، بل كذلك نتيجة انهيار القوى العاملة الصحية. فحتى عام 2025، لم يتبق سوى ثمانية اختصاصيين مزاولين في مجال الأطراف الصناعية. وتشير البيانات إلى أن غزة تسجل أعلى معدل بتر للأطفال بالنسبة لعدد السكان على مستوى العالم، ومع ذلك لا يوجد أي اختصاصي تأهيل مدرب على رعاية الأطفال.

وتصف الجهات المعنية الوضع الحالي بأن القوى العاملة هي على شفا الانهيار الكامل. فمقارنةً بالمعايير العالمية – التي توصي بوجود اختصاصي أطراف صناعية واحد لكل 250-300 شخص من مبتوري الأطراف واختصاصي علاج طبيعي واحد لكل 100-150 مريض يحتاج إلى التأهيل – فإن النسب الحالية في غزة أدنى بكثير من الحد الأدنى المطلوب.¹⁷ فقد أنهارت مسارات التدريب المحلية، مما أدى إلى غياب أي آلية لتجديد القدرات أو توسيعها. وحتى في الحالات التي تلقى فيها اختصاصيون تدريباً في الخارج، فإن القيود المفروضة على الدخول والخروج من القطاع حالت دون عودتهم، ما أدى إلى تناقص القدرات وخلق مشكلة حادة في إمكانية تجديد الكوادر البشرية.¹⁸

كما أن الدعم الدولي الطارئ يواجه قيوداً كبيرة؛ إذ أفادت منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية عام 2025 بأن قرابة نصف أفراد الفرق الطبية الطارئة الذين حاولوا دخول غزة قد رفضت طلباتهم.¹⁹ ورغم أن هذه الأرقام ليست مفصلة حسب التخصص، فإنها تشير إلى قيود حادة على دخول اختصاصيي الأطراف الصناعية والعلاج الطبيعي وسائر خبراء التأهيل.

ويفاقم غياب حلقة البحث-التغذية الراجعة جودة المخرجات، إذ لا توجد بيانات تربط بين نتائج المرضى والتدريب أو تخطيط القوى العاملة أو التمويل.

الاحتياجات المستخلصة

من دون اتخاذ إجراءات عاجلة لاستقرار في القوى العاملة في مجال التأهيل وتوسيع نطاقها، فإن الاستثمارات الدولية في الأجهزة والمرافق والتمويل لن تعود بالنفع. فاستناداً إلى المقابلات التي تم إجراؤها مع الجهات المعنية، فقد برزت حاجة ملحة ومنهجية إلى ما يلي:

- 1. تحقيق الاستقرار والاحتفاظ بالقوى العاملة الحالية:** من خلال استدامة رواتبهم، وإطلاق برامج إرشاد وتوجيه مهني، وإيفاد فرق استجابة عاجلة، إضافةً إلى تقديم دعم نفسي واجتماعي للعاملين الصحيين، بما يضمن عدم فقدان غزة لما تبقى من اختصاصيي الأطراف الصناعية والعلاج الطبيعي.
- 2. إعادة بناء القدرات ووضع مسارات تطوير مهني طويلة الأمد:** عبر تدريب دفعات جديدة من الاختصاصيين، وتوسيع نطاق التطوير المهني المستمر، ودمج خدمات التأهيل ضمن البرامج الصحية الوطنية، وتطوير برنامج وطني للتدريب والبحث يربط بين التعليم والمخرجات الصحية. كما ينبغي دمج التأهيل في الرعاية الصحية الأولية، بحيث يكتسب المعالجون العامون مهارات أساسية في رعاية حالات البتر والدعم النفسي، في حين يتم تطوير مهارات فئة متخصصة لتقديم الخدمات المتقدمة.
- 3. جعل تخصص تأهيل الأطفال تخصصاً أساسياً:** من خلال تطوير مهارات فئة من فنيي الأطراف الصناعية والمعالجين الطبيعيين مختصة بالأطفال، قادرة على تلبية الاحتياجات المعقدة والطويلة الأمد للأطفال مبتوري الأطراف، بما في ذلك استبدال الأطراف بشكل متكرر وتطبيق أساليب علاج طبيعي تفاعلية ومناسبة لعمر الطفل.

حزمة التدخلات: القوى العاملة في مجال التأهيل والأطراف الصناعية

الهدف العام

تحويل القوى العاملة المنهكة والشحيحة في مجال التأهيل في غزة إلى نظام مستقر، متخصص ومستدام قادر على تقديم رعاية عالية الجودة في مجال الأطراف الصناعية والتأهيل، مع تأسيس تخصص للأطفال وتأسيس حلقة تغذية راجعة قائمة على البحث العلمي لضمان التحسين المستمر في جودة الخدمات.

تحقيق الاستقرار والاحتفاظ بالقوى العاملة الحالية: من خلال استدامة رواتبهم، وإطلاق برامج إرشاد وتوجيه مهني، وإيفاد فرق استجابة عاجلة، إضافةً إلى تقديم دعم نفسي واجتماعي للعاملين الصحيين، بما يضمن عدم فقدان غزة لما تبقى من اختصاصيي الأطراف الصناعية والعلاج الطبيعي.

¹⁷ ISPO, Workforce Norms and Global Standards.

¹⁸ WHO EMRO, Access and Movement Restrictions Impact on Health Workforce – Occupied Palestinian Territory Update, 2025.

¹⁹ WHO, Emergency Medical Teams in Gaza, March–May 2025, 2025.

إعادة بناء القدرات ووضع مسارات تطوير مهني طويلة الأمد: عبر تدريب دفعات جديدة من الاختصاصيين، وتوسيع نطاق التطوير المهني المستمر، ودمج خدمات التأهيل ضمن البرامج الصحية الوطنية، وتطوير برنامج وطني للتدريب والبحث يربط بين التعليم والمخرجات الصحية. كما ينبغي دمج التأهيل في الرعاية الصحية الأولية، بحيث يكتسب المعالجون العاملون مهارات أساسية في رعاية حالات البتر والدعم النفسي، في حين يتم تطوير مهارات فئة متخصصة لتقديم الخدمات المتقدمة.

جعل تخصص تأهيل الأطفال تخصصاً أساسياً: من خلال تطوير مهارات فئة من فنيي الأطراف الصناعية والمعالجين الطبيعيين المختصة بالأطفال، قادرة على تلبية الاحتياجات المعقدة والطويلة الأمد للأطفال مبتوري الأطراف، بما في ذلك استبدال الأطراف بشكل متكرر وتطبيق أساليب علاج طبيعي تفاعلية ومناسبة لعمر الطفل.

ثلاث مراحل للقوى العاملة

تتكوّن حزمة التدخل من ثلاث مراحل مترابطة، تتضمن مخرجات واقعية ضمن أفق زمني مدته ثلاث سنوات. ورغم عرضها بشكل منفصل، فإنه يتعيّن تنفيذها بطريقة متداخلة ومتكاملة.

المرحلة	الإجراءات الرئيسية	المخرجات المتوقعة
الاحتفاظ بالقوى العاملة ومنعها من الانهيار (من سنة إلى سنتين)	<ul style="list-style-type: none"> تقديم دعم للرواتب لضمان بقاء الكوادر الحالية. استقدام ما لا يقل عن 10 خبراء دوليين ضمن بعثات عاجلة (في مجالات تركيب الأطراف الصناعية، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي الاجتماعي). إنشاء شبكات للإشراف والإرشاد عن بُعد عبر الإنترنت. تنفيذ دورات تدريبية سريعة للكوادر العاملة في غزة. بدء برامج الإرشاد المتخصصة في تأهيل الأطفال وتعيين 2-3 منسقين مختصين في هذا المجال. 	<p>تفادي انهيار القوى العاملة؛ تقديم خدمات لما نسبته نحو 25-30% من مبتوري الأطراف؛ تفعيل شبكات الإرشاد والتوجيه؛ إدخال بروتوكولات تأهيل الأطفال.</p>
إعادة بناء القدرات وتنميتها (2-3 سنوات)	<ul style="list-style-type: none"> تدريب 50 من الكوادر الجديدة في مجال التأهيل. توسيع منصات التعليم الإلكتروني وبرامج التطوير المهني المستمر المعتمدة. تقديم 30 منحة دراسية خارجية في علوم التأهيل. توسيع نظم الإشراف والتوجيه المهني. تطوير وتنفيذ وحدات تدريبية عملية معتمدة في مجال تأهيل الأطفال. ضمان أن يكتسب اختصاصيو الأطراف الصناعية الجدد مهارات أساسية في استخدام التقنيات الحديثة، مثل تحديث وتعزيز المناهج والمؤسسات التعليمية المحلية لتسريع اعتماد الابتكارات في مجالات الأجهزة المساعدة والتأهيل. 	<p>زيادة القوى العاملة بنسبة 50% أو أكثر؛ تدريب 10-15 اختصاصياً في تأهيل الأطفال؛ تمكين نحو 60% من مبتوري الأطراف من الحصول على خدمات تأهيل منظمة.</p>
المأسسة وإيجاد التخصصات (أكثر من 3 سنوات)	<ul style="list-style-type: none"> إنشاء برنامج وطني معتمد للتدريب في مجالات الأطراف الصناعية وعلوم التأهيل. إدماج برامج التطوير المهني المستمر والتعليم الإلكتروني في منظومة القوى العاملة الصحية الوطنية. إنشاء وحدة بحثية في مجال التأهيل تربط نتائج المرضى بالتخطيط والتدريب. تطوير تخصص فرعي في تأهيل الأطفال معتمد وتشكيل هيئة أكاديمية متخصصة في هذا المجال. 	<p>إنشاء منظومة مستدامة (نحو 250 متخصصاً، من بينهم 20-30 اختصاصي في تأهيل الأطفال)؛ دمج تأهيل الأطفال في النظام الصحي؛ تخطيط للقوى العاملة قائم على الدراسات والبحوث.</p>

فرص التعاون والأمثلة التطبيقية

عند النظر في آليات تنفيذ الإجراءات المقترحة وحزم التمويل الرامية إلى معالجة أزمة القوى العاملة في مجال التأهيل في غزة، فمن الضروري تجاوز حدود غزة نفسها والاستفادة من فرص التعاون الإقليمي والدولي لتوسيع القدرات التدريبية، وتسريع إيجاد التخصصات، وإنشاء مسارات مستدامة لتطوير الخبرات.

الصفة الغربية: أنشأت الجامعة العربية الأميركية (AAUP) حديثاً برنامجاً لتدريب اختصاصيي الأطراف الصناعية وتقييم العظام، وهو الأول من نوعه في فلسطين.²⁰ ويستكشف البرنامج حالياً أساليب التعليم عبر الإنترنت والتعليم المدمج للوصول إلى الطلبة خارج الحرم الجامعي. ويمكن أن يؤدي تعاون الجامعة مع مؤسسات التعليم العالي والمرافق الصحية في غزة أن يوسّع نطاق هذه المبادرة لتشمل التدريب الجامعي وبرامج التطوير المهني المستمر المعتمدة، المصمّمة خصيصاً لتلبية احتياجات التأهيل داخل غزة.

الأردن: تُقدّم عدة جامعات في عمّان، بما في ذلك الجامعة الأردنية، برامج معتمدة في مجالات الأطراف الصناعية وتقويم العظام والعلاج الطبيعي.²¹ ويمكن تصميم مسارات زمالة أو منح دراسية لتمكين الطلبة الفلسطينيين من غزة من الالتحاق بهذه البرامج، مع وضع اتفاقيات لعودتهم بعد التخرج لخدمة النظام الصحي في غزة.

لبنان: يمكن لكرسي الأستاذية في طب النزاعات في الجامعة الأميركية في بيروت أن تستفيد من شبكتها الواسعة من الأكاديميين والشركاء الإنسانيين والإنمائيين ومن خدمات الطبّ عن بُعد، لدعم وتعزيز القوى العاملة في مجالي التأهيل والأطراف الصناعية في غزة. وقد يشمل ذلك منحاً للإقامة الطبية في لبنان وفي المنطقة. كما يقدم معهد الصحة العالمية مجموعة من البرامج التدريبية والشهادات المعتمدة، سواء عبر الإنترنت أو بالحضور المباشر، مثل: الجامعة المتنقلة للصحة²² التي تُعدّ العاملين الصحيين المجتمعيين بمهارات الدعم النفسي الاجتماعي، وشهادة في ضبط العدوى ومكافحتها، وشهادة في طب النزاعات (عبر الإنترنت)،²³ ودبلوماً في القيادة الإنسانية (HLD)²⁴ الذي يعزّز قدرات العاملين في البيئات المتأثرة بالنزاعات ويطور مهاراتهم القيادية. وكما يقدم معهد الصحة العالمية برنامج زمالة (CREEW) الذي يزود العاملين الصحيين في الخطوط الأمامية بالمهارات اللازمة لإجراء البحوث في البيئات المتأثرة بالنزاعات.²⁵ كما يقدم المعهد أيضاً دورات تدريبية متخصصة (تتطلب الحضور الشخصي) لإعداد الأطباء والعاملين الإنسانيين على التعامل مع الإصابات البالغة، وحالات البتر، والتأهيل في حالات الطوارئ المعقّدة، ويمكنه الاستعانة بخبرائه لتقديم تدريب عن بُعد في مجالي الأطراف الصناعية وتقويم العظام، بما يضمن نقل الخبرات التقنية إلى الممارسين في غزة.

أوكرانيا (نموذج مقارن): عقب الغزو في عام 2022، واجهت أوكرانيا زيادة حادة في الإصابات الرضّية وحالات البتر. واستجابة لذلك، تم إنشاء برامج زمالة بشكل سريع لإعادة تدريب اختصاصيي العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي لتلبية احتياجات التأهيل الناجمة عن النزاع.²⁶ ويمكن لغزة أن تعتمد نموذجاً مماثلاً لتسريع بناء القدرات الوطنية.

