# جودة الحياة والسكن في مخيمات النزوح: دراسة حالة نازحي المخيمات في شمال غرب سورية

الباحثان

د. دجانة بارودي، م. محمد حميدي

## ملخص

هدف البحث الى التعرف على مستوى جودة الحياة وأبعادها لدى النازحين الناتجة عن السكن في مخيمات النزوح في شمال غرب سورية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والتحليلي. تكونت عينة الدراسة من 300 مشارك من الذكور والإناث. تم اعتماد مقياس جودة الحياة المكون من 26 سؤال، المصمم من قبل منظمة الصحة العالمية وتم التأكد من دلالات ثبات وصدق المقياس للعينة المدروسة. بينت النتائج أن متوسط الدرجة الكلية لجودة الحياة في شمال غرب سورية بلغ 53%. أظهرت النتائج أن جودة الحياة جاءت عند مستوى متوسط، ومرتبة حسب انتشارها من الأعلى جودة إلى الأقل كما يلي: الصحة العامة، والعلاقات الاجتماعية، والصحة الجسمية، والصحة النفسية، والجودة الشاملة للحياة، والصحة البيئية. كان أكثرها انتشاراً وجودة الصحة العامة عند مستوى متوسط، وأقلها الصحة البيئية عند مستوى منخفض. أشارت نتائج جودة الحياة إلى وجود فروق إحصائية بين الذكور والإناث، وإلى تفوق الإناث على الذكور. أيضاً، تبين وجود فروق إحصائية ملحوظة بين العاملين والعاطلين عن العمل. فقد سجل العاملون جودة حياة أعلى من العاطلين عن العمل. ظهرت أيضاً، فروق إحصائية بين الفئات العمرية في جودة الحياة، حيث كانت أعلى الفئات هي الفئة العمرية (أقل من 18 سنة). كذلك وجود فروق بين فئات الحالة الاجتماعية. لم يلاحظ وجود فروق بين متوسطات مدة الإقامة بالمخيم. بينما توجد فروق إحصائية بين فئات مستوى التعليم. أظهرت النتائج بأن 44% من النازحين السوريين لديهم مستوى منخفض من جودة الحياة، بينما 47% لديهم مستوى متوسط، و9% لديهم مستوى مرتفع. وكانت جودة الحياة بمستوى منخفض عند 49.3% من الذكور، و39.4% من الإناث، مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما.

الاستنتاجات: كانت النسبة الأكبر من النازحين تميل إلى جودة حياة متوسطة، مع 44% يعانون من مستوى منخفض، وأتت الصحة العامة في المقدمة كأعلى جودة بمستوى متوسط، بينما كانت الصحة البيئية في المرتبة الأخيرة بمستوى منخفض. لذا، ينبغي تعزيز فعاليات وتدخلات جودة الحياة في المخيمات لمعالجة تدني الخدمات والارتقاء بمستوى جودة الحياة.

التوصيات: تعزيز الرعاية الصحية العامة والعلاقات الاجتماعية وتحسين البيئة والنظافة وإدارة النفايات بشكل فعال للحفاظ على صحة السكان وتحسين جودة الحياة. ينبغي تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للنازحين وتعزيز الفرص الاقتصادية وتوجيه الدعم للفئات الأكثر ضعفاً مثل الأطفال وكبار السن وذوي الإعاقة والتركيز على التعليم وتعزيز التوعية.

