

## آليات التعافي من الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للاعتداء الجنسي على النساء النازحات - جراء حرب السودان ١٥ ابريل ٢٠٢٣ -

**أ.د. رقية السيد الطيب العباس**

rogia.badr89@gmail.com

**د. انتصار أبو ناجمة محمد سعد**

Intisar.abunagma@gmail.com

جامعة الخرطوم

### الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى بناء تصور منهجي متكامل لآليات التعافي من الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للاعتداء الجنسي على النساء النازحات في سياق النزاع المسلح في السودان منذ ١٥ أبريل ٢٠٢٣. تتطرق الدراسة من إدراك أن الاعتداء الجنسي في النزاعات لا يمثل حدثاً فردياً معزولاً، بل ظاهرة مركبة ذات أبعاد طبية ونفسية واجتماعية وقانونية، تتفاقم آثارها في بيئات النزوح والهشاشة المؤسسية وضعف الخدمات الأساسية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ذي الطابع النظري، مستندة إلى تحليل الأدبيات العلمية المتخصصة، وتقارير المنظمات الدولية، والدراسات السابقة المتعلقة بالعنف الجنسي في النزاعات والأزمات الإنسانية. وركزت الدراسة على تحليل مسارات الاستجابة والتعافي من خلال أربعة محاور رئيسية: الإسعافات النفسية الأولية، التشخيص الطبي والنفسي، العلاج الجسدي والنفسي، والدعم الاجتماعي والقانوني. وأسفرت الدراسة عن تصميم برنامج تكاملي للتعافي قائم على نموذج حيوي-نفسي-اجتماعي-قانوني، بني على مقارنة الرعاية المرتكزة على الناجية، بما يضمن السلامة والسرية واحترام الاختيار. كما يقدم البرنامج مساراً مرحلياً يبدأ بتثبيت الأمان والاستقرار، ثم التدخل العلاجي المتخصص، وصولاً إلى إعادة الإدماج المجتمعي والاستدامة طويلة المدى. تسهم الدراسة في سد فجوة معرفية وتطبيقية في مجال التعافي من العنف الجنسي في السياقات الإنسانية، وتقدم إطاراً إرشادياً يمكن تكييفه في بيئات النزوح منخفضة الموارد، بما يدعم جهود المؤسسات الصحية والنفسية والإنسانية وصانعي السياسات في تصميم تدخلات فعالة تراعي الخصوصية الثقافية والاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: العنف الجنسي في النزاعات المسلحة، النساء النازحات، التعافي المتكامل، النموذج الحيوي-النفسي-الاجتماعي-القانوني، الرعاية المرتكزة على الناجية.

**Mechanisms for recovering from the health, psychological, and social effects of sexual assault on displaced women – due to the war in Sudan, April 15, 2023**

**Dr. Intisar Abunagma Mohammed**

**Prof. Rogaia Elsayed Eltayeb Alabas**

**University of Khartoum**

**Abstract**

This study aims to develop an integrated conceptual framework for recovery mechanisms addressing the health, psychological, and social consequences of sexual assault among displaced women in the context of the armed conflict in Sudan since April 15, 2023. The study is grounded in the understanding that sexual violence in conflict settings is not an isolated individual incident but a complex, multidimensional phenomenon with medical, psychological, social, and legal implications, which are exacerbated in displacement settings characterized by institutional fragility and limited access to essential services. The study adopted a theoretical descriptive–analytical approach, relying on the analysis of specialized scientific literature, international organizational reports, and previous research addressing sexual violence in conflict and humanitarian crises. The study examined recovery and response pathways through four key dimensions: psychological first aid, medical and psychological assessment, physical and psychological treatment, and social and legal support. The study resulted in the development of an integrated recovery program based on a Bio–Psycho–Social–Legal model and grounded in a survivor–centered care approach, ensuring safety, confidentiality, and respect for survivors’ autonomy. The program proposes a phased recovery pathway beginning with stabilization and safety, followed by specialized therapeutic intervention, and progressing toward long–term social reintegration and sustainability. The study contributes to bridging both theoretical and practical gaps in recovery

models for sexual violence survivors in humanitarian contexts and provides a guidance framework adaptable to low-resource displacement settings, supporting healthcare providers, humanitarian organizations, and policymakers in designing culturally sensitive and context-responsive interventions.

**Key words:** Conflict-related sexual violence, displaced women, integrated recovery, Bio-Psycho-Social-Legal model, survivor-centered care.