²¹ University of Jordan, Faculty of Rehabilitation Sciences – Program Overview, 2024.

²² AUB, Mobile University for Health (MUH), Global Health Institute, December 12, 2024.

²³ AUB, Certificate in Conflict Medicine (CCM), Global Health Institute, January 27, 2025.

²⁴ AUB, Humanitarian Leadership Diploma (HLD), Global Health Institute, 2025.

²⁵ AUB, Center for Research and Education in the Ecology of War (CREEW), Global Health Institute, October 2025, 1.

²⁶ WHO Europe, Rehabilitation in Ukraine: Rapid Response Fellowship Models for War-Related Trauma, 2023.

مبررات العمل

تواجه خدمات التأهيل في غزة قيوداً حرجة نتيجة لاستحالة الوصول إلى الأجهزة التعويضية (بما فيها الأطراف الصناعية)، والتقنيات المساعدة، والمعدات التأهيلية. فقد أدت القيود المفروضة على الاستيراد، وتدمير المرافق، ونقص التمويل إلى بقاء معظم مبروري الأطراف على قوائم الانتظار للحصول على أطراف صناعية. وحتى أولئك الذين يحصلون على طرف صناعي، فغالباً ما يُدرمون من خدمات مواءمة الطرف أو حتى استبداله بشكل دوري. وتتفاقم هذه المشكلة بشكل خاص لدى الأطفال، إذ يحتاج الطفل الذي تعرض للبتير إلى استبدال الطرف الصناعي مرتين إلى ثلاث مرات خلال ثلاث سنوات لمواكبة النمو. وفي حال عدم الاستبدال في الوقت المناسب، يصبح الجهاز مؤلماً، وغير مناسب، لا وبل قد يسبب ضرراً جسدياً إضافياً.

أشارت الجهات المعنية إلى أن توفير الأجهزة حالياً يتم بصورة مجزأة وغير منتظمة، وغالباً ما يعتمد على شحنات إنسانية قصيرة الأجل تقدمها الجهات المانحة. ولا يوجد أي سجل مركزي لتتبع المستفيدين من الأجهزة، أو لتحديد مواعيد استبدال الأجهزة، أو لمقارنة النتائج بين مقدمي الخدمات. ويؤدي ذلك إلى تكرار تلقي بعض المرضى الخدمات وحرمان بعضهم الآخر كلياً من الرعاية.

تشير المعايير العالمية إلى أن إتاحة التقنيات المساعدة والملائمة تُعدّ ركناً أساسياً من أركان التغطية الصحية الشاملة، إلا أنّ توفر هذه التقنيات في غزة هو أدنى بكثير من المستويات الموصى بها عالمياً. وتُعدّ الأجهزة المخصصة للأطفال نادرة للغاية، كما لا توجد قدرة محلية ممنهجة على تصنيعها أو صيانتها.

إن غياب إمكانية الحصول وبشكل المنتظم على الأجهزة التعويضية والتقنيات التأهيلية سيضعف أثر الاستثمارات في المحاور الأخرى، بما في ذلك تدريب الكوادر الصحية وتحسين خدمات الرعاية. إذ لا يمكن لأخصائيي العلاج الطبيعي تنفيذ العلاج بفعالية دون أجهزة مناسبة، ولا يمكن للمرضى الاستفادة من برامج التأهيل دون أطراف صناعية ملائمة ومجهزة بشكل صحيح. لذلك، تُعدّ التقنيات محورياً أساسياً وممكنًا لكامل منظومة خدمات التأهيل.

يتزايد الطلب على الخدمات بشكل هائل، خصوصاً بين الأطفال، في حين تظل القدرة على الاستجابة محدودة للغاية. ولذلك شدت الجهات المعنية على مجموعة من العوامل التي تسهم في تفاقم هذا الوضع، من أبرزها:

1. **الطلب مرتفع على الخدمات وفي تزايد:** وجود أعداد كبيرة من مبروري الأطراف، لا سيما الأطفال، ويقابلها قدرة محدودة للغاية على الاستجابة.
2. **صعوبة التنقل وضعف البنية التحتية:** فالمرافق دمرت، والسكان في حالة نزوح مستمر، هذا عدا عن القيود المفروضة على حركة المرضى.
3. **تعثر في سلاسل التوريد:** ندرة المواد الخام والاعتماد على خدمات لوجستية هشّة.
4. **نظم غير مترابطة:** إن عدم اتساق تقديم الخدمات وغياب نظام معلومات موحد يؤديان إلى تكرار الجهود وغياب العدالة في تقديم الخدمات.
5. **نقص الموارد البشرية:** شح شديد في عدد الفنيين واختصاصيي الأطراف الصناعية مقارنة بالحاجة المطلوبة.
6. **استدامة التمويل:** غياب رؤية واضحة حول تمويل الرعاية الطويلة الأمد للأطراف الصناعية مع ازدياد أعداد المستفيدين.

في ظل هذه التحديات، يجري حالياً تجربة مجموعة من الاستجابات الطارئة والمبتكرة، من أبرزها ما يلي:

- **وحدات تركيب الأطراف الصناعية المتنقلة** وتقنيات القوالب السريعة (rapid sockets)، التي مكّنت من إجراء مئات التركيبات التعويضية الطارئة في ظروف قاسية، وفي كثير من الأحيان خلال ساعات معدودة.
- **النماذج الهجينة** التي تجمع بين الأطراف الصناعية التقليدية والحلول الرقمية، حيث تُلتقط المسوحات ثلاثية الأبعاد في غزة، وتصنع القوالب (Socket) في ورش إقليمية، ثم تُعاد الأجهزة للتركيب النهائي.
- **الأطراف المطبوعة بتقنية الطباعة ثلاثية الأبعاد** التي تُظهر إمكانات واعدة كحلول قابلة للتوسع وذات كلفة معقولة، مع أوقات إنجاز لا تتجاوز أسبوعاً واحداً.
- **استراتيجيات التصنيع الإقليمي** وهي حالياً قيد الدراسة للاستفادة من القدرات التصنيعية في الضفة الغربية والدول المجاورة، مع التركيز على استخدام معايير موحدة وعمليات شراء منسقة ووجود نظم معلومات فعالة وتعزيز مشاركة الحكومة.
- **التعاونات البحثية** التي تُسهم في تطوير تصاميم مخصصة للأطفال وتؤكد ضرورة دمج الأدلة والمتابعة والتقييم ضمن جميع نماذج الرعاية.

أكدت الجهات المعنية بشكلٍ متكرر أنّ هذه الابتكارات، رغم أهميتها، لا يجوز أن تحلّ محلّ التوفير الفوري للأجهزة التعويضية الموثوقة ومثبتة الفعالية. بل ينبغي ربط المشاريع التجريبية بأنشطة بحثٍ وتدقيقٍ ومتابعةٍ منهجية، لضمان أن تتحول الحلول الارتفاعية الطارئة إلى ممارساتٍ مستدامة تسهم في تحسين جودة الخدمات ونتائج المرضى.

وعند النظر إلى هذه النتائج مجتمعة، يتّضح أنّ الأزمة غير مسبوقه، لكنها تحمل في الوقت ذاته فرصةً حقيقية لإحداث تحوّل جذري في النظام، إذا ما جرى تنسيق الجهود ضمن خارطة طريق متوازنة تربط بين الإغاثة الفورية، وإعادة البناء على المدى المتوسط، والاستدامة على المدى الطويل.

الاحتياجات المستخلصة

استناداً إلى المشاورات مع الجهات المعنية، يمكن تلخيص فجوات قطاع الأطراف الصناعية والتقنيات التأهيلية في غزة في ثلاث أولويات رئيسية:

1. التوفير الفوري للأجهزة المساعدة

- المخزون الحالي أقلّ بكثير من مستوى الطلب، كما أنّ العديد من الأجهزة التي تم تركيبها لم تخضع للمتابعة أو الصيانة، مما يجعلها غير صالحة للاستخدام خلال بضعة أشهر.
- تكمن الحاجة العاجلة في توسيع نطاق استخدام النماذج المجربة والفعّالة، والإصلاح العاجل للأجهزة، وإعادة تركيب الأجهزة للأطفال بوتيرة تتناسب مع نموهم (مرتين إلى ثلاث مرات خلال السنوات الثلاث الأولى لكل طفل).

2. اعتماد التقنيات المثبتة للأطراف الصناعية والمرتبطة ببحوث علمية

- شددت الجهات المعنية على أنّ غزة لا يمكن أن تكون ميداناً لتجربة نماذج أولية غير مثبتة من الأطراف الصناعية.
- ومع ذلك، فإن الأساليب الهجينة — مثل دمج المكونات المستوردة مع أجزاء معيارية مصنّعة محلياً أو مطبوعة بتقنية ثلاثية الأبعاد — يمكن أن تسهم في خفض التكاليف وتعزيز الاستدامة إذا تم استخدامها بتأني.
- ويجب أن تكون هذه الابتكارات مرتبطة بعملية تغذية راجعة بحثية يتم من خلالها متابعة معايير السلامة وسهولة استخدامها ونتائجها، وذلك لكي يتم التوسع باستخدام فقط تلك التي أثبتت فعاليتها ميدانياً.

3. تطوير نماذج إنتاجية محلية وإقليمية

- لا تمتلك غزة أي قدرة محلية على التصنيع، مما يجعلها تعتمد كلياً على المساعدات الإنسانية — وهو نظام هشّ، مجزأ، وغير منصف.
- إن استمرارية تقديم التقنيات التأهيلية والخدمات المرافقة لها يتطلب التحول نحو الصناعات التجميعية المحلية والإصلاح، مدعماً بأليات شراء وتصنيع إقليمية مشتركة مع الدول المجاورة.
- ومع مرور الوقت، يمكن الاستخدام الانتقائي للتصنيع الرقمي (مثل الطباعة ثلاثية الأبعاد للمكونات الخاصة بالأطفال) أن يعزز مرونة هذه النماذج وقدرتها على التكيف.

إنّ هذه الأولويات الثلاث مجتمعة — وهي التوفير العاجل للأجهزة المساعدة، واعتماد تقنيات الأطراف الصناعية المثبتة علمياً والمقرونة بالبحوث، وتطوير نماذج إنتاجية محلية وإقليمية — من شأنها تحويل مشهد التقنيات التأهيلية في غزة من نظام يعتمد على شحنات إنسانية متفرقة إلى نظام متكامل يميّز بالاستدامة، والأمان، وقابلية التنبؤ.

ولتوضيح تعقيد خدمات التأهيل وتنوّع التدخّلات المطلوبة، تُبرز الأشكال التالية الأبعاد الرئيسية لمسار رعاية مبتوري الأطراف في غزة.

وتُقدّم هذه الرسوم البيانية معاً إطاراً بصرياً لفهم رحلة المريض، والمتطلبات التقنية لرعاية الأطراف الصناعية، والاستثمارات المنهجية اللازمة لضمان أن تكون خدمات التأهيل فعّالة ومستدامة على المدى الطويل.

الشكل 1. مسيرة فقدان الأطراف والرعاية المقدمة للبتر

المنتجات الطبية والأجهزة المساعدة المطلوبة

 <p>الدعم النفسي الاجتماعي والوقاية</p>	 <p>الانخراط طويل الأمد</p>	 <p>تركيب الطرف الاصطناعي والتدريب عليه</p>	 <p>التحضير لما قبل التركيب الطرف الاصطناعي</p>	 <p>التأهيل المبكر</p>	 <p>الرعاية الطارئة والحادة</p>
<p>الحد من الألم ("التحفيز الكهربائي" TENS"، علاج المرأة)، دعامة للطرف السليم، مجموعات الدعم النفسي، المتابعة الدورية.</p>	<p>الكراسي المتحركة، المنحدرات، تعديلات المنزل، الأغلفة الواقية، قطع الغيار.</p>	<p>أنظمة الأطراف الاصطناعية المعيارية (القوالب، الساق، الأقدام، الركب)، أدوات التصميم والتصنيع الحاسوبي (CAD/CAM).</p>	<p>بطانات السيليكون، الجوارب الضاغطة، القوالب المؤقتة، القضبان المتوازنة، أدوات التوازن.</p>	<p>الكراسي المتحركة مع وسائد، جوارب الجذع المبتور (stump shrinkers)، أدوات تخفيف الضغط، أدوات لتسكين الألم.</p>	<p>الأربطة الضاغطة (Tourniquets)، المضادات الحيوية، المثبتات الخارجية، العلاج بالضغط السلبي للجروح.</p>
<p>تحسين جودة الحياة والوقاية من الإعاقة الثانوية</p>	<p>تمكين المشاركة الاجتماعية والتعليمية والمهنية</p>	<p>تمكين المريض من الحركة في المجتمع، المدرسة والعمل</p>	<p>تهيئة الطرف والجسم لتركيب الطرف الاصطناعي</p>	<p>استعادة الحركة ومنع المضاعفات</p>	<p>تنفذ الأرواح وتمنع العدوى</p>

الشكل 2. حلول الأطراف الاصطناعية: من الحلول المؤقتة إلى الحلول طويلة الأمد.

حلول مؤقتة

مطبوعة بتقنية ثلاثية الأبعاد (مؤقتة)

قوالب تدريبية خفيفة الوزن أو أطراف مؤقتة



المزايا: سرعة في الإنتاج، قابلة للتعديل حسب الحاجة، يمكن استخدامه بنطاق واسع في حالات الطوارئ.

العيوب: قوة المواد المستخدمة أقل، عمر افتراضي محدود، يتطلب وجود طابعات وكوادرات مدربة.

تقليدي (مؤقت) الساق والقوالب التدريبية



المزايا: بسيطة، منخفضة التكلفة، سرعة التصنيع.

العيوب: متانة محدودة، غير مريح للاستخدام الطويل، مظهر جمالي ضعيف.