**الكلمات المفتاحية:** جودة الحياة، مخيمات، نازحين، شمال غرب سورية.

## مقدمة

يتعرض النازحون الذين يغادرون منازلهم لعوامل ضائقة خطيرة أثناء عملية النزوح وبعده. هذه العوامل تؤثر بشكل كبير على جودة حياتهم [1]. حيث يتعرضون لظروف معيشية صعبة وأحداث مؤلمة مثل القتل، وفقدان أفراد من أسرهم، وهدم منازلهم، وفقدان المأوى، وغيرها من الأحداث. نتيجة لزيادة أعداد النازحين حول العالم، ركزت المفوضية السامية لشؤون اللاجئين جهودها على تحسين جودة الحياة والاستجابة في مجال المأوى ودعم تأمين مأوى مستدام. خلال عام 2022، قدمت المفوضية المساعدة في مجال المأوى لأكثر من 2 مليون شخص في 37 دولة، سواء عبر توفير مأوى طارئ أو مؤقت أو دائم. وتم تحسين وإصلاح المأوى الموجود، وتقديم منح نقدية أو قسائم لدعم تكاليف الإيجار، بالإضافة إلى توفير مواد تجهيز المأوى [2]. هذه الجهود تأتي استناداً إلى التزام المفوضية بتلبية الاحتياجات الأساسية للنازحين وتوفير بيئة مستدامة وآمنة لهم، في محاولة لتقديم استجابة فعالة وشاملة لتحديات الأزمة الإنسانية الراهنة. سجل أكبر عدد من النازحين داخل بلادهم في سورية، حيث وصل إلى 6.8 مليون شخص، حسب احصائيات نهاية العام الماضي [3]. أظهرت العديد من الدراسات أن إحدى التحديات الرئيسية التي يواجهها النازحون داخل المخيمات هي تدني جودة الحياة. حيث تعاني المخيمات من نقص في الموارد والبنية التحتية، مما يؤدي إلى فجوة كبيرة في توفير جودة حياة مناسبة. بينت نتائج دراسة أن أكثر الأحداث التي عانى منها النازحين كانت الاضطهاد العرقي أو الديني أو الطائفي بنسبة 92٪، والتعرض لمواقف قتال بنسبة 83٪. و44٪ نقص في المأوى، و43٪ نقص في الغذاء والمياه النظيفة. انطلاقاً من هذه النتائج، أكد الباحث أن النازحين بحاجة عاجلة إلى خدمات جودة الحياة داخل المخيمات لتلافي وتحسين ظروف حياتهم السيئة [4]. أشارت نتائج دراسات متعددة حول العلاقة بين مكان الإقامة وجودة الحياة أن العوامل المادية لها تأثيرات إيجابية وسلبية على جودة الحياة للأشخاص. من ناحية أخرى، يمكن أن تؤدي ظروف السكن السيئة في مراكز الإيواء إلى تقويض فرص التعافي وزيادة الاضطرابات النفسية وسوء ظروف الحياة [5]. تؤثر العوامل الاجتماعية الخاصة بمكان الإقامة بشكل كبير على جودة الحياة [6]. بينت نتائج دراسة أن النازحين داخلياً واجهوا العديد من التحديات في المخيمات، بما في ذلك صعوبة الوصول إلى الموارد الأساسية مثل الغذاء والماء والرعاية الصحية والنفسية. وشكل الجوع تحدياً كبيراً على وضعهم الصحي وجودة حياتهم. كما ساهم غياب مرافق الصرف الصحي وسوء إدارة النفايات في زيادة المخاطر الصحية والتلوث البيئي في المخيمات مما انعكس على جودة حياتهم. على الرغم من هذه التحديات، أظهر النازحون القدرة على الصمود وتنفيذ استراتيجيات التكيف المختلفة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع [7]. تطرقت دراسة إلى جودة الحياة والرضا عن الحياة لدى النازحين الذين يعيشون في مقاطعة ناكورو، كينيا، أظهرت النتائج أن نوع النزوح القسري الناتج عن الصراع وطبيعة المأوى، يؤثر سلباً وبشكل كبير على جودة حياة النازحين [8]. تذكر بعض الدراسات أن جودة الحياة للنازحين واللاجئين تتأثر بالضغوط المستمرة المرتبطة ببيئة النزوح. تشمل هذه الضغوط العزلة الاجتماعية، والبطالة، والفقر، والتمييز، والعنف الأسري، وانعدام الأمان في المخيمات [9]. تتسبب الإقامة في المخيمات تحديات كبيرة لمستوى جودة الحياة، مثل ضيق المساحة وعدم الخصوصية، ونقص الخدمات الأساسية والمرافق، وصعوبة الوصول إلى التعليم والعمل، وانعدام الأمان والتهديدات البيئية والصحية [10], [11], [12]. بينت الدراسات أن النازحين واجهوا صعوبة الوصول إلى الموارد الأساسية مثل الغذاء والماء والرعاية الصحية والنفسية. وشكل الجوع تحدياً كبيراً على وضعهم المعيشي. كما ساهم غياب مرافق الصرف الصحي وسوء إدارة النفايات في زيادة المخاطر [7]. عانت سورية من واحدة من أكبر الأزمات الإنسانية وأزمات النزوح في جميع أنحاء العالم منذ عام 2011. حيث يحتاج حوالي 15.3 مليون شخص من السوريين إلى الدعم الإنساني [13], [14], [15]. عانى

الشعب السوري من عوامل خطر رئيسية أدت لتدني مستوى جودة الحياة. حيث يقيم أكثر من مليون نازح داخلياً في مخيمات، بما في ذلك التعرض للأحداث المؤلمة والضغوطات المستمرة مثل البطالة والتفكك وفقدان الدعم الاجتماعي [16]. مع الأزمات المتنوعة التي طالت المخيمات في مناطق النزوح في شمال غرب سورية، سارعت العديد من المنظمات لتقديم المساعدات. إلا أن استمرار تلك الأزمات وآثارها تبقى وتستمر مع أصحابها فترات طويلة. من الطبيعي أن يتسع اهتمام الباحثين المعنيين بالإنسان وتحسين جودة حياته. بالرغم من كثرة الدراسات التي أُجريت، إلا أن الأبحاث المتخصصة في موضوع جودة الحياة لدى النازحين في الشمال السوري تعتبر نادرة. مما دفعنا إلى تناول هذا الموضوع على وجه الخصوص للمساهمة في مقابلة النقص أو الندرة في دراسات جودة الحياة لنازحي المخيمات. حيث يشكل هذا البحث مجالاً جيداً لدراسة جودة الحياة المتعلقة بتحديات سكن المخيمات، التي لا تزال تنتظر الجهد الكثير من قبل الباحثين. يهدف البحث إلى الخروج ببرامج تدخل مناسبة لتحسين جودة الحياة لدى النازحين.