حلول دائمة

عالية التقنية (أنظمة متقدمة وذكية)

الأقدام ذات تخزين الطاقة، الركب الهيدروليكية/المعالجة بالمعالجات الدقيقة، الأيدي الكهروعضلية

المزايا: أقرب إلى الوظيفة الطبيعية، تقلل من خطر السقوط، تعزز الاستقلالية.

العيوب: تكلفة مرتفعة، تتطلب صيانة متخصصة وكوادرات مهنية ماهرة، توفر محدود، صعوبة في الإصلاح أو الاستبدال في البيئات محدودة الموارد، تتطلب طاقة أو شحن كهربائي.

مطبوعة بتقنية ثلاثية الأبعاد (أطراف دائمة)

القوالب، الأغلفة، الأيدي/الأطراف

المزايا: يمكن تعديلها لتناسب احتياجات الفرد، خفيفة الوزن، تستخدم بنطاق واسع للأطفال والمجتمعات سريعة النمو.

العيوب: قوة المواد أقل، عمر افتراضي محدود، يتطلب طابعات وكوادرات فنية مدربة.

تقليدي (أنظمة معيارية)

القوالب، الساق، الأقدام من نوع (SACH) أو متعددة المحاور، الأذرع الميكانيكية



المزايا: مثبتة الكفاءة، متينة، ذو تكلفة معقولة نسبياً، قابل للصيانة في البيئات محدودة الموارد.

العيوب: حركة أقل طبيعية، أثقل وزناً، أقل راحة للمستخدمين النشيطين.

الشكل 3. نماذج الإنتاج الخاصة بأجهزة الأطراف الاصطناعية.

ورش العمل اللامركزية / المجتمعية



ورشات صغيرة تابعة للمراكز الرئيسية تُقدّم الخدمات بالقرب من المرضى، وغالباً ما تستخدم مكونات معيارية جاهزة مسبقاً.

ورش العمل المركزية



يتم تصنيع الأطراف الاصطناعية في مراكز تأهيل متخصصة تضم فنيين مدربين ومؤهلين.

النماذج الهجينة



تجمع بين الخبرة المركزية، والخدمات المجتمعية المحلية، والتقنيات الرقمية ثلاثية الأبعاد.

الطباعة ثلاثية الأبعاد والإنتاج الرقمي



تتيح تقنيات المسح الرقمي والطباعة ثلاثية الأبعاد تصنيع القوالب أو الأجهزة المؤقتة بسرعة، مع تقليل الحاجة إلى المعدات الثقيلة.

حزمة التدخلات: الأدوية والتقنيات

الهدف العام

ضمان الحصول على الأجهزة التعويضية والتقنيات المساعدة ومعدات التأهيل في الوقت المناسب وبشكل يتسم بالعدالة والاستدامة وذلك من خلال إنشاء أنظمة فعّالة لاستبدالها وإصلاحها وتكييفها مع احتياجات الأطفال، وبشكل يستند إلى تقنيات آمنة ومثبتة الكفاءة ومدعومة بألية تغذية راجعة بحثية لضمان التحسين المستمر للجودة والنتائج.

المراحل التقنية الثلاث

تتكوّن الحزمة من ثلاثة مراحل ذات مخرجات واقعية، تُعرض بشكل منفصل لأغراض التخطيط، لكنها متداخلة في التنفيذ.

المرحلة	الإجراءات الرئيسية	المخرجات المتوقعة
الحصول الفوري على التقنيات وخدمات إصلاحها (من سنة إلى سنتين)	<ul style="list-style-type: none"> • شراء وتوزيع وتركيب الأطراف والأجهزة التقويمية بالاستعانة بالوحدات المتنقلة وتقنيات القوالب السريعة (rapid sockets) وخيارات الطباعة ثلاثية الأبعاد. • إعطاء أولوية تكييف الأطراف الصناعية التي تم تركيبها للأطفال (مرتين إلى ثلاث مرات للطفل خلال ثلاث سنوات) • توظيف فرق متنقلة للإصلاح والتعديل بهدف إطالة عمر الأجهزة. • تخزين المكونات الحيوية داخل غزة للحدّ من اضطرابات سلاسل الإمداد. 	<p>تم تزويد 100% من مبتوري الأطراف الجدد بأجهزتهم الأولية؛ نحو 70% من الأطفال تم تكييف طرفهم الصناعي لأول مرة؛ تفعيل خدمات الإصلاح الطارئ.</p>
التقنيات الهجينة والاستبدال الممنهج (2-3 سنة)	<ul style="list-style-type: none"> • توسيع نطاق دورات التأهيل المنهجية (التركيب، العلاج، إعادة التركيب، الاستبدال). • إقامة ورشات تأهيلية لتركيب الأطراف الصناعية • إطلاق سجل وطني مركزي للأطراف الصناعية مرتبط بقاعدة بيانات مبتوري الأطراف لتتبع الأجهزة واستبدالها • توسيع النماذج الهجينة التي تجمع بين التقنيات التقليدية والرقمية. • ربط جميع التجارب التقنية الهجينة بألية تغذية راجعة بحثية لمتابعة السلامة وقابلية الاستخدام والنتائج. • إنشاء شراكات بحثية منظمة في مجالات الأطراف الصناعية والتقنيات المساعدة، مع دمج المتابعة والتدقيق وجمع البيانات ضمن جميع خدمات الرعاية. • إعطاء الأولوية للبحث المتخصص في الأطراف الصناعية للأطفال. • بناء شراكات مع مؤسسات أكاديمية محلية ودولية. • دعم الباحثين النازحين. 	<p>إنشاء وتشغيل السجل الوطني؛ دمج 60% من مبتوري الأطراف في دورات تأهيل منهجية؛ إنجاز أكثر من 1500 إعادة تركيب الطرف للأطفال؛ اختبار التقنيات الهجينة تحت إشراف بحثي منظم.</p>
الإنتاج المحلي والائتلافات الإقليمية (3 سنوات فأكثر)	<ul style="list-style-type: none"> • إنشاء مصنع محلي لتصنيع وتجميع الأطراف الصناعية، بما في ذلك تدريب الفنيين. • إطلاق تجارب تصنيع رقمي للأطراف والقوالب (Socket and modular) الخاصة بالأطفال. • تطوير ائتلاف إقليمي للتوريد والتصنيع يضمن وفورات في الكميات. • ربط الإنتاج داخل غزة بخدمات التركيب والتأهيل الميدانية المتنقلة. • تحديث القدرات الصناعية المحلية لإنتاج مكونات الأطراف (خصوصاً المعدنية). • إدخال معايير موحدة وأنظمة إحالة وإدارة بيانات طبية سحابية لجمع مقدّمي الخدمات وضمان تتبّع المرضى. 	<p>تغطية الإنتاج المحلي لما نسبته 30-40% من الحاجة؛ تفعيل الائتلاف الإقليمي للتوريد؛ إدماج حلول الطباعة ثلاثية الأبعاد للأطفال ضمن الممارسات النظامية؛ تحقيق وصول منتظم ومنصف ومستدام إلى الأجهزة التعويضية.</p>

فرص التعاون والأمثلة التطبيقية

عند بناء نظام متكامل لتقنيات التأهيل في غزة، تبرز فرص مهمة للاستفادة من الخبرات الإقليمية، والبحوث العالمية، ونماذج مبتكرة طبقت في سياقات ما بعد النزاعات.

الضفة الغربية:

- تدير جمعية بيت لحم العربية للتأهيل (BASR) ورشة للأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية، وكانت من أوائل المؤسسات التي طوّرت نماذج هجينة (تجمع بين القوالب المصنعة محلياً والمفاصل المستوردة).¹⁴ يمكن أن تكون الجمعية شريكاً مرجعياً في مجال الجودة، وتوفّر برامج إرشادية وتوجيهية لفنيي غزة، كما يمكن أن تسهم في إنشاء سجل وطني للأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية للأرض الفلسطينية المحتلة.
- بدأت الجامعة العربية الأميركية (AAUP) بعمل بحوث تطبيقية في تصميم الأطراف الصناعية وعلوم التأهيل.²⁷ ويمكن للتعاون مع غزة أن يشمل إنشاء سجلات مشتركة، ومشاريع تجريبية للتقنيات الهجينة، وتدريب عبر الإنترنت، بما يربط بين المنطقتين ضمن نظام تأهيل موحد.

الأردن: يمكن أن تصبح الخدمات الطبية الملكية وورش الأطراف الصناعية التابعة لها مراكز إحالة إقليمية للفلسطينيين.²⁸ وتوفّر هذه المراكز خدمات تركيب وتصنيع الأطراف، ويمكن أن تدعم غزة من خلال برامج تبادل تدريبي، وشراكات للتوريد، ونماذج إقليمية للمشتريات.

لبنان: يمكن أن يساهم كرسي الأستاذية في طب النزاعات في الجامعة الأميركية في بيروت في تعزيز الوصول إلى التقنيات الأساسية والأجهزة المساعدة من خلال شبكتها العالمية من مؤسسات الهندسة الطبية الحيوية وبرامج الابتكار. كما تمتلك القدرة على دعم إنشاء حاضنات مشاريع (incubator projects) في غزة، تستفيد من الخبرات المحلية والدولية في الطب والهندسة والصحة العامة. إضافة إلى ذلك، فإن مبادرة الهندسة الإنسانية (HEI)²⁹ التابعة للجامعة الأميركية في بيروت قد أثبتت نجاحها في إقامة شراكات أكاديمية وخدمية وبحثية لاستكشاف حلول مبتكرة للأطراف الصناعية منخفضة الكلفة والمصمّمة وفق السياق المحلي واحتياجات المستخدمين. كما يتعاون معهد الصحة العالمية في الجامعة الأميركية في بيروت مع كلية إمبريال كوليدج لندن (Imperial College London) في بحوث تطوير تقنيات منخفضة الكلفة للأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية، مما يمهد الطريق أمام الابتكار والحلول المثبتة بالأدلة.

أوكرانيا (نموذج للمقارنة): في أعقاب الغزو عام 2022، وسّعت أوكرانيا سبل الحصول على الأطراف الصناعية من خلال المصنّعين المحليين ومراكز التصنيع الرقمي والمشتريات من الجهات المانحة.³⁰ يُظهر هذا النموذج كيف يمكن للدول المتأثرة بالنزاعات أن تجمع بين الواردات الطارئة والتطوير السريع للإنتاج المحلي.

كلية إمبريال كوليدج لندن (المملكة المتحدة): يُركّز مركز دراسات إصابات الانفجار (Centre for Blast Injury Studies) في الكلية على إصابات البتر وتصميم الأطراف الصناعية، بما في ذلك تكيفها للأطفال وابتكار القوالب (sockets).³¹ ويمكن أن تدعم خبرتهم في الطباعة ثلاثية الأبعاد، والنماذج الهجينة للأطراف الصناعية، والميكانيكا الحيوية جهود غزة في تجريب تقنيات آمنة وميسورة الكلفة مرتبطة بألية تغذية راجعة بحثية.

منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (UNIDO): تتمتع اليونيدو بخبرة واسعة في تطوير التصنيع المحلي وتعزيز مرونة سلاسل الإمداد.³² وفي سياقات هشة أخرى، دعمت المنظمة شراكات بين القطاعين العام والخاص لإنتاج التقنيات المساعدة. وبالنسبة لغزة، يمكن لليونيدو أن تساهم في إنشاء مرفق لتصنيع وتجميع الأطراف الصناعية، وتيسير اتصالات إقليمية للتوريد، وضمان التوافق مع معايير الجودة الدولية (ISO). كما يمكن أن تولي المنظمة أولوية خاصة للأطراف الصناعية المعيارية للأطفال، عبر إدراج التصميم المناسب للطفل في مراحل الإنتاج المبكرة.

الشراكات العالمية: توفّر مبادرة التعاون العالمي لتقنيات المساعدة (GATE) التابعة لمنظمة الصحة العالمية، والجمعية الدولية للأطراف الصناعية والأجهزة التكوينية (ISPO)، معايير فنية وآليات اعتماد ومسارات ابتكار عالمية.³³ إن إشراكهما في الجهود الخاصة بغزة سيساعد على ضمان أن تتوافق التقنيات الهجينة والرقمية مع المعايير العالمية للسلامة وقابلية الاستخدام.

²⁷ Arab American University, *Rehabilitation Sciences Research Projects – P&O Program*, 2024.

²⁸ ICRC, *Physical Rehabilitation Programme – Jordan Overview*, 2022.

²⁹ AUB, *Humanitarian Engineering Initiative*, 2017.

³⁰ WHO Europe, *Rehabilitation in Ukraine: Expanding Prosthetic Access through Local Partnerships*, 2023.

³¹ Imperial College London, *Centre for Blast Injury Studies – Research Highlights*, 2023.

³² UNIDO, *Joint Programme on Assistive Technology Innovation and Local Production*, 2019.

³³ WHO, *GATE: Global Cooperation on Assistive Technology*, 2017.

المحور الرابع: نظم المعلومات الصحية للتأهيل

مبشرات العمل

أبرزت المشاورات التي أُجريت مع الجهات المعنية في مجال التأهيل في غزة (يوليو - سبتمبر 2025) أن نظم المعلومات الصحية لا تزال تواجه قيوداً كبيرة ناجمة عن عدم شمولية البيانات وضعف التنسيق وغياب وجود آليات شاملة لتتبع المرضى.⁶ وحتى وقتٍ قريب، لم يكن في غزة سجل مركزي لحالات البتر؛ إذ اعتمد مقدمو الخدمات على السجلات الورقية أو أنظمة مستقلة لا تتكامل فيما بينها. وقد أدى هذا الوضع إلى ازدواجية في تقديم الخدمات لبعض المرضى، وحرمان آخرين كلياً من الوصول إلى الخدمات، فضلاً عن غياب قاعدة بيانات موثوقة تُستخدم في التخطيط وتخصيص الموارد.

وقد تحقق بعض التقدم في هذا المجال؛ ففي عامي 2024-2025 أطلقت وزارة الصحة، بدعم من اللجنة الدولية للصليب الأحمر (ICRC)، منصة تسجيل للتأهيل تم من خلالها تسجيل أكثر من 4000 شخص. وقد صُممت المنصة على أساس جغرافي (شمال، ووسط، وجنوب غزة)، وتقوم بجمع بيانات تتعلق بنمط البتر وأهلية المرضى للعلاج التأهيلي. غير أن المنظومة تواجه عقبات كبيرة في استخدامها؛ إذ لم يتمكن العديد من المرضى من التوجه إلى لجان التسجيل، وفات آخرين الاطلاع على الإعلانات، فيما غادر الكثير من النازحين القطاع منذ ذلك الحين. ونتيجة لذلك، ما زالت عملية جمع البيانات غير مكتملة، ولا تتوفر قدرات كافية للمتابعة المستمرة.

تحديات إضافية تقوّض موثوقية النظام:

- **عدم تكاملية النظم:** تقوم المستشفيات والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني بجمع البيانات بشكل مستقل دون وجود منصة موحدة تربط بينها.
- **غياب التتبع المستمر للمرضى:** المرضى الذين يُصرّح لهم بالخروج من المستشفيات غالباً ما يُفقد أثرهم في ظل غياب المتابعة الميدانية أو المجتمعية، مما يؤدي إلى مضاعفات يمكن تفاديها مثل تقرّحات الفراش.
- **فجوة بين تركيب الطرف الصناعي ومتابعة المرضى:** تركيب الطرف الصناعي غير مرتبط بتقديم خدمات الصيانة له؛ فمثلاً الأطفال الذين تم تركيب أطراف صناعية متقدمة في الخارج عادوا إلى غزة دون وجود قدرة محلية على الصيانة أو توفير قطع للطرف.
- **انعدام التغذية الراجعة لغاية البحوث:** لا تُرصد النتائج الوظيفية أو الحالة النفسية الاجتماعية أو إعادة الاندماج المجتمعي بصورة منهجية، مما يترك صانعي القرار والجهات المانحة دون بيانات كافية لتقييم فعالية التدخلات.

وتتمثل إحدى الثغرات الجوهرية في غياب تدفق ثنائي ومنتظم للمعلومات بين غزة والضفة الغربية؛ إذ تشير السلطات الصحية في رام الله إلى عدم وجود آلية تتيح تتبّع مسارات مبتوري الأطراف في غزة أو رصد المحالين للعلاج في الضفة أو خارج فلسطين. وتعمل الضفة الغربية حالياً على تجربة قاعدة بيانات وطنية لتسجيل المصابين بالبتر ذاتياً، والتي يمكن أن تتكامل مستقبلاً مع سجل غزة ضمن آلية تنسيق مشتركة.

وأخيراً، لا يوجد نظام منهجي لتتبع حالات البتر التي تغادر غزة. إذ لا تُدرج الإخلاءات الطبية إلى الضفة الغربية أو الأردن أو مصر أو أوروبا في أي قاعدة بيانات وطنية، مما يخلق "فجوة سوداء" في مسار متابعة المرضى. ونتيجة لذلك، تتعرض الاستثمارات لخطر الازدواجية والهدر: فقد يحصل طفل على طرف صناعي مرتين بينما يُحرم آخر تماماً، أو تتعطل أجهزة متقدمة دون أي قدرة محلية على إصلاحها.

الاحتياجات المستخلصة

1. **سجل مبتوري الأطراف والتأهيل (سجل ثنائي ومحمول)**
 - تحويل نظام التسجيل الحالي بين وزارة الصحة في غزة واللجنة الدولية للصليب الأحمر إلى سجل مركزي مستدام، قابل للتشغيل البيئي مع قاعدة البيانات التجريبية في الضفة الغربية وذلك باستخدام قاعدة بيانات بسيطة.
 - أن يشمل السجل جميع حالات البتر في غزة وتلك الحالات التي تم إجلاؤها إلى خارج غزة، مع حقول بيانات تتضمن الموقع الجغرافي، ونوع الأجهزة أو الأطراف الصناعية المستخدمة، واحتياجات المتابعة.
 - جعل السجل الطبي محمولاً (portable) للمرضى النازحين لضمان استمرارية الرعاية عبر نقاط التفتيش والمرافق والحدود.

2. تتبع المسار العلاجي المتكامل والتقارير القياسية

- إنشاء نظام شامل لتتبع المسار العلاجي للمريض يربط البيانات من لحظة الإصابة مروراً بمرحلة تركيب الطرف الصناعي والعلاج التأهيلي ووصولاً إلى المتابعة الدورية ويشمل ذلك التكامل بين سجلات الخروج من المستشفيات، والرعاية الصحية الأولية، ومقدمي خدمات الأطراف الصناعية (في القطاعين العام والخاص والهيئات الأهلية)، والفرق المتنقلة، وخدمات الدعم النفسي والاجتماعي.
- استخدام الترخيص والعقود كوسيلة لضمان التزام جميع مقدمي خدمات التأهيل بمتطلبات الإبلاغ الرقمي القياسية، والطلب من جميع المؤسسات التي توفر الأجهزة أن توثق كذلك خدمات الصيانة والمتابعة.
- إلزام الجهات المعنية بضمان تسجيل المرضى الذين تم إجلاؤهم في السجل عند الإحالة وعند العودة، مع تحميل المنظمات غير الحكومية والجهات الراعية لعمليات الإجلاء مسؤولية إدخال البيانات في الوقت المناسب وبشكل دقيق.

3. الحوكمة، وآليات البحث والتغذية الراجعة، وتنسيق جهود الجهات المانحة

- إنشاء لجنة فنية للتنسيق في مجال التأهيل ونظم المعلومات الصحية تضم ممثلين عن غزة والضفة الغربية ومنظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية، مع تعيين ممثلين لغزة لضمان التبادل الثنائي للبيانات، وتوحيد المعايير، ووضع بروتوكولات واضحة لتبادل المعلومات.
- تطوير وحدة بحث وتعلم في مجال التأهيل (بالتعاون مع الشركاء على المستوى الإقليمي)، بهدف متابعة نتائج المرضى، وتكاليف الخدمات، وجدوى التكلفة، واستكمال حلقة التغذية الراجعة في برامج التدريب، والمشتريات، والتمويل.

حزمة التدخل: نظم المعلومات الصحية

الهدف العام

تطوير نظام معلومات صحي مشترك ومحمول، يخضع لحوكمة فعالة، يضمن تتبّع مسار مبتوري الأطراف من البداية إلى النهاية في غزة والضفة الغربية ومواقع الإجلاءات الطبية في الخارج، بما يحقق تكاملية النظام ويُمكن من استمرارية الرعاية والمسائلة والتخطيط القائم على الأدلة.

ثلاثة محاور لنظم المعلومات الصحية

تتكوّن الحزمة من ثلاثة محاور مترابطة ذات مخرجات واقعية تمتد على مدى ثلاث سنوات. ورغم عرضها بشكل منفصل، إلا أن تنفيذها يجب أن يكون متداخلاً ومتكاملاً.

تسليط الضوء على سجّليّ - السجلات الصحية المحمولة للنازحين

سجّليّ هو سجل صحي إلكتروني شخصي قائم على الحوسبة السحابية، طوّره معهد الصحة العالمية في الجامعة الأمريكية في بيروت. وقد تم تطبيقه بنجاح مع اللاجئين السوريين والفلسطينيين في لبنان، مما أتاح للنازحين الوصول الآمن والمحمول إلى سجلاتهم الطبية.

أهميته بالنسبة لغزة

- يفقد العديد من مبتوري الأطراف النازحين في غزة إمكانية الوصول إلى سجلاتهم الطبية بسبب تدمير المرافق، والتنقلات الجماعية، وتعدد الجهات المقدمة للخدمات.
- يمكن تكييف سجّليّ ليكون سجلاً تأهلياً يُحتفظ به من قبل المريض، بما يضمن استمرارية الرعاية عبر المستشفيات، والفرق الميدانية، والمنظمات غير الحكومية، ومراكز المجتمع المحلي. يتميّز النظام بأنه مشقّر، متعدد اللغات، ومحمول (عبر التخزين السحابي أو أجهزة USB الامنة أو رموز QR)، مما يجعله مناسباً حتى في البيئات غير المستقرة وذات المحدودية في الاتصال بالانترنت.

إن اعتماد نظام سجّليّ في غزة سيّتيح أداة جاهزة ومجربة ميدانياً للحد من الازدواجية في تقديم الخدمات، وتحسين استمرارية الرعاية، وتمكين المرضى، مع الانسجام مع دعوات منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة لتبني الابتكار الرقمي في النظم الصحية الإنسانية.

المرحلة	الإجراءات الرئيسية	المخرجات المتوقعة
التأسيس – بناء السجل الأساسي (السنة الأولى)	<ul style="list-style-type: none"> تحويل سجل وزارة الصحة في غزة – اللجنة الدولية للصليب الأحمر إلى سجل دائم لمبتوري الأطراف وخدمات التأهيل، مع توحيد حقول البيانات بين جميع مقدمي الخدمات. الربط مع قاعدة التسجيل الذاتي في الضفة الغربية من خلال مجموعة بيانات أساسية مشتركة. تجريب نظام "سجل" 34 كسجل صحي محمول يمكن المرضى من حمل بياناتهم الطبية عبر المعابر والحدود. ربط بيانات الخروج من المستشفيات ومزودي الأطراف الصناعية بالسجل. 	<p>تسجيل نحو 6500 من مبتوري الأطراف مع ملفات بيانات مفصلة.</p> <p>منح 2000 مريض ملفاً طبياً محمولاً على نظام "سجل" إلزام جميع مقدمي الخدمات المرخصين في غزة بالتبليغ الإلكتروني.</p>
التوسع – دمج المسارات وتتبع الإخلاء (من سنة إلى سنتين)	<ul style="list-style-type: none"> ربط الفرق المتنقلة/الميدانية ومقدمي الدعم النفسي والاجتماعي وبرامج التأهيل المجتمعي بالسجل. إلزام المنظمات غير الحكومية والجهات المانحة التي ترعى الإخلاء الطبية بالخارج بتسجيل المرضى عند الإحالة والعودة، بما في ذلك تفاصيل الأجهزة والعلاج المقدم. توسيع نطاق استخدام "سجل" ليشمل جميع مبتوري الأطراف الجدد، وضمان توافق استخدامه مع الشركاء في الضفة الغربية والمنطقة (الأردن، مصر). تطوير لوحات متابعة (Dashboards) لاصانعي القرار (تتضمن نسب التغطية، والمتسربين، والنتائج). 	<p>تسجيل وتتبع 80% من مبتوري الأطراف في غزة ومن المحالين إلى الخارج.</p> <p>توثيق مسار علاجي متكامل وموحد (من الإصابة إلى التركيب، والعلاج، والمتابعة).</p> <p>إصدار تقارير دورية حول النتائج الوظيفية والتكاليف موجهة إلى المانحين.</p>
المأسسة – البحث والحكومة والتشغيل البيئي (من 2 إلى 3 سنوات فأكثر)	<ul style="list-style-type: none"> تأسيس لجنة فنية لنظم المعلومات الصحية تضم ممثلين من غزة والضفة الغربية ومنظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية، مع وضع قواعد لتبادل البيانات، والخصوصية، والحكومة. إنشاء وحدة بحث وتعلم في مجال التأهيل لتحليل النتائج، والتكاليف، والفعالية الاقتصادية، وربطها بعمليات التدريب، والمشتريات، والتمويل. مأسسة "سجل" كنظام محمول يحتفظ به المريض، مع ضمان التشغيل البيئي الكامل مع النظم الوطنية والإقليمية للمعلومات الصحية. مقارنة النتائج بين العلاج في الداخل والعلاج في الخارج. 	<p>مأسسة نظم المعلومات الصحية تحت مظلة حوكمة مشتركة.</p> <p>تفعيل طقة البحث والتغذية الراجعة (تقارير سنوية عن النتائج والتكلفة-الفعالية).</p> <p>تغطية وتتبع 100% من المرضى داخل غزة والمحالين إلى الخارج، مع رؤية شاملة للمخططين.</p>

فرص التعاون وأمثلة تطبيقية

إن تعزيز نظم المعلومات الصحية الخاصة بالتأهيل والأطراف الصناعية في غزة لا يمكن تحقيقه بمعزل عن الشركاء الإقليميين والمؤسسات ذات الخبرة. توجد مجموعة من النماذج المجربة ومن فرص التعاون التي يمكن تكييفها لتناسب السياق الغزي:

- **نظام "سجل" (الجامعة الأميركية في بيروت – معهد الصحة العالمية):** نظام صحي إلكتروني محمول سحابي طُبّق بنجاح مع اللاجئين السوريين في لبنان. يوفر سجلات شخصية مشفرة يحتفظ بها المريض ويمكنه حملها عبر الحدود. يقدم هذا النظام استجابة مباشرة لحاجة غزة إلى استمرارية توافر البيانات المحمولة.
- **الضفة الغربية – قاعدة البيانات الوطنية لمبتوري الأطراف:** تقوم وزارة الصحة في رام الله حالياً بتجربة قاعدة بيانات وطنية تسمح بالتسجيل الذاتي لمبتوري الأطراف. يمكن ربط هذه المبادرة بسجل غزة لتشكيل أول نظام معلومات فلسطيني موحد لمبتوري الأطراف. سيسهم هذا الربط الثنائي في تقليل الازدواجية وتوحيد المعايير وضمان الرؤية المتبادلة بين غزة والضفة الغربية.
- **شراكة سجل اللجنة الدولية للصليب الأحمر (غزة):** وبدعم من اللجنة الدولية للصليب الأحمر، تم تسجيل أكثر من 4200 مريض مبتور من خلال رابط وزارة الصحة في غزة. يمكن تطوير هذه المبادرة من قائمة مؤقتة إلى أن تشكل الهيكل الرئيسي الدائم لنظام المعلومات الصحية، مع قابلية التشغيل البيئي مع النظم الإلكترونية في الضفة الغربية والإقليم.
- **أوكرانيا (نموذج للمقارنة):** بعد حرب عام 2022، أنشأت أوكرانيا بسرعة نظاماً إلكترونياً لتتبع المرضى والإبلاغ عن النتائج لمصابي الحرب، بمن فيهم مبتورو الأطراف.³⁵ أظهر هذا النموذج أن البيئات المتأثرة بالنزاع يمكنها بناء نظم معلومات صحية قوية إذا تم استخدام استثمارات الجهات المانحة بشكل أمثل.