## المواد والطرائق

### تصميم الدراسة

تضمن البحث السكان المقيمين في مخيمات شمال غرب سورية والمتمثلة بمخيم الزيتون الواقع قرب مدينة أعزاز، ومخيم الحياة الجديدة في ضواحي مدينة الباب، وقرية عطاء الواقعة في مدينة أطمه في ادلب. حيث بلغ العدد الاجمالي للسكان في المخيمات الثلاثة التي شملها البحث 10108 نازح، وذلك وفقاً لبيانات إدارة المخيمات والجهات الإدارية والمجالس المحلية الرسمية. تم إجراء هذا البحث في الفترة من جولاي – أكتوبر للعام 2023.

### المشاركون

تم هذا البحث على نازحي المخيمات في شمال غرب سورية. تمثلت العينة في البالغين من الذكور والإناث، بلغ حجم العينة 317 نازحاً، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، والتي شكلت أكثر من 3% من إجمالي المجتمع المستهدف. تم حساب حجم العينة باستخدام معادلة مورغان. وتم استبعاد الاستبيانات غير المكتملة أو التي تفتقد للمصداقية، وبلغ عددها 17 استبياناً. نتيجة لذلك، يصبح حجم العينة المشمولة في البحث 300 استبيان فقط. قامت الفرق المكونة من موظفي الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، بالعمل مع الباحث جنباً إلى جنب على تطبيق الاستبيانات من خلال إجراء مقابلات شخصية مع السكان المقيمين بالمخيمات المستهدفة. حيث كان جميع الموظفين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال الصحة النفسية، وقد شاركوا سابقاً في تنفيذ الاستبيانات على النازحين. تم الحصول على موافقة مستنيرة من جميع المشاركين بعد أن قدم الموظفون لهم شرحاً كاملاً عن الدراسة والهدف منها وكيفية استخدام البيانات وضمان السرية التامة للمشاركين وضمان حقهم في الانسحاب دون إكمال الاستبيان.

### القياس

تم إجراء إثبات صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس جودة الحياة. واستخدام طريقة كرونباخ ألفا الذي كانت قيمته 0.894 تبين أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات [17]. طلب من جميع المشاركين الإجابة على جميع أسئلة مقياس جودة الحياة الذي يعمل على قياس جودة الحياة العامة للنازحين والمكون من 26 سؤالاً. تم تنقيح الاستبيان الأصلي المكون من 100 سؤال في WHOQOL–

BREF [18]، إلى استبيان يتكون من 26 سؤال تضمنت ستة أبعاد لجودة الحياة هي: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والصحة البيئية، والعلاقات الاجتماعية، والصحة العامة، والجودة الشاملة للحياة [19], [20]. سجلت الإجابات وفق مقياس ليكرت الخماسي.

## التحليل الاحصائي

تم تحليل البيانات، باستخدام الإصدار 26 من برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) [21]. حيث تم تحليل المتغيرات الأساسية والديموغرافية للبحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. تم عرض المتغيرات الفئوية كأعداد ونسب مئوية للتعرف على الخصائص الأساسية للعينة. تم تحديد توزيع المجموعات بواسطة اختبار كولموجوروف–سميرنوف. تم استخدام مربع كاي سكوير واختبار ت لعينتين مستقلتين واختبار تحليل التباين ANOVA.

## النتائج

شملت الدراسة ما مجموعه 300 مشارك. تم عرض الخصائص الأساسية والديموغرافية للمشاركين في الجدول رقم (1) الذي يتضمن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومستوى المعنوية. لمعرفة هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى النازحين في شمال غرب سورية تبعاً للمتغيرات الديموغرافية تم إجراء اختبار T لعينتين مستقلتين واختبار تحليل التباين ANOVA.

**جدول رقم (1): الخصائص الأساسية والديموغرافية ونتائج جودة الحياة**

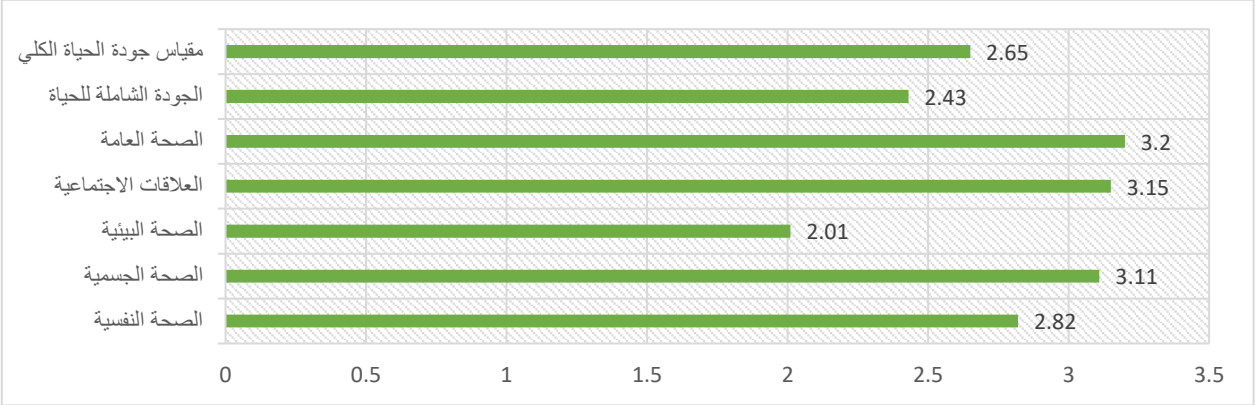
| المتغير | العدد | النسبة المئوية | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | p–Value |
|---|---|---|---|---|---|
| **النوع** | | | | | **0.027** |
| الذكور | 140 | 46.7 | 2.58 | 0.516 | |
| الإناث | 160 | 53.3 | 2.72 | 0.556 | |
| **العمر** | | | | | **0.000** |
| أقل من 18 سنة | 28 | 9.3 | 2.90 | 0.432 | |
| من 19 - 30 سنة | 87 | 29 | 2.82 | 0.502 | |
| من 31 - 40 سنة | 88 | 29.3 | 2.58 | 0.501 | |
| أكبر من 40 سنة | 97 | 32.3 | 2.49 | 0.578 | |
| **الحالة الاجتماعية** | | | | | **0.000** |
| عازب/ة | 44 | 14.7 | 2.92 | 0.445 | |
| متزوج/ة | 236 | 78.7 | 2.64 | 0.538 | |
| أرمل/ة | 17 | 5.7 | 2.25 | 0.538 | |
| مطلق/ة | 3 | 1 | 2.35 | 0.310 | |
| **مستوى التعليم** | | | | | **0.004** |
| لا يعرف القراءة والكتابة | 82 | 27.3 | 2.53 | 0.522 | |
| ثانوية فما دون | 187 | 62.3 | 2.71 | 0.545 | |
| معهد | 18 | 6 | 2.44 | 0.532 | |
| جامعة | 13 | 4.3 | 2.96 | 0.363 | |
| **حالة العمل** | | | | | **0.027** |
| يعمل | 64 | 21.3 | 2.77 | 0.433 | |
| لا يعمل | 236 | 78.7 | 2.62 | 0.564 | |
| **مدة الإقامة في المخيم** | | | | | 0.085 |
| من 1 – 2 سنة | 58 | 19.3 | 2.78 | 0.456 | |
| من 3 – 4 سنة | 82 | 27.3 | 2.58 | 0.518 | |
| سنوات فأكثر 5 | 160 | 53.3 | 2.65 | 0.575 | |

تشير النتائج الموضحة في الجدول السابق، الذي يتيح لنا معرفة متوسط جودة الحياة ومدى تباينها بين المتغيرات الديموغرافية، إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية (p–value ≤0.05) في جودة الحياة لدى النازحين في شمال غرب سورية تعزى لمتغيرات النوع والعمر والحالة الاجتماعية ومستوى التعليم وحالة العمل. وبنفس الوقت لم يلاحظ وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة تبعاً لمدة الإقامة في المخيم (p–value >0.05). يعرض الجدول رقم (2) تحليل آراء أفراد الدراسة حول أبعاد مقياس جودة الحياة الكلي.

**جدول رقم (2): تحليل آراء الاستجابات على أبعاد مقياس جودة الحياة**

| م | البعد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الوزن النسبي % | الترتيب | المستوى |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | الصحة النفسية | 2.82 | 0.647 | 56.4 | 4 | متوسط |
| 2 | الصحة الجسمية | 3.11 | 0.775 | 62.2 | 3 | متوسط |
| 3 | الصحة البيئية | 2.01 | 0.733 | 40.2 | 6 | منخفض |
| 4 | العلاقات الاجتماعية | 3.15 | 0.728 | 63 | 2 | متوسط |
| 5 | الصحة العامة | 3.20 | 1.302 | 64 | 1 | متوسط |
| 6 | الجودة الشاملة للحياة | 2.43 | 1.121 | 48.6 | 5 | منخفض |
| | **مقياس جودة الحياة الكلي** | **2.65** | **0.541** | **53** | | **متوسط** |

يوضح الجدول السابق المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي ومستوى وترتيب الأبعاد لاستجابات الأفراد حول مقياس جودة الحياة الكلي. في المرتبة الأولى، تظهر الصحة العامة بمتوسط 3.20 وانحراف معياري 1.302 ونسبة 64% عند مستوى متوسط وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي. وفي المرتبة الثانية، تأتي العلاقات الاجتماعية بمتوسط 3.15 وانحراف معياري 0.728 ونسبة 63% عند مستوى متوسط أيضاً. في المرتبة الثالثة، تظهر الصحة الجسمية بمتوسط 3.11 وانحراف معياري 0.775 وبمستوى متوسط. بينما في المرتبة الأخيرة، تأتي الصحة البيئية بمتوسط 2.01 وانحراف معياري 0.733 ونسبة 40.2% وبمستوى منخفض. ويمكن ملاحظة أن المتوسط الكلي لمقياس جودة الحياة بلغ 2.65 وبانحراف معياري 0.541 وبنسبة 53%. يشير هذا إلى مستوى متوسط لجودة الحياة الكلي. الشكل رقم (1) يوضح آراء الاستجابات على مقياس جودة الحياة وأبعاده.