³⁴ AUB-GHI, *Sijilli Electronic Health Record Initiative*, 2023.

³⁵ WHO Europe, *Rehabilitation in Ukraine: Rapid Adaptations during Wartime*, 2023.

المحور الخامس: التمويل الصحي للتأهيل والأطراف الصناعية

مبررات العمل

يواجه نظام التأهيل في غزة تحديات لا تقتصر على الجوانب الطبية واللوجستية، بل تمتدّ إلى أزمة تمويل مزمنة. وقد أبرزت المشاورات مع الجهات المعنية ثلاث قضايا تمويلية حرجة:

1. نقص التمويل الحاد وتزايد الاحتياجات غير الملبّاة

بلغ إجمالي المبلغ المطلوب في النداء العاجل لمكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA) لعام 2025 نحو 596.1 مليون دولار أمريكي لمجموعة العمل الصحية (خُصص منها حوالي 555 مليون دولار لغزة وحدها). ومع ذلك، لم يُموّل سوى 24-26% من هذا المبلغ بحلول سبتمبر.³⁶ كما خصّصت منظمة الصحة العالمية مبلغ 265 مليون دولار أمريكي لمرحلة التعافي المبكر والتأهيل ضمن خطتها التشغيلية لعام 2025 من أصل نداء إجمالي بلغ 648 مليون دولار، إلا أن الموارد المتاحة لا تزال بعيدة عن تلبية حجم الاحتياجات الفعلية.³⁷

2. غياب مخصصات محددة للأطراف الصناعية والتأهيل للأطفال

لا تتضمن الموازنات الحالية بنوداً مالية منفصلة للأطراف الصناعية أو لخدمات التأهيل. ولا توجد تقديرات شفافة لتكاليف الوحدة الواحدة (لكل طرف صناعي أو دورة تأهيل)، كما لا توجد مخصصات موجهة لحالات الأطفال رغم حاجتهم إلى عمليات استبدال متكررة للأطراف الصناعية تواكب مراحل نموهم.

3. تمويل مجرّباً وغير منصف

أشار مقدمو الخدمات إلى أن الاعتماد على مشاريع إنسانية قصيرة الأمد وصغيرة النطاق يؤدي إلى ازدواجية في بعض المناطق وحرمان في أخرى. وغالباً ما يُوجّه التمويل نحو الرعاية الطارئة والإصابات الحادة، على حساب برامج التأهيل طويلة الأجل، مما يؤدي إلى تفاوت في إمكانية الحصول على الخدمات وقصور في الاستدامة.

إن نتيجة هذه الاختلالات التمويلية هي بيئة غير متوازنة وغير مستدامة فحتى عندما يتم توفير الأطراف الصناعية للمصابين، تبقى جلسات العلاج الطبيعي والاستبدال الدوري للأطفال غير ممولة – الأمر الذي يؤدي إلى استمرار الإعاقة وتبعية طويلة الأمد يمكن تفاديها.

الاحتياجات المستخلصة

أكدت المشاورات مع الجهات المعنية أن نظام التأهيل في غزة يحتاج إلى منهجية تمويل مزدوج:

- الاستجابة الفورية للحد من المخاطر واستمرارية الخدمات للتأكد من عدم ترك مبتوري الأطراف دون رعاية في فترات التصعيد العسكري أو الحصار أو النزوح.
- تمويل طويل الأمد ومنسّق للانتقال من خدمات تأهيل متفرقة ومحدودة التمويل إلى منظومة مستدامة تشمل تصنيع الأطراف الصناعية، ومراكز التأهيل، وتدريب الكوادر، والدعم النفسي والاجتماعي.

وذلك يتطلب:

- استحداث بنود موازنة واضحة للأطراف الصناعية وتأهيل الأطفال
- الاستثمار في المرافق الصحية وبرنامج القوى العاملة وتقديم أطراف صناعية مدعومة للفئات ذات الدخل المحدود.
- ربط فجوات التمويل مباشرة بالاحتياج الفعلي للمرضى (مثل عدد المصابين المنتظرين للحصول على أجهزة أو جلسات علاج).

استناداً إلى المعايير والتقديرات العالمية (منظمة الصحة العالمية، اللجنة الدولية للصليب الأحمر، أطباء بلا حدود، وبرنامج التأهيل الكبرى)، تُقدّر كلفة تقديم خدمات التأهيل لما يقارب 6500 حالة بتر في غزة (بما يشمل الأطراف الصناعية، وأجهزة الحركة، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي والاجتماعي) بحوالي 22 مليون دولار أمريكي سنوياً.³⁸ ويمثّل ذلك متوسط تكلفة عالمية تتراوح بين 1800 إلى 2500 دولار أمريكي لكل تركيب لطرف صناعي، 500 دولار أمريكي لكل جهاز حركة، 300 إلى 600 دولار أمريكي لكل دورة علاج طبيعي وبما يتلاءم مع الممارسات العالمية.

³⁶ OCHA, Flash Appeal: Occupied Palestinian Territory 2025 – Mid-Year Review, 2025.

³⁷ WHO, Operational Response and Early Recovery Plan for the Occupied Palestinian Territory – 2025, 2025.

³⁸ WHO EMRO and ICRC, WHO Analysis Highlights Vast Unmet Rehabilitation Needs in Gaza and Physical Rehabilitation Programme Annual Report 2011.

كما يتطلب تعزيز صمود النظام استثمارات رأسمالية وبناء قدرات مؤسسية تشمل تحديث ورشات التأهيل والأطراف الصناعية، وإنشاء مراكز تدريب لفنيي الأطراف الصناعية والمعالجين الطبيعيين والأخصائيين النفسيين، وتوسيع البنية التحتية لخدمات التأهيل، وإدخال أنظمة الكترونية لتتبع المرضى، وتقوية سلاسل الإمداد لمواد تصنيع الأطراف الصناعية.

وتشير المعايير الدولية إلى أن كلفة هذه الاستثمارات الرأسمالية ولمرة واحدة تتراوح بين 10 و15 مليون دولار أمريكي خلال أول 2-3 سنوات،³⁹ بالإضافة إلى تخصيص نحو 10-12% من الميزانية السنوية لتقديم الخدمات الصحية إلى تعزيز النظام وبناء القدرات، أي ما يعادل تقريباً 2.5 مليون دولار أمريكي سنوياً في حالة غزة.⁴⁰

بناء على كل ما سبق، فإن يمكن ترجمة هذه المتطلبات إلى الإطار التمويلي التالي:

الإجمالي السنوي التقريبي (دولار أمريكي)	الكلفة السنوية للوحدة (دولار أمريكي)	فئة المستفيدين / نوع الخدمة
2,500,000	2,500	الأطفال مبتورو الأطراف (1000 طفل) - أطراف صناعية
9,900,000	1,800	البالغون مبتورو الأطراف أطراف صناعية - (5500 شخص)
3,250,000	500	أجهزة الحركة والأجهزة المساعدة (للجميع، 6500 مريض)
3,900,000	600	العلاج الطبيعي (بمعدل جلستين أسبوعياً لكل مريض)
1,950,000	300	الدعم النفسي والاجتماعي (الإرشاد، علاج الصدمات)
2,500,000	—	تعزيز النظام والتدريب (نحو 12%)
24,000,000	—	الإجمالي السنوي المطلوب (بما فيه تعزيز النظام)

من دون تمويل موحد ومستدام يمكن التنبؤ به، سيطر قطاع التأهيل في غزة معتمداً على الجهات المانحة، ويعاني من عدم العدالة وضعف الكفاءة. فأنماط التمويل الحالية تُبقي هذا القطاع في دائرة المشروعات الإنسانية قصيرة الأجل التي تعجز عن ضمان استمرارية الرعاية أو دعم إعادة بناء القدرات المحلية. ولكسر هذه الدائرة المتكررة من الانقطاع، يقترح الشركاء المعنيون إنشاء آلية تمويل مخصصة توفر الاستقرار والقدرة على التنبؤ المالي، وتمكن في الوقت ذاته من الاستثمار طويل الأجل في تصنيع الأطراف الصناعية، وتطوير مراكز التأهيل، وتأهيل الكوادر المتخصصة.

³⁹ Humanity & Inclusion, Gaza: Critical Lack of Rehabilitation Services Will Leave a Generation with Permanent Disabilities, October 3, 2024.

⁴⁰ Médecins Sans Frontières, Reconstructive Surgery and Rehabilitation: Global Cost Benchmarks, Technical Brief, 2020.

حزمة التدخل: التمويل الصحي للتأهيل والأطراف الصناعية

الهدف العام

تطوير نهج تمويلي مزدوج المسار يضمن من جهة استمرارية خدمات التأهيل العاجلة في ظل ظروف الأزمات، ومن جهة أخرى تأمين تمويل طويل الأمد وقابل للتنبؤ لبناء نظام خدمات تأهيلية مستدامة في غزة. يهدف هذا النهج إلى ضمان استمرارية الرعاية للأشخاص مبتوري الأطراف في الوقت الحاضر، مع إنشاء هياكل مؤسسية دائمة تضمن رعاية منصفة، عالية الجودة، ومحلية القيادة خلال العقود القادمة.

مراحل التمويل

تتكوّن الحزمة من مرحلتين تمويليين مترابطين كل منهما له نتائجه، يُقدّم كلٌّ منهما بشكل منفصل، لكن يُنفَّذان بشكل متكامل ومتداخل.

المرحلة	المكونات الرئيسية	النتائج المتوقعة
الحد من المخاطر واستمرارية الخدمات (في الأشهر الست الأولى)	<ul style="list-style-type: none"> استخدام وحدات متنقلة للأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية. تنفيذ حملات مناصرة عاجلة للسماح بإدخال الأطراف الصناعية وموادها. بناء عاجل لقدرات الكوادر الطبية في غزة. تجهيز مراكز الرعاية الصحية الأولية لتقديم خدمات التأهيل قبل وبعد تركيب الأطراف. 	<ul style="list-style-type: none"> حجم التمويل: نحو 3 ملايين دولار أمريكي. تشغيل 2-3 وحدات متنقلة للأطراف الصناعية في مختلف مناطق غزة. إنجاز 300-350 عملية تركيب أو صيانة عاجلة للأطراف الصناعية. تدريب 30-50 من الكوادر الطبية المحلية على مهارات التأهيل المبكر. 4-5 مراكز رعاية صحية أولية تقدّم خدمات تأهيل ما قبل وما بعد تركيب الأطراف الصناعية ورعاية ميسّرة. ضمان دخول المواد والمكونات الخاصة بالأطراف الصناعية والمعدات التأهيلية عبر الممرات الإنسانية.
صندوق الرعاية (RCF) التأهيلية (طويل الأمد)	<ul style="list-style-type: none"> إنشاء صندوق ائتماني مستقل يخضع لإشراف دولي. رأسمال وقفي (نحو 200 مليون دولار أمريكي) يولّد 8-9 ملايين دولار سنوياً. مساهمات سنوية من المانحين (تقدّر بـ13-14 مليون دولار أمريكي). آليات تمويل مبتكرة (مثل الأوقاف، وسندات للمغتربين، وسندات للاستثمار الاجتماعي). تغطية شاملة تشمل: الأطراف الصناعية، أجهزة الحركة، العلاج الطبيعي، والدعم النفسي والاجتماعي. استثمارات في التدريب، والبنية التحتية، والأنظمة الالكترونية. 	<ul style="list-style-type: none"> حجم التمويل: نحو 24 مليون دولار أمريكي سنوياً بالإضافة إلى 10-15 مليون دولار استثمار رأسمالي لمرة واحدة خلال أول عامين إلى ثلاثة أعوام.

في حين أن كلا الإطارين الماليين ضروريين، إلا أنهما يؤديان وظائف مختلفة. يتناول الإطار الأول: الحد من المخاطر واستمرارية الخدمات ليهتم بالحاجة العاجلة إلى استمرار تقديم الخدمات خلال المئة يوم القادمة وما بعدها، مع ضمان ألا يُترك أي شخص مبتور الطرف دون دعم حتى في ظل الظروف القاسية للحرب والحصار.

ومع ذلك، فإن الإجراءات قصيرة الأجل وحدها لا يمكن أن تعالج الفجوة التمويلية التي أبقت نظام التأهيل في غزة مجزأً ومعتمداً على مساعدات الجهات المانحة. ولتحقيق الاستدامة الحقيقية، وإمكانية التنبؤ المالي، وتعزيز الملكية المحلية، هناك حاجة إلى آلية تمويل طويلة الأمد.

ولهذا السبب، يتناول القسم التالي بشكل معمق الإطار الثاني: صندوق الرعاية التأهيلية (RCF) وهو آلية تمويل مخصصة صُممت لضمان استمرارية الرعاية لمدة 20 عاماً، وتمكين الاستثمار في المرافق والقوى العاملة، وجذب مزيج متنوع من المانحين والمستثمرين.