**الشكل رقم (1): تحليل آراء الاستجابات على مقياس جودة الحياة الكلي وأبعاده**

للتعرف على مستويات جودة الحياة لدى النازحين السوريين، تم حساب الأعداد والنسب المئوية لكل مستوى، والنتائج مبينة بالجدول رقم (3) التالي.

جدول رقم (3): نتائج مستويات جودة الحياة لدى النازحين

| م | المتوسط الحسابي | العدد | النسبة المئوية | المستوى |
|---|---|---|---|---|
| مقياس جودة الحياة | 2.160 (2.59 – 1.00) | 132 | 44 | منخفض |
| | 2.937 (3.39 – 2.60) | 141 | 47 | متوسط |
| | 3.626 (5.00 – 3.40) | 27 | 9 | مرتفع |
| مجموع | | 300 | %100 | |

أظهرت النتائج المبينة في الجدول أعلاه بأن (9%) من النازحين السوريين لديهم مستوى مرتفع من جودة الحياة، و(47%) لديهم مستوى متوسط، في حين (44%) لديهم مستوى منخفض من جودة الحياة. وللتعرف على مستوى جودة الحياة لدى النازحين السوريين تبعاً لمتغير النوع، تم حساب الأعداد والنسب المئوية وإجراء اختبار مربع كاي سكوير، النتائج مبينة بالجدول رقم (4) التالي.

جدول رقم (4): نتائج مستوى جودة الحياة تبعاً لمتغير النوع

| النوع/المستوى | | مستوى جودة الحياة | | | مجموع | قيمة مربع كاي | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | منخفض | متوسط | مرتفع | | | |
| ذكور | العدد | 69 | 61 | 10 | 140 | 3.329 | 0.189 |
| | % | 49.3 | 43.6 | 7.1 | 100 | | |
| إناث | العدد | 63 | 80 | 17 | 160 | | |
| | % | 39.4 | 50 | 10.6 | 100 | | |

وفقاً للجدول السابق الذي يوضح مستويات جودة الحياة عند مستوى دلالة 0.05 للذكور والإناث، تبين أن جودة الحياة كانت بمستوى منخفض عند 69 من الذكور بنسبة (49.3%)، و63 من الإناث بنسبة (39.4%). فيما كانت جودة الحياة بمستوى متوسط عند 61 من الذكور بنسبة (43.6%)، و80 من الإناث بنسبة (50%)، وكانت عند مستوى مرتفع لدى 10 من الذكور بنسبة (7.1%)، و17 من الإناث بنسبة (10.6%). وكانت الفروق بين الذكور والإناث غير دالة إحصائياً باستخدام اختبار ودلالة مربع كاي سكوير ($X^2$= 3.329, df = 2, p = 0.189).

## المناقشة

ظهرت جودة الحياة بمستويات مختلفة بين النازحين في عينة الدراسة وبلغ متوسط الدرجة الكلية لجودة الحياة في شمال غرب سورية 53% وبمستوى متوسط. حيث تم ترتيب الأبعاد حسب درجة انتشارها من الأعلى إلى الأقل جودة كما يلي: الصحة العامة، والعلاقات الاجتماعية، والصحة الجسمية، والصحة النفسية، والجودة الشاملة للحياة، والصحة البيئية. كان أكثرها انتشاراً وجودة الصحة العامة عند مستوى متوسط، وأقلها الصحة البيئية عند مستوى منخفض. يرى MASLOW أن هناك علاقة طردية بين مستوى الأمان وجودة الحياة، فإن انعدام الشعور بالأمان النفسي الذي يعتبر أحد العوامل الاساسية المؤثرة على مستويات الرضا عن جودة الحياة لدى النازحين. يمكن أن يؤدي إلى مستويات أقل للرضا عن جودة الحياة لدى نازحي المخيمات. هذه النتائج تتوافق مع دراسات كثيرة بينت أن النازحين الذين يعيشون في المخيمات، والمناطق النائية التي تفتقر إلى أبسط الاحتياجات الأساسية من مسكن، وغذاء، وتعليم، وخدمات صحية، يعانون من حالة سيئة لجودة الحياة [22]. أظهرت نتائج جودة الحياة وجود فروق إحصائية بين الذكور والإناث. وتشير النتائج إلى تفوق الإناث بمتوسط (2.72) عن الذكور بمتوسط (2.58). هذ يتطابق مع دراسة أجريت في مخيمات اليونان، حيث بينت أن المشاركات الإناث يتمتعن برضا عن جودة الحياة أفضل من الذكور [23]. أيضاً، هناك فروق إحصائية

ملحوظة بين فئتي العاملين والعاطلين عن العمل. فقد سجل العاملون متوسطاً أعلى لجودة الحياة بلغ (2.77) بينما كانت القيمة الأقل عند العاطلين عن العمل (2.62). حيث أن مستوى الدخل الذي يحصل عليه الشخص من العمل يؤثر بشكل كبير على قدرته على تحسين جودة حياته. كذلك عندما يجد الرجال النازحين أنفسهم غير قادرين على توفير لقمة العيش لعائلاتهم وحمايتها، يمكن أن يشعروا بالعجز وفقدان الكفاءة. مما ينتج عنه شعور بعدم التمكين والفشل والعجز وانخفاض جودة الحياة لديهم بشكل كبير[24]. بينت النتائج وجود فروق معنوية بين الفئات العمرية في جودة الحياة. حيث كانت أعلى الفئات هي (أقل من 18 سنة)، تليها الفئة العمرية (من 19 – 30 سنة). ثم الفئة العمرية (من31 – 40 سنة). وأخيراً، الفئة العمرية (أكثر من 40 سنة). يتماشى هذا مع البحوث السابقة التي أظهرت أن هناك تأثيراً كبيراً للعمر على جودة الحياة. وبينت أن المشاركين الأصغر سناً يتمتعون بمعدلات أعلى لجودة الحياة الصحية من الأكبر سناً [23]. كذلك توجد فروق بين فئات الحالة الاجتماعية لجودة الحياة، تعود إلى الفرق بين (عازب/ة وأرمل/ة) وهو الأعلى بفارق معنوي (0.668)، يليه الفرق بين (متزوج/ة – أرمل/ة) بفارق معنوي (0.384)، ثم (عازب/ة ومتزوج/ة) بفارق معنوي (0.283). يمكن تفسير النتيجة التي توصلنا إليها، أن الأرامل يتمتعن بصحة نفسية أسوأ بكثير مقارنة بالنازحين المتزوجين. نظراً لأن فقدان الزوج يمثل خسارة حقيقية في الدعم النفسي والاجتماعي. كما أنه يزيد من خطر التعرض لمزيد من الصدمات [25], [26]، والاكتئاب [27]، والشعور بالوحدة [28]. بينت دراسات مختلفة عن حصول الأفراد العازبين في مخيمات اللجوء على درجات أعلى في جودة الحياة من المتزوجين والمطلقين والأرامل [23]. بينما تبين وجود فروق بين فئات مستوى التعليم، تعود هذه الفروق إلى حملة الشهادة الجامعية حيث كانت الأعلى في جودة الحياة تليها مرحلة ثانوية فما دون بقيمة. هذه النتيجة تتوافق مع أبحاث سابقة أشارت إلى أهمية التعليم. فقد أظهرت نتائج الدراسات أن اللاجئين في المخيمات الذين لديهم مستويات تعليم أعلى، يعيشون حياة أكثر جودة من الذين لديهم مستويات تعليم أقل [23]. أظهرت نتائج جودة الحياة عدم وجود فروق بين فترات مدة الإقامة بالمخيم. يعود ذلك لسرعة التكيف والتأقلم الفطرية لدى الإنسان، وخصوصاً أن الدراسة كانت تدرس الفرق بين مدة الإقامة بعد مرور عام وأكثر وهو زمن كفيل لأي إنسان لأن يتكيف مع وضعه الجديد. ومن المحتمل أن التطور في حالة النزوح وتأسيس المخيمات قد أثرت على النتيجة، حيث شهدت بدايات النزوح وتأسيس المخيمات دعماً كبيراً من قبل منظمات وهيئات دولية. أظهرت الدراسات أن هذا الدعم كان موجهاً نحو تأمين جميع الاحتياجات الأساسية والضرورية للنازحين، بما في ذلك الغذاء والمأوى والرعاية الطبية. ومع تزايد حالات النزوح وتصاعد كثافة النازحين في المخيمات على مر الوقت، تم مواجهة التحديات الاقتصادية والاجتماعية بشكل أكبر. حيث زاد عدد المخيمات بشكل كبير. وفي هذا السياق، انخفض مستوى الدعم المالي المقدم للنازحين من قبل الجهات الداعمة والمنظمات المعنية. نتيجة لذلك، أدى هذا التغيير إلى تراجع مستوى جودة الحياة في المخيمات، حيث يعيش النازحون الآن في ظروف أصعب تتطلب تدابير فورية لتحسين ظروفهم المعيشية وتوفير الدعم الضروري. أظهرت النتائج أن 9% من النازحين السوريين لديهم مستوى مرتفع من جودة الحياة، و47% لديهم مستوى متوسط، في حين 44% لديهم مستوى منخفض من جودة الحياة. فيما وجد أن جودة الحياة كانت بمستوى مرتفع عند 7.1% من الذكور، و10.6% من الإناث، بينما كانت جودة الحياة بمستوى متوسط عند 43.6% من الذكور، و50% من الإناث، وكانت بمستوى منخفض عند 49.3% من الذكور، و39.4% من الإناث. وكانت الفروق بينهما غير دالة إحصائياً من حيث مستوى جودة الحياة.