المرحلة الثانية: صندوق الرعاية التأهيلية (RCF) لغزة

الهدف العام

يهدف صندوق الرعاية التأهيلية (RCF) إلى ضمان استمرارية رعاية الأشخاص مبتوري الأطراف وذوي الإعاقة في غزة على مدى السنوات العشرين القادمة، مع بناء نظام تأهيل مستدام يقلل الاعتماد على المشاريع الإنسانية المتفرقة. وسيكفل الصندوق حصول كل مريض على الأطراف الصناعية، وأجهزة المساعدة على الحركة، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي الاجتماعي، وذلك من خلال آلية تمويل مستدامة وشفافة وواضحة.

المقترح

يُصمم صندوق الرعاية التأهيلية كآلية تمويل موحدة ومتخصصة تضمن استثمارات طويلة الأمد في خدمات التأهيل. فهو يتجاوز أسلوب المنح الفردية قصيرة الأجل ليؤسس الاستقرار والوضوح المستقبلي، مما يتيح لكل من المرضى ومقدمي الخدمات التخطيط بثقة.

الأهداف الرئيسية تشمل:

- استمرارية رعاية نحو 6500 مريض على مدى 20 عام.
- توفير الأطراف الصناعية وأجهزة المساعدة والعلاج الطبيعي والدعم النفسي الاجتماعي بشكل منتظم ومتواصل.
- تطوير منظومة تأهيل شاملة من خلال التدريب، وبناء المرافق، وتعزيز الابتكار وسلاسل الإمداد.
- تنويع مصادر التمويل عبر مزيج من التمويل الحكومي، والدعم الخيري، والاستثمارات ذات الأثر الاجتماعي.
- ضمان المصداقية والحوكمة الرشيدة من خلال هيكل وصاية مستقل يخضع لإشراف شامل وتمثيلي.

إن تحقيق هذه الأهداف مجتمعةً سيجعل من صندوق الرعاية التأهيلية ليس مجرد أداة تمويل، بل منصة لإعادة بناء النظام الصحي، تربط بين الاحتياجات العاجلة للمرضى والاستثمارات الهيكلية التي تقلل الاعتماد طويل الأمد على المساعدات الإنسانية.

هيكلية الصندوق وآلية التمويل

سيُنشأ الصندوق كصندوق ائتماني مستقل يخضع لولاية دولية، وستُعبأ موارده عبر نموذج تمويلي هجين يجمع بين ما يلي

- رأس مال وقفي من الجهات المانحة الرئيسية لتأمين قاعدة تمويلية مستقرة (200 مليون دولار أمريكي تُدرّ نحو 8-9 ملايين دولار سنوياً).
- مساهمات سنوية من الحكومات والجهات متعددة الأطراف والجهات الخيرية وبرامج المسؤولية المجتمعية للشركات لضمان استمرارية تقديم الخدمات (نحو 13-14 مليون دولار سنوياً).
- آليات تمويل مبتكرة مثل الأوقاف (الوقف)، وسندات للمغتربين، والتمويل المدمج، وسندات الاستثمار الاجتماعي، بهدف جذب شرائح متنوعة من المستثمرين وربط رأس المال بنتائج قابلة للقياس في مجال التأهيل (نحو مليوني دولار سنوياً بالإضافة إلى رأس مال تحفيزي).

يوازن هذا الهيكل بين الاستقرار المالي طويل الأمد والمرونة في الاستجابة للاحتياجات المتغيرة على أرض الواقع، ويضمن تدفقاً تمويلياً متوقعاً يقارب 24 مليون دولار سنوياً، بما يتماشى مع التكلفة التقديرية لخدمات التأهيل الشاملة وجهود تعزيز النظم الصحية.

الحوكمة والمساءلة

لتحويل التمويل إلى أثر مستدام، يجب أن يستند الصندوق إلى نموذج حوكمة يرسّخ ثقة المانحين، ويحافظ على الموارد، ويضمن أن تبقى نتائج المرضى في صميم عملية صنع القرار:

- **مجلس الأمناء:** يتولى الإشراف المستقل ويضم ممثلين وطنيين ودوليين، وخبراء طبيين، وممثلين من المرضى والمجتمع المحلي.
- **مدير الصندوق:** شركة استثمارية مهنية مسؤولة عن أداء رأس المال الوقفي وضمان استدامة العائدات.
- **الأمانة التنفيذية:** جهة فلسطينية (بقيادة وزارة الصحة) تتولى تنسيق البرامج مع مقدمي خدمات التأهيل والشركاء في القطاع.
- **المتابعة والتقييم:** تقدم تقارير سنوية لقياس النتائج، مع مؤشرات تتبع تشمل قدرة الحركة، وإعادة الاندماج الاجتماعي، والرعاية النفسية والاجتماعية.
- **الشفافية:** بيانات مالية مدققة بانتظام، ولوحات تحكم (Dashboards) لمتابعة الأثر، وتقارير عامة لبناء الثقة وتعزيز مصداقية الصندوق لدى المانحين.

وبذلك، ينقل صندوق الرعاية التأهيلية القطاع من المساعدات المتفرقة والمبنيّة على مشاريع قصيرة الأمد إلى نموذج تمويلي استراتيجي وموحد قادر على دعم رعاية المرضى وتعافي النظام الصحي على المدى الطويل. يوفّر الصندوق للمانحين آلية موثوقة وشفافة للاستثمار في مستقبل غزة، تضمن ألا يُترك أي مَبْتور دون رعاية، وأن تصبح خدمات التأهيل ركيزة من ركائز الصمود والاستدامة بدلاً من أن تبقى معتمدة على المساعدات الإنسانية المتفرقة.

إطار العمل للتمويل: صندوق الرعاية التأهيلية (RCF)

مزيج التمويل السنوي

- رأس مال وقفي: 200 مليون دولار أمريكي ليدّر حوالي 8-9 ملايين دولار سنوياً.
- مساهمات سنوية: 13-14 مليون دولار سنوياً (من الحكومات، والمنظمات متعددة الأطراف، وبرامج المسؤولية المجتمعية للشركات، والمؤسسات الخيرية).
- التمويل المبتكر: حوالي 2 مليون دولار سنوياً + رأس مال تحفيزي (من أوقاف، وسندات للمغتربين، وسندات الاستثمار الاجتماعي).

إجمالي التدفق المالي السنوي المتوقع: نحو 24 مليون دولار أمريكي

=> يتماشى مع الاحتياجات السنوية الأساسية لتوفير الأطراف الصناعية، وأجهزة المساعدة على الحركة، والعلاج الطبيعي، والدعم النفسي الاجتماعي، وتعزيز النظم الصحية.

الأفق الزمني طويل الأمد

- تكلفة البرنامج على مدى 20 عاماً: حوالي 480 مليون دولار أمريكي (غير معدّلة للتضخم).
- تكلفة رأسمالية لمرة واحدة: 10-15 مليون دولار أمريكي (خلال أول سنتين إلى ثلاث سنوات لدعم الورشات التدريبية والمرافق ومراكز التدريب).

المحور السادس: القيادة والحوكمة لنظم التأهيل

الحوكمة والقيادة: الخطوات المستقبلية

مبررات العمل

إن مبررات العمل في مجالات التمويل، والقوى العاملة، وتقديم الخدمات، والتقنيات، وأنظمة المعلومات الصحية واضحة: فكلّ منها يحتاج إلى استثمار عاجل لمنع انهيار أنظمة التأهيل في غزة. ومع ذلك، فإن نجاح هذه الجهود يعتمد في نهاية المطاف على عامل محوري واحد، ألا وهو الحوكمة والقيادة.

في الوقت الراهن، تتسم الاستجابة للاحتياجات التأهيلية لغزة بقدر كبير من عدم الشمولية والازدواجية وقصر الأمد؛ إذ تعمل المنظمات غير الحكومية والجهات المانحة غالباً وحدها دون أي تنسيق مع بعضها البعض، وفي كثير من الأحيان دون تنسيق فعّال مع السلطات المختصة. وقد أكدت الجهات المعنية مراراً أنه من دون حوكمة واضحة المعالم، فإنّ الاستثمارات المادية والبشرية ستكون عرضة للهدر.

ماذا يحدث إذا لم نبادر؟ الدروس المستفادة من نماذج الإجماع

تُظهر تجربة الجهات التي دعمت إجلاء مبتوري الأطراف من غزة بروز مخاطر لغياب التنسيق وضعف النظام. فقد أدى انعدام تكاملية وشمولية الخدمات وغياب الاستجابة المنظمة إلى أضرار مباشرة أصابت المرضى، وهدرت الموارد، وحتى وصلت إلى الاستغلال:

- انقطاع استمرارية الرعاية: يتلقى مبتورو الأطراف أطرافاً صناعية في الخارج من دون أي خطة لمتابعتهم، فيعود كثيرون بأجهزة لا يمكنهم استخدامها.
- قصر الأمد والاستغلال: بعض المنظمات تقدّم الأجهزة لأغراض دعائية أو لجذب التمويل، من دون أي دعم مستدام. وقد يحصل بعض المرضى على عدة أطراف غير صالحة للاستعمال، بينما يُحرم آخرون كلياً من الرعاية.
- إهمال المصابين بتر الأطراف العلوية: يتركّز معظم الدعم على الأطراف السفلية، بينما يظل مبتورو الأطراف العلوية - وخاصة الأطفال - محرومين من الخدمات تقريباً بشكل تام.
- تهميش البالغين: على الرغم من أن نحو 30% من مبتوري الأطراف هم من البالغين، فإن الأولوية في الإجماع تُعطى غالباً للأطفال، مما يترك أعداداً كبيرة من البالغين من دون تأهيل.
- ضعف تكاملية الخدمات والازدواجية: في غياب سجل مركزي للمرضى، يتلقى البعض تدخلات متكرّرة، في حين لا يُدرج آخرون ضمن أي برنامج دعم.

إن لم يتم إعادة بناء نظام للتأهيل ولتوفير الأطراف الصناعية في غزة بناءً على أسس واضحة وأخلاقية ومنسّقة، ستتكرّر الإخفاقات نفسها على نطاق أوسع. سيبحث المصابون عما توفر من مشاريع تنفّذها منظمات غير حكومية، وسيكبر الأطفال من دون الحصول على أطرافٍ بديلة، وستهدر أموال المانحين على تدخلات قصيرة الأجل أو ذات جودة رديئة.

تُبرز تجربة الإجماع الحاجة الملحة إلى ما يلي:

- رعاية أخلاقية قائمة على الحقوق بدلاً من المبادرات القائمة على الدعاية أو التسويق.
- مشتريات مركزية ونظم صارمة لضمان الجودة لمنع تركيب أطراف غير آمنة أو غير ملائمة.
- مسارات تأهيلية متكاملة وطويلة الأمد تشمل الأطفال والبالغين على حد سواء.
- قدرات مخصصة للأطراف العلوية الصناعية، وليس التركيز فقط على الأطراف السفلية.

التحول من المشاريع إلى النظم

تتحقق الحوكمة الرشيدة في مجال التأهيل من خلال إنشاء هيكل توجيهي مشترك يربط بين جميع الجهات الفاعلة في غزة والضفة الغربية، ويُحدّد معايير جودة موحّدة للأطراف الصناعية وبرامج التدريب، ويُنسّق تمويل المانحين ضمن أولويات مشتركة. تُحوّل هذه المنهجية خدمات التأهيل من استجابة آنية وموجّهة نحو الطوارئ إلى نظام رعاية متماسك وخاضع للمساءلة. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أنّ الحوكمة ليست عنصراً منفصلاً، بل هي الخيط الذي يربط جميع المحاور الأخرى:

- **التمويل** لا يمكن أن يكون واضحاً ومنصفاً إلا عندما يُجمع ضمن آلية واحدة ويُشرف عليه هيكل حوكمة خاضع للمساءلة.
- **زيادة القوى العاملة** والحفاظ عليها يتطلب اعتماداً مهنيّاً ودمجاً ضمن الهياكل الرسمية.
- **تقديم الخدمات** يتحسن عندما يكون هناك تنسيق بين المرافق الصحية، والخدمات المتنقلة، والرعاية النفسية والاجتماعية يعتمد على خطة موحّدة.
- **التقنيات** تحتاج إلى أنظمة تضمن إدخال الأجهزة التي يمكن صيانتها محلياً فقط.
- **نظم المعلومات الصحية** تتطلب حوكمة تُطبّق المعايير وتضمن تبادلًا ثنائي الاتجاه للمعلومات وتجعل بيانات المرضى محمولة بين غزة والضفة الغربية والخارج.

وتوجد بالفعل فرص واعدة، فتيسير منظمة الصحة العالمية للجنة الفنية للأطراف الصناعية وتقويم العظام هي خطوة أولى مهمة. كما أن الجامعة العربية الأميركية وشركاء إقليميين مثل الجامعة الأميركية في بيروت والخدمات الطبية الملكية الأردنية يقدمون نماذج رائدة في مجالي الاعتماد ووضع المعايير.

الحوكمة القائمة على البراهين

تمثّل الزيادة غير المسبوقة في حالات بتر الأطراف بين الأطفال في غزة تحدياً استثنائياً. فليس هناك سوابق عالمية كافية لإدارة فئة بهذا الحجم من الأطفال ممن يحتاجون إلى رعاية طويلة الأمد للأطراف الصناعية، تشمل إعادة قولبة الأطراف بشكل متكرر والدعم النفسي والاجتماعي المستمر حتى مرحلة البلوغ. تفرض هذه الحقيقة ضرورة تجاوز النماذج التقليدية في تقديم الرعاية، والاستثمار في البحث العلمي والابتكار وتطوير مسارات رعاية جديدة تراعي الاحتياجات المتغيرة للأطفال على مدى حياتهم.