### القيود

شملت تحديات البحث عدم الحصول على إحصائيات دقيقة عن السكان، بالإضافة إلى صعوبة التنقل في مناطق شمال غرب سورية مع بعض المخاطر الأمنية. ربما يكون المشاركون قد بالغوا في تقدير إجاباتهم أو قللوا من شأنها. كانت هناك صعوبات في قلة تواجد الرجال في منازلهم أثناء تطبيق الاستبيانات.

## الاستنتاجات

- يظهر البحث أن متوسط جودة الحياة بين النازحين في شمال غرب سورية يبلغ حوالي 53%. ويرجع هذا إلى تصنيف الأبعاد المختلفة لجودة الحياة بين متوسطة ومنخفضة بين النازحين في المخيمات. أظهرت النتائج أن الصحة العامة تأتي في المقدمة كأعلى جودة بمستوى متوسط، بينما كانت الصحة البيئية في المرتبة الأخيرة بمستوى منخفض. لذا، ينبغي تعزيز فعاليات وتدخلات جودة الحياة في المخيمات لمعالجة سوء الخدمات والارتقاء بمستوى جودة الحياة.
- يظهر البحث أيضاً أن النسبة الأكبر من النازحين تميل إلى جودة حياة متوسطة، مع 44% يعانون من مستوى منخفض.
- وجد البحث فروقاً إحصائية بين الذكور والإناث في جودة الحياة، مع تفوق الإناث عموماً. كما بين البحث وجود فروق إحصائية بين العاملين والعاطلين عن العمل في مستوى جودة الحياة، حيث سجل العاملون جودة حياة أعلى. وأشارت النتائج إلى وجود فروق إحصائية بين الفئات العمرية، حيث كانت الفئات الأصغر سناً تظهر جودة حياة أعلى. بالإضافة إلى ذلك، وجدت فروق في جودة الحياة بين فئات الحالة الاجتماعية ومستوى التعليم. بينما لم يتم رصد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مدة الإقامة بالمخيم.
- شهدت نسبة البطالة ارتفاعاً كبيراً مقارنة بعدد العاملين، مما أثر بشكل كبير على تدني مستوى جودة الحياة لدى النازحين. بالإضافة إلى انخفاض مستوى التعليم ووصول نسبة الأفراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة إلى 27.3%، مما يبرز ضرورة تعزيز برامج محو الأمية.
- يوفر البحث فهماً مفصلاً لمستوى جودة الحياة بين النازحين في مخيمات النزوح في شمال غرب سورية، مما يمكن أصحاب القرار من اتخاذ خطوات لتحسين ظروفهم وتعزيز جودة حياتهم.

## مصادر التمويل

تم تلقي مختلف أشـــكال الدعم من منظمة عطاء للإغاثة الإنســـانية (تركيا)، وفريق تراحم التطوعي (الكويت)، والهيئة الخيرية الإسلامية العالمية (الكويت).

## شكر وتقدير

نشـــكر فريق تراحم التطوعي والهيئة الخيرية الإســـلامية العالمية التي قدمت الدعم لهذا البحث العلمي. نقدر الجهود والمتابعة المستمرة من قبل جمعية عطاء للإغاثة الإنسانية، وكذلك جهود مركز اشراق للصحة النفسية في مدينة أورفا، وفرق جمعية عطاء المتواجدة في الشمال السوري لقيامهم في تطبيق الاستبيانات بالتعاون مع الباحث.

## المراجع

[1] M. Porter and N. Haslam, “Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis,” *JAMA*, vol. 294, no. 5. 2005. doi: 10.1001/jama.294.5.602.

[2] UNHCR, “Operational Portal Refugee Situations: Situation Syria Regional Refugee Response. Percentages were calculated from: Registered Syrian Refugees – Demography,” Geneva. Accessed: Sep. 23, 2023. [Online]. Available: https://data2.unhcr.org/en/situations/syria

[3] IDMC, “IDMC | GRID 2022 | 2022 Global Report on Internal Displacement.”

[4] P. A. M. Seidi *et al.*, “Mental health status of internally displaced persons in the Garmian region of Kurdistan, Iraq: a cross-sectional survey,” *Med Confl Surviv*, vol. 39, no. 2, 2023, doi: 10.1080/13623699.2023.2188384.

[5] S. Beza, A. G. Mavrodi, G. Kyratso, and V. H. Aletras, “Health-Related Quality of Life Among Refugees and Asylum Seekers in Northern Greece,” *J Immigr Minor Health*, vol. 24, no. 2, 2022, doi: 10.1007/s10903-021-01199-3.

[6] J. Haj-Younes *et al.*, “Changes in self-rated health and quality of life among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study,” *Int J Equity Health*, vol. 19, no. 1, 2020, doi: 10.1186/s12939-020-01300-6.

[7] W. Ekezie, “Resilience actions of Internally Displaced Persons (IDPs) living in camp-like settings: a Northern Nigeria case study,” *J Migr Health*, vol. 6, 2022, doi: 10.1016/j.jmh.2022.100115.

[8] E. M. Getanda, C. Papadopoulos, and H. Evans, “The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya,” *BMC Public Health*, vol. 15, no. 1, 2015, doi: 10.1186/s12889-015-2085-7.

[9] K. E. Miller and A. Rasmussen, “The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress,” *Epidemiol Psychiatr Sci*, vol. 26, no. 2, 2017, doi: 10.1017/S2045796016000172.

[10] E. M. Onuh, “Assessment of the role of government in addressing the challenges of internally displaced persons in Abuja, Nigeria camps,” *African Journal of Social Issues*, vol. 5, no. 1, 2023, doi: 10.4314/ajosi.v5i1.15.

[11] S. N. E. Islam and N. Mookherjee, “The double burden of lives in camps,” in *The Rohingya Crisis*, 2022. doi: 10.4324/9781003304883-4.

[12] A. Anwar *et al.*, “Prevalence and determinants of self-reported functional status among older adults residing in the largest refugee camp of the world,” *BMC Geriatr*, vol. 23, no. 1, 2023, doi: 10.1186/s12877-023-04067-x.

[13] A. Barkil-Oteo, W. Abdallah, S. Mourra, and H. Jefee-Bahloul, “Trauma and resiliency: A tale of a syrian refugee,” in *American Journal of Psychiatry*, 2018. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17030358.

[14] R. Aburas, A. Najeeb, L. Baageel, and T. K. Mackey, “The Syrian conflict: A case study of the challenges and acute need for medical humanitarian operations for women and children internally displaced persons,” *BMC Med*, vol. 16, no. 1, 2018, doi: 10.1186/s12916-018-1041-7.

[15] U. OCHA, “humanitarian needs overview: Syrian Arab Republic. 2023.,” *Retrieved from reliefweb: https://reliefweb. int/sites/reliefweb. int/files/resources/2018_syr_hno_english. pdf*, 2018.

[16] J. Lindert, O. S. von Ehrenstein, A. Wehrwein, E. Braehler, and I. Schaefer, “Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder in refugees-a systematic review,” *Psychother Psychosom Med Psychol*, vol. 68, no. 1, pp. 22–29, 2017.

[17] C. A. McHorney, J. E. Ware, W. Rogers, A. E. Raczek, and J. F. R. Lu, “The validity and relative precision of MOS short-, and long-form health status scales and Dartmouth COOP charts: Results from the medical outcomes study,” *Med Care*, vol. 30, no. 5, 1992, doi: 10.1097/00005650-199205001-00025.

[18] M. Power, M. Bullinger, and A. Harper, "The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide.," *Health psychology*, vol. 18, no. 5, p. 495, 1999.

[19] S. M. Skevington, M. Lotfy, and K. A. O'Connell, "The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group," *Quality of life Research*, vol. 13, pp. 299–310, 2004, Accessed: Sep. 11, 2023. [Online]. Available: https://www.jstor.org/stable/4038089.

[20] H. Malibary, M. M. Zagzoog, M. A. Banjari, R. O. Bamashmous, and A. R. Omer, "Quality of Life (QoL) among medical students in Saudi Arabia: A study using the WHOQOL-BREF instrument," *BMC Med Educ*, vol. 19, no. 1, 2019, doi: 10.1186/s12909-019-1775-8.

[21] I. SPSS, "IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0.(Version 26)." IBM Corp, 2019.

[22] I. Weissbecker and A. Leichner, "Addressing mental health needs among Syrian refugees," *Washington, DC: Middle East Inst*, 2014.

[23] T. D. Plakas, V. H. Aletras, E. I. Voutsa, and D. Niakas, "Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction in a Greek Refugee Accommodation Center," *Cureus*, 2023, doi: 10.7759/cureus.42005.

[24] W. Affleck, A. Selvadurai, and L. Sikora, "Underrepresentation of men in gender based humanitarian and refugee trauma research: a scoping review," *Intervention*, vol. 16, no. 1, 2018, doi: 10.1097/wtf.0000000000000157.

[25] A. Nickerson, B. J. Liddell, F. Maccallum, Z. Steel, D. Silove, and R. A. Bryant, "Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss," *BMC Psychiatry*, vol. 14, no. 1, 2014, doi: 10.1186/1471-244X-14-106.

[26] S. Zisook, Y. Chentsova-Dutton, and S. R. Shuchter, "PTSD following bereavement," *Annals of clinical psychiatry*, vol. 10, pp. 157–163, 1998.

[27] S. E. Gilman, J. Breslau, N. H. Trinh, M. Fava, J. M. Murphy, and J. W. Smoller, "Bereavement and the diagnosis of major depressive episode in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions," *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 73, no. 2, 2012, doi: 10.4088/JCP.10m06080.

[28] M. Caserta, R. Utz, and D. Lund, "Spousal bereavement following cancer death," *Illness Crisis and Loss*, vol. 21, no. 3, 2013, doi: 10.2190/IL.21.3.b.