لماذا تُعدّ فئة الأطفال مبتوري الأطراف في غزة فريدة من نوعها

- **حجم غير مسبوق:** تسجّل غزة أعلى عدد من الأطفال مبتوري الأطراف نسبةً إلى عدد السكان على مستوى العالم، مما يخلق فئة لا سابقة لها دولياً.
- **احتياجات مستمرة مدى الحياة:** يحتاج الأطفال إلى إعادة تركيب أو تعديل الأطراف الاصطناعية بشكل متكرر مع نموهم - عادةً كل 12 إلى 18 شهراً- مما يضاعف التكاليف والطلب على الخدمات طوال حياتهم.
- **عبء نفسي واجتماعي معقد:** تتفاقم حالات البتر لدى الأطفال بسبب الصدمات النفسية، والنزوح، وفقدان أفراد الأسرة أو الدعم المجتمعي، ما يتطلب رعاية مكثفة في مجال الصحة النفسية.
- **فجوة في الأدلة العالمية:** هناك نقص شديد في الأبحاث حول إدارة حالات البتر واسعة النطاق بين الأطفال في سياقات النزاع، مما يجعل غزة سياقاً حاسماً للابتكار والتوثيق وتبادل الخبرات.

إن الدروس المستخلصة من تجربة غزة يمكن أن تُرسي معايير عالمية جديدة لإعادة تأهيل الأطفال مبتوري الأطراف في سياقات النزاع وما بعد النزاع.

الطريق المستقبلي واضح: يجب أن تتطور الحوكمة من إشراف مجزأ وقصير الأمد إلى نظام شامل وشفاف وخاضع للمساءلة ويضع المعايير، ويؤدّد التمويل، ويضمن أن يحصل كل مبتور طرف في غزة - طفلاً كان أم بالغاً - على رعاية عادلة ومستدامة.

فوجود الحوكمة الرشيدة، ستُترجم الاستثمارات في جميع المكوّنات الأخرى (اللبّات الأساسية) إلى قيمة مستدامة وأثر مستمر؛ أما في غيابها، فستظل هذه الجهود عُرضة للتكرار، وعدم المساواة، والهدر.

تعزيز الحوكمة الصحية الفلسطينية

في صميم صندوق الرعاية التأهيلية تكمن **الأمانة العامة وقيادة فلسطينية** تعمل كالمحرّك التشغيلي والتنسيقي للصندوق. يهدف تصميمها إلى ضمان أن يكون إعادة بناء نظام خدمات التأهيل **على أساس الملكية الوطنية وبدعم دولي**، مع تحقيق توازن بين الشرعية، والدقة التقنية، والشفافية.

مهام الأمانة العامة

تعمل الأمانة العامة كذراع تنفيذية للصندوق، وتكون مسؤولة عن التنسيق، والإشراف، وإعداد التقارير. وتشمل وظائفها الأساسية ما يلي:

- **التنسيق الاستراتيجي:** ضمان الاتساق بين وزارة الصحة، ومقدّمي الخدمات، والجهات المانحة، والجهات الفنية، مع الحفاظ على التماسك عبر المحاور الثلاثة لخارطة طريق التأهيل.
- **دعم إدارة الصندوق:** إعداد خطط الاستثمار، وتقييم مقترحات المشاريع، ومتابعة صرف الأموال، وضمان المساءلة عن النتائج.
- **الإشراف الفني:** تنظيم مجموعات عمل متخصصة في الأطراف الصناعية وتقويم العظام، وإعادة تأهيل الأطفال، وأنظمة المعلومات الصحية لضمان الحفاظ على المعايير الفنية.
- **مركز للمعرفة والتعلّم:** إدارة قواعد البيانات، وسجلات المرضى، وشراكات البحث لإنتاج الأدلة وتوجيه التعلّم التكيفي.
- **الاتصال والمناصرة:** عرض الأولويات المشتركة على المانحين، وتمكين الأصوات المحلية، والتواصل حول النتائج مع الجهات الدولية.
- **بناء القدرات:** دعم تطوير المؤسسات والقوى العاملة لتعزيز القيادة الفلسطينية وتقليل الاعتماد على الخبرات الخارجية.

خصائص الحوكمة

ينبغي أن تكون الأمانة العامة:

- **بقيادة فلسطينية،** وتخضع للمساءلة أمام **مجلس أمناء متعدد الأطراف** يضم ممثلين عن وزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية الوطنية والشركاء الإقليميين وممثلي الجهات المانحة.
- **مزودة بكوادر مهنية** تجمع بين القيادة الوطنية ودعم فني دولي مؤقت ومحدد زمنياً.
- **شفافة وعرضة للتدقيق،** من خلال نشر التقارير العامة، والإعلان المفتوح عن الدعوات لتقديم المقترحات، وإجراء مراجعات مستقلة سنوية.
- **قابلة للتكيف،** بحيث تستطيع مواصلة العمل حتى في ظل القيود الإنسانية، عبر التنسيق عن بُعد، وتنفيذ البرامج الميدانية المتنقلة، ووضع خطط طوارئ فعالة.

ترسخ هذه الهيكلية مبدأ **الحوكمة الفلسطينية في صميمها**، مع ضمان الاستفادة من الخبرات الإقليمية والدولية. كما يُحوّل الصندوق إلى **آلية تمويل ومنصة** تنسيق في آن واحد، مما يعزز الاتساق والثقة والمساءلة بين جميع الجهات العاملة في مجال التأهيل.⁴¹

⁴¹ The American University of Beirut's Global Health Institute (AUB-GHI) has offered to provide institutional support to the Secretariat, including hosting functions during the inception phase, technical coordination, and capacity-building for Palestinian staff to ensure rapid localization of governance and management.

النداء الختامي للشراكة

رغم ضخامة التحديات، فإن الطريق إلى الحل متاح ويمكن تحقيقه. يجب أن يقوم نظام خدمات التأهيل في غزة لمبتوري الأطراف على مسارين متوازيين:

1. **ضمان استمرار الخدمات في ظروف الأزمات** من خلال تقديم الخدمات المتنقلة أو من خلال المجتمع ومسارات إحالة الحالات إقليمياً، وخدمات التأهيل عن بُعد، وتوفير المخزونات الطارئة.
2. **وضع الأسس لنظام مستدام** يقوم على تمويل واضح ومستقر، وكوادر متخصصة ومستدامة، وخدمات متكاملة ومتاحة، وتقنيات مناسبة، ونظم معلومات قوية.

إن نظام إعادة التأهيل في غزة لمبتوري الأطراف لا يحتاج إلى إعادة بناء من الصفر، بل يحتاج إلى تنظيم وربط واستدامة. فمكوناته الأساسية واضحة: تمويل مستدام وقابل للتنبؤ، كوادر متخصصة ينبغي الاحتفاظ بها، خدمات متكاملة ومتاحة بسهولة، تقنيات مناسبة ويمكن صيانتها، ونظم معلومات تجعل لكل مريض ملف خاص به في النظام الصحي. ومع ذلك، فإن الحوكمة والقيادة هما العنصران اللذان سيربطان هذه المكونات معاً، ويمنعان اللزدواجية، ويقودان توحيد المعايير، ويضمنان تحقيق أفضل قيمة لكل دولار يُستثمر في خدمات التأهيل.

ندعو الجهات المانحة والشركاء الفنيين والمؤسسات الإقليمية إلى الانضمام في صياغة هذا الجهد الجماعي. فبشراكتكم، يمكن لغزة أن تتجاوز الاستجابات الطارئة غير المترابطة إلى الالتزام بمسار مزدوج يضمن، حتى في أشد الظروف قسوة، ألا يُترك مبتورو الأطراف دون رعاية، مع العمل في الوقت ذاته على بناء نظام متكامل وعادل قائم على الأدلة العلمية. معاً، يمكننا أن نعيد ليس فقط القدرة على الحركة، بل أيضاً الكرامة والمشاركة والأمل لآلاف مبتوري الأطراف، ولا سيما الأطفال الذين تعتمد حياتهم ومستقبلهم على ذلك.

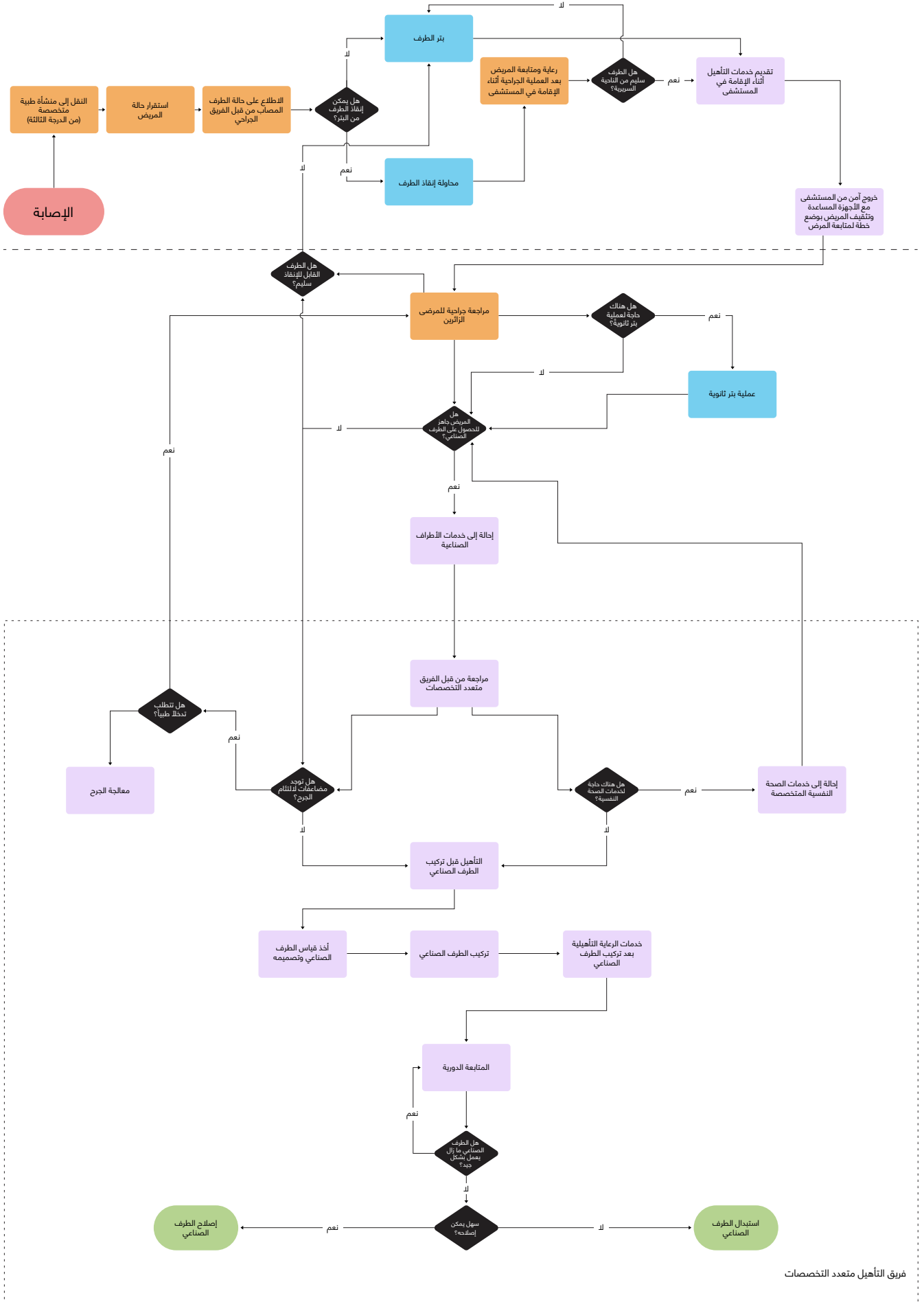
الملحق (أ): مسارات المرضى قبل الحرب وأثناءها

يُقدّم هذا الملحق شكلين توضيحيين يبيّنان كيف تغيّرت مسارات المرضى المصابين بإصابات في الأطراف السفلية ومبتوري الأطراف في غزة من نظام محدود لكنه فعّال في التعافي والتأهيل، إلى خدمات متفرقة ومجهدّة وغير آمنة في الوقت الراهن.

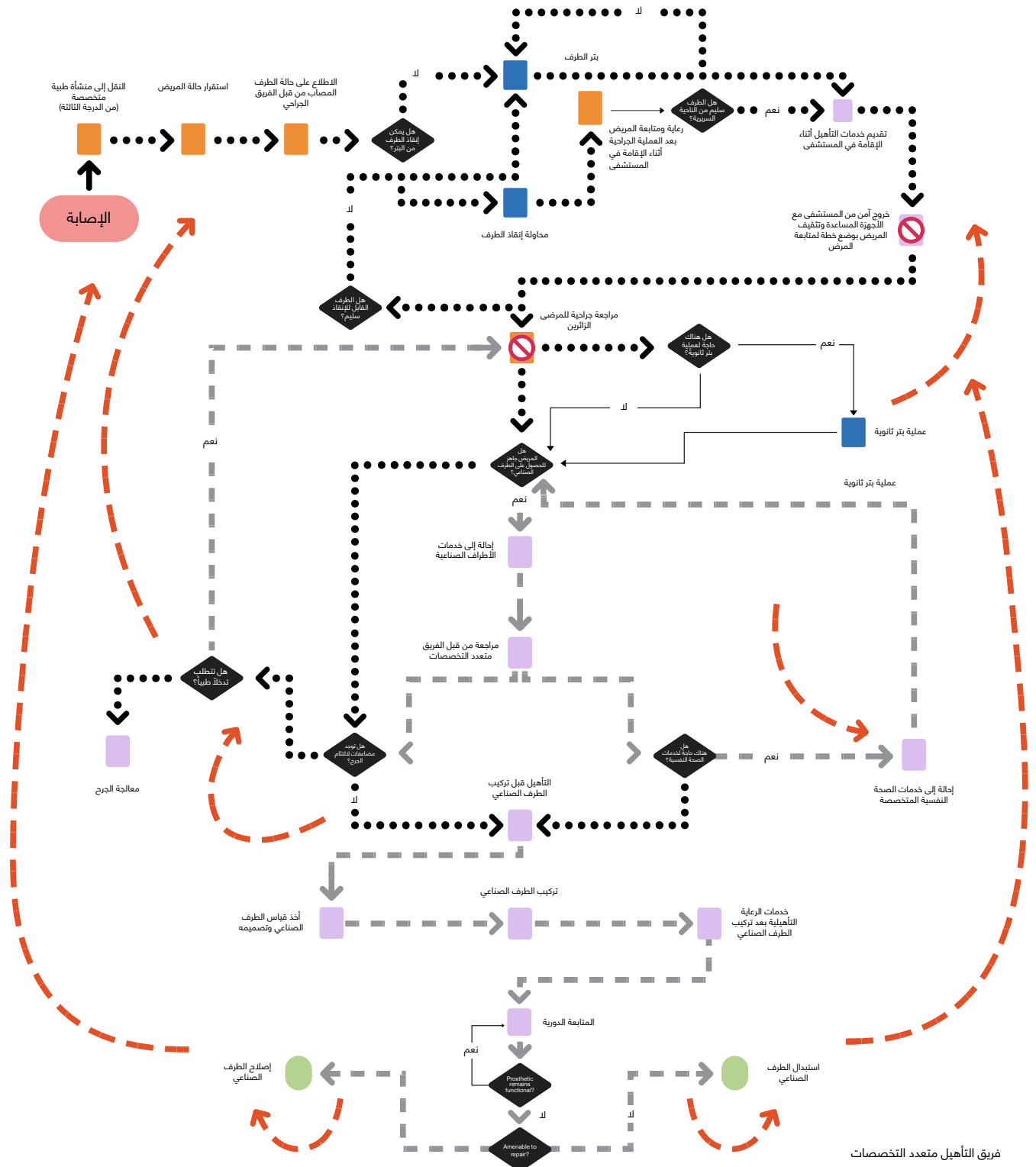
الشكل (أ-1) يوضّح المسار قبل الحرب، حيث كان هناك نظام فعال نسبياً لإعادة بناء الأطراف السفلية هذا عن توفر خدمات التأهيل. كان المرضى يتلقون الخدمات في مركزين متخصصين للتأهيل يقدمان خدمات متكاملة تضمن الرعاية المستمرة ضمن المركز. وكانت الفرق متعددة التخصصات - تتكون من جراحين، وأخصائيي العلاج الطبيعي والوظيفي، وفنيي الأطراف الصناعية، والمتخصصين في الصحة النفسية - تقدم علاجاً تكاملياً يُعالج الجوانب الجسدية والنفسية معاً. كما تضمّن المسار رعاية المرضى في المستشفيات وتدريباً مهنيّاً، وبرامج منظمة لبناء القدرات تهدف إلى تعزيز الكفاءة المهنية للعاملين في هذا المجال. وقد ساهمت هذه المكونات مجتمعةً في دعم التعافي الشامل، ومكّنت المرضى من استعادة وظائفهم الحركية وإعادة دمجهم في مجتمعاتهم.

أما الشكل (أ-2) فيُظهر المسار الحالي للمرضى الذين يعانون من بتر الأطراف نتيجة الإصابات الرضّية. ويبرز كيف أدت العمليات العسكرية الإسرائيلية المستمرة والحصار المفروض إلى تعطيل القدرات على تقديم الرعاية الصحية في جميع مراحلها. فقد تسبّب تدمير المرافق الصحية، ونقص الأدوية والأطراف الصناعية، وصعوبة الوصول إلى الأخصائيين في تقليص فرص إنقاذ الأطراف، وزيادة أعداد حالات البتر، وإضعاف فرص التعافي. ويواجه المرضى حالياً تأخراً في الحصول على رعاية طبية، ومخاطر أثناء التنقل لتلقي العلاج، ونظاماً صحياً غير قادر على تلبية الطلب المتزايد على صيانة واستبدال الأطراف الصناعية وخدمات التأهيل. كما أصبحت موارد خدمات التأهيل متفرقة وبعيدة جداً عن تلبية احتياجات العدد المتزايد من مبتوري الأطراف، مما ترك العديد منهم دون دعم كافٍ لإعادة الاندماج على المدى الطويل.

الشكل (أ-1) مسار المرضى قبل الحرب لإعادة بناء الأطراف السفلية وللحصول على خدمات التأهيل



الشكل (أ-2): المسار الحالي للمرضى الذين يعانون من بتر الأطراف نتيجة الإصابات الرضية تحت وطأة العمليات العسكرية والحصار



فريق التأهيل متعدد التخصصات

1. World Health Organization. Estimating Trauma Rehabilitation Needs in Gaza: September 2025 Update. Geneva: WHO, 2025. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-who/estimating-trauma-rehabilitation-needs-in-gaza-september-2025.pdf?sfvrsn=8baaffb2_1&download=true.
2. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA). If Not for the Sake of Anyone Else, Then at Least for Children ... Official Statement. Amman: UNRWA, 2025. <https://www.unrwa.org/newsroom/official-statements/unrwa-commissioner-general-gaza-gaza-now-home-highest-number-child>.
3. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva: World Health Organization, 2010. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>.
4. World Health Organization. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Geneva: World Health Organization, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329909>.
5. Stakeholder interviews with rehabilitation actors in Gaza, July–September 2025.
6. Humanity & Inclusion. More than 6 thousand prosthetic limbs needed in Gaza. Press release, June 5, 2025. <https://www.humanity-inclusion.org.uk/en/more-than-6-thousand-prosthetic-limbs-needed-in-gaza>.
7. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Financial Tracking Service (FTS), Flash Appeal 2025 – Funding Progress. New York: OCHA, 2025. <https://fts.unocha.org/appeals/1234/summary>.
8. World Health Organization. Rehabilitation Task Force Terms of Reference. WHO Health Cluster, 2024. <https://response.reliefweb.int/palestine/rehabilitation-task-force>.
9. Author's compilation. Current Response Actors at a Glance. Based on stakeholder consultations and publicly available reports. August 2025.
10. Palestinian Medical Relief Society (PMRS). Community-Based Rehabilitation in Palestine – Annual Report. 2021. <https://pmrs.ps/annual-report-2021>.
11. Gaza Community Mental Health Programme (GCMHP). Mental Health and Psychosocial Services in Gaza. 2022. <https://www.gcmhp.org/en/publications/mental-health-and-psychosocial-services-2022>.
12. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA). Annual Health Programme Report. 2022. <https://www.unrwa.org/resources/reports/annual-health-report-2022>.
13. Bethlehem Arab Society for Rehabilitation (BASR). Annual Report. 2022. <https://basr.org/en/annual-report-2022>.
14. Jordanian Royal Medical Services. New Royal Initiative Launched to Address Gaza Amputee Crisis. Jordan Times, August 26, 2024. <https://jordantimes.com/news/local/new-royal-initiative-launched-address-gaza-amputee-crisis>.
15. Médecins Sans Frontières. MSF Officially Opens Upgraded Reconstructive Surgery Hospital for Victims of War. Press release, September 7, 2015. <https://www.msf.org/jordan-msf-officially-opens-upgraded-reconstructive-surgery-hospital-victims-war-amman>.
16. World Health Organization (WHO). Ukraine Rehabilitation Response – Situation Report. 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/ukraine-rehabilitation-response-situation-report-2023>.
17. International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO). Workforce Norms and Global Standards. <https://www.ispoint.org/page/workforce-norms-global-standards>.
18. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean (WHO EMRO). Access and Movement Restrictions Impact on Health Workforce – Occupied Palestinian Territory Update. 2025. <https://www.emro.who.int/opt/information-resources/access-movement-restrictions-health-workforce-2025.html>.
19. World Health Organization (WHO). Emergency Medical Teams in Gaza, March–May 2025. 2025. <https://www.who.int/publications/m/item/emt-gaza-march-may-2025>.
20. Arab American University. P&O Program Launch Announcement. Jenin, 2024. <https://www.aaup.edu/News/po-program-launch-2024>.
21. University of Jordan. Faculty of Rehabilitation Sciences – Program Overview. Amman, 2024. <https://rehabsci.ju.edu.jo/Pages/ProgramOverview2024.aspx>.
22. American University of Beirut. Mobile University for Health (MUH). Global Health Institute, December 12, 2024. <https://ghi.aub.edu.lb/muh/>.
23. American University of Beirut. Certificate in Conflict Medicine (CCM). Global Health Institute, January 27, 2025. <https://ghi.aub.edu.lb/ccm/>.
24. American University of Beirut. Humanitarian Leadership Diploma (HLD). Global Health Institute, 2025. <https://ghi.aub.edu.lb/hld/>.
25. American University of Beirut. Center for Research and Education in the Ecology of War (CREEW). Global Health Institute, October 1, 2025. <https://ghi.aub.edu.lb/creew/>.
26. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). Rehabilitation in Ukraine: Rapid Response Fellowship Models for War-Related Trauma. 2023. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/rehabilitation-ukraine-fellowship-models-2023>.
27. Arab American University. Rehabilitation Sciences Research Projects – P&O Program. 2024. <https://www.aaup.edu/News/rehabilitation-sciences-research-projects-2024>.
28. International Committee of the Red Cross (ICRC). Physical Rehabilitation Programme – Jordan Overview. 2022. <https://www.icrc.org/en/document/physical-rehabilitation-programme-jordan-overview-2022>.
29. American University of Beirut. Humanitarian Engineering Initiative. 2017. <https://www.aub.edu.lb/hei/Pages/default.aspx>.
30. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). Rehabilitation in Ukraine: Expanding Prosthetic Access through Local Partnerships. 2023. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/rehabilitation-in-ukraine-expanding-prosthetic-access-2023>.

31. Imperial College London. Centre for Blast Injury Studies – Research Highlights. 2023. <https://www.imperial.ac.uk/blast-injury/research/research-highlights/>.
32. United Nations Industrial Development Organization (UNIDO). Joint Programme on Assistive Technology Innovation and Local Production. 2019. <https://www.unido.org/resources-publications/joint-programme-assistive-technology-innovation-local-production>.
33. World Health Organization (WHO). GATE: Global Cooperation on Assistive Technology. 2017. <https://www.who.int/initiatives/gate>.
34. American University of Beirut, Global Health Institute (GHI). Sijilli Electronic Health Record Initiative. 2023. <https://ghi.aub.edu.lb/sijilli>.
35. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe). Rehabilitation in Ukraine: Rapid Adaptations during Wartime. 2023.
36. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). Flash Appeal: Occupied Palestinian Territory 2025 – Mid-Year Review. New York: OCHA, 2025. https://www.unocha.org/attachments/b1c5c8ec-55e0-4772-919a-50d6aff3dabe/OPT_Flash_Appeal_2025_EN.pdf.
37. World Health Organization (WHO). Operational Response and Early Recovery Plan for the Occupied Palestinian Territory – 2025. Geneva: WHO, 2025. <https://www.emro.who.int/images/stories/palestine/WHO-operational-response-and-early-recovery-plan-for-oPt-2025.pdf>.
38. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. WHO Analysis Highlights Vast Unmet Rehabilitation Needs in Gaza. September 12, 2024. <https://www.emro.who.int/opt/news/who-analysis-highlights-vast-unmet-rehabilitation-needs-in-gaza.html>; International Committee of the Red Cross (ICRC). Physical Rehabilitation Programme Annual Report 2011. Geneva: ICRC, 2012. https://www.icrc.org/sites/default/files/document/file_list/physical_rehabilitation_annual_report_2011.pdf.
39. Humanity & Inclusion (HI). Gaza: Critical Lack of Rehabilitation Services for Injured Will Leave a Generation with Permanent Disabilities. October 3, 2024. <https://www.humanity-inclusion.org.uk/en/gaza-critical-lack-of-rehabilitation-services-for-injured-will-leave-generation-of-people-with-permanent-disabilities>.
40. Médecins Sans Frontières (MSF). Reconstructive Surgery and Rehabilitation: Global Cost Benchmarks. MSF Technical Brief. Paris: MSF, 2020.



مؤسسة التعاون هي منظمة فلسطينية غير ربحية رائدة تأسست عام 1983، تُكرّس جهودها لتعزيز التعليم والثقافة والتنمية المجتمعية والإغاثة الإنسانية، بهدف تمكين المجتمعات الفلسطينية والحفاظ على هويتها في فلسطين ومخيمات اللاجئين في لبنان.

www.taawon.org



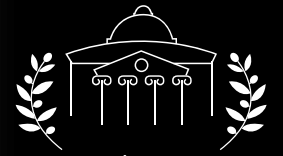
AMERICAN
UNIVERSITY
OF BEIRUT



معهد الصحة العالمية

معهد الصحة العالمية هو معهد أكاديمي أُسس عام 2017 في الجامعة الأميركية في بيروت، يُكرّس جهوده للتصدي للتحديات الصحية العالمية من خلال البحث والسياسات والمناصرة، ويعمل على تعزيز الحلول المستندة إلى السياق المحلي والمبنية على القيادة المحلية.

www.aub.edu.lb/ghi



مؤسسة منيب وأنجلا المصري
Munib & Angela Masri Foundation

مؤسسة منيب وأنجلا المصري هي مؤسسة خيرية مستقلة وغير ربحية، تأسست عام 1970 برؤية وإدارة من منيب رشيد المصري وزوجته أنجلا كجلر المصري، تركز المؤسسة جهودها لدعم التعليم والرعاية الصحية والتمكين الاقتصادي والثقافة، بما يضمن تمكين جميع الأفراد من نيل حقوقهم الأساسية في العيش بكرامة، ويعزز قدرتهم على المشاركة الفاعلة في مختلف مجالات الحياة.

www.masrifoundation.org

للمراسلات المتعلقة بهذا التقرير أو للمشاركة في هذه المبادرة،
يُرْجى التواصل عبر البريد الإلكتروني:

prm@taawon.org