منذ اندلاع النزاع المسلح في السودان في ١٥ أبريل ٢٠٢٣ بين القوات المسلحة السودانية وقوات الدعم السريع، يعاني السودان من أزمة إنسانية مركبة ذات أبعاد أمنية، واقتصادية، وصحية، واجتماعية غير مسبوقة. وفقاً لتقرير المجلس النرويجي للاجئين (يناير ٢٠٢٥)، يشهد السودان تدهوراً واسعاً في البنية التحتية الحيوية كالأنظمة الغذائية، والرعاية الطبية، والنقل، والاتصالات، والطاقة. وقد نزح أكثر من ١٢ مليون شخص داخلياً وخارجياً، منهم ٣.٥ مليون فروا إلى دول الجوار. ويُقدَّر أن أكثر من نصف سكان البلاد (الذي كان عددهم نحو ٤٨ مليون نسمة) بحاجة ماسة إلى مساعدات إنسانية أساسية تشمل الغذاء والدواء، في ظل تحذيرات متزايدة من المجاعة وانهيار النظام الصحي، بخروج أكثر من ثلثي المستشفيات في مناطق القتال عن الخدمة. في خضم هذه الكارثة الإنسانية، تتعرض النساء النازحات بشكل خاص لانتهاكات خطيرة، لا سيما الاعتداء الجنسي، في ظل غياب آليات الحماية المجتمعية والتقليدية. وتصبح النساء، خاصة الحوامل والناجيات من العنف الجنسي، عرضة لمضاعفات صحية ونفسية واجتماعية بالغة، ضمن بيئة تشهد هشاشة في النظام الصحي والخدمات الأساسية.

#### مشكلة الدراسة:

تُعد جريمة الاعتداء الجنسي واحدة من أشد صور العنف الموجه ضد النساء، وأكثرها تعقيداً في السياق النفسي والاجتماعي والقانوني، لا سيما حين تحدث في ظل النزاعات المسلحة والانهايار المؤسسي، كما هو الحال في السودان بعد اندلاع حرب ١٥ أبريل ٢٠٢٣. وتشير الأدبيات إلى أن الاعتداء الجنسي يُستخدم كسلاح حرب لترويع المجتمعات وتفكيك النسيج الاجتماعي، كما أوضحت ذلك دراسة "وارد ورافي (Ward & Ravi, 2017) حول العنف الجنسي في مناطق النزاع، والتي أكدت أن هذه الجرائم كثيراً ما تكون ممنهجة وتستهدف النساء بشكل خاص. وفي مثل هذه البيئات، لا تمثل جريمة الاعتداء الجنسي فقط انتهاكاً صارخاً لسلامة الجسد والنفس، بل تتحول إلى وصمة اجتماعية مزدوجة تعيق الناجيات عن الإفصاح وطلب الدعم، وتدفع بهن

إلى العزلة والمعاناة الصامتة، كما وثقت منظمة العفو الدولية، (Amnesty International, 2023) في تقاريرها حول العنف الجنسي في السودان.

وتتفاقم آثار هذه الجريمة في ظل غياب العدالة، وندرة خدمات الرعاية الصحية والنفسية، خاصة في المناطق التي تقتصر إلى البنية التحتية أو الواقعة خارج النطاق الحضري. وقد أكدت تقارير صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA, 2023) أن النساء النازحات في السودان يعانين من حرمان شديد من خدمات الدعم النفسي والاجتماعي، ما يؤدي إلى تفاقم العواقب النفسية مثل الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة. كما أظهرت التقارير الحقوقية والإحصائيات الصادرة عن منظمات دولية ومحلية، مثل تقرير "هيومن رايتس ووتش (HRW, 2004)"؛ (HRW, 2023)، أن حجم العنف الجنسي ضد النساء خلال النزاعات في السودان، سواء في دارفور عام ٢٠٠٣ أو في الحرب الأخيرة، لا يعكسه عدد البلاغات الرسمية، بل يُقدَّر بما يفوق الأرقام المعلنة بأضعاف، ما يؤكد عمق المشكلة وتعقيدها.

وبالنظر إلى محدودية التدخلات العلاجية المتخصصة، وغياب نماذج وطنية أو مهنية واضحة للتعافي من آثار الاعتداء الجنسي، تبرز الحاجة إلى بناء تصور منهجي لآليات التعافي، يشمل أبعاد الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والقانونية. وقد دعت مراجعة منهجية أجرتها "مورفي وآخرون (Murphy et al., 2019)" إلى تطوير تدخلات حساسة للسياق، تأخذ بعين الاعتبار العوامل الثقافية والاجتماعية التي تؤثر على تعافي النساء في البيئات المتأثرة بالنزاع. من هنا، تنطلق هذه الدراسة من السؤال المحوري الآتي:

ما آليات التعافي من الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للاعتداء الجنسي على النساء

النازحات جراء حرب ١٥ أبريل ٢٠٢٣؟

ويتفرّع عنه عدد من الأسئلة الفرعية:

١. ما خطوات الإسعافات النفسية الأولية للنساء المعتدى عليهن؟

٢. كيف يتم تشخيص الآثار الصحية والنفسية الناتجة عن الاعتداء الجنسي؟

٣. ما أساليب علاج الآثار الجسدية والنفسية للناجيات؟

٤. ما أوجه الدعم الاجتماعي والقانوني الممكن تقديمها؟

**أهداف الدراسة:**

تسعى هذه الدراسة لتحقيق هدف رئيس يتمثل في تصميم برنامج متكامل للتعافي من الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للاعتداء الجنسي على النساء النازحات جراء النزاع المسلح في السودان (حرب أبريل ٢٠٢٣)، يراعي الخصوصية الثقافية والسياسي المجتمعي. تتبثق منه أهداف فرعية متمثلة في:

## ١. تصميم برنامج آليات التعافي يحتوى على التالى :

أ. الإسعافات النفسية الأولية

ب. التشخيص الطبي والنفسي

د. الدعم الاجتماعي والقانوني

2- اقتراح سياسات وتوصيات عملية تُسهم في الوقاية من الاعتداءات الجنسية في سياقات النزاع، ودعم جهود إعادة التأهيل، وتعزيز الأطر البحثية المستقبلية في هذا المجال.  
أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من عدة اعتبارات أكاديمية ومجتمعية وإنسانية، يمكن إبرازها على النحو التالي:

### ١. الأهمية العلمية والمعرفية

تقدم الدراسة مساهمة نوعية في ميدان الدراسات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالناجيات من العنف الجنسي في سياقات النزاع والنزوح القسري، وهي من القضايا التي لا تزال تعاني من نقص في البحث العلمي في السياق السوداني والعربي بشكل عام. كما تساهم في إثراء الأدبيات النفسية بنموذج عملي للتعافي متعدد الأبعاد يمكن توظيفه في البيئات المماثلة.

### ٢. الأهمية التطبيقية

تسعى الدراسة إلى تصميم برنامج عملي ومتكامل للتعافي من آثار الاعتداء الجنسي على النساء، يجمع بين الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والقانونية. ومن شأن هذا البرنامج أن يسهم في تحسين جودة الاستجابة لاحتياجات الناجيات، ودعم الجهات العاملة في هذا المجال من مؤسسات صحية ونفسية ومنظمات مجتمع مدني. تساعد هذه الدراسة في كسر حاجز الصمت المحيط بظاهرة الاعتداء الجنسي، وتعزيز الوعي المجتمعي بقضية الناجيات، كما تقدم أدوات لدعم النساء في أكثر الفئات تهمةً (النازحات والملاجئات)، بما يسهم في تحقيق العدالة الاجتماعية وحماية حقوق الإنسان. تأتي هذه الدراسة في ظل ضعف آليات المحاسبة القانونية للجرائم الجنسية المرتكبة خلال الحرب، وغياب السياسات الحكومية الفاعلة في توفير الحماية للنساء. ومن هنا، فإن الدراسة تشكل مساهمة عملية في الدعوة لوضع أطر وطنية متخصصة للتعامل مع هذه الانتهاكات، من منظور وقائي وعلاجي.

### مصطلحات الدراسة:

في هذه الدراسة، تم استخدام عدد من المفاهيم والمصطلحات التي تتطلب توضيحاً دقيقاً لضمان وضوح السياق وتحديد المعنى المقصود. وفيما يلي عرض لهذه المصطلحات وفقاً لتعريفات علمية موثقة، مع بيان كيفية استخدامها ضمن إطار البحث:

## الآثار (Effects)

يُقصد بها في هذا السياق الاستجابة الشعورية أو السلوكية أو الوجدانية التي تظهر كرد فعل لمثير معين. وقد عُرِّفت بأنها:

"الشعور أو السلوك الذي يصاحب الفكر أو الوجدان، وهي الاستجابة الانفعالية أو الوجدانية أو السلوكية لمثير ما" (أبو حطب، ٢٠٢٠، ص. ٢٢).

## الآثار الصحية (Health Effects)

تشير إلى التداعيات الجسدية المباشرة التي قد تلحق بالمرأة نتيجة الاعتداء الجنسي، مثل: "إصابات الجهاز التناسلي، إصابات الجهاز الهضمي، الأمراض المنقولة جنسياً، والإصابات الجسدية الأخرى" (عبد الموجود، ٢٠١٩، ص. ٩٧).

## الآثار النفسية (Psychological Effects)

هي الانعكاسات الشعورية والوجدانية التي تنجم عن الصدمة النفسية المرتبطة بالاعتداء، وتشمل اضطرابات القلق، الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة. وقد عُرِّفت بأنها: "التأثيرات الوجدانية أو الشعورية التي تصيب الفرد نتيجة التجربة النفسية العنيفة" (سالمي، ٢٠١٩، ص. ٤٧).

## الآثار الاجتماعية (Social Effects)

تعني الانعكاسات التي تطل علاقة الضحية بمحيطها الاجتماعي والأسري، وقد تتجلى في العزلة، أو الوصم الاجتماعي، أو التفكك الأسري. وقد عُرِّفت بأنها: "التأثيرات الواقعة على الأفراد من المجتمع والبيئة المحيطة" (عبادة، ٢٠١٨، ص. ٣١).

## الاعتداء الجنسي (Sexual Assault)

يُستخدم في هذه الدراسة كمصطلح شامل يضم كافة أشكال الاتصال أو السلوك الجنسي القسري أو غير المرغوب فيه، بما في ذلك الاغتصاب. وقد ورد تعريفه كما يلي: "أي نوع من النشاط أو الاتصال الجنسي الذي لا يوافق عليه الشخص، وينطوي على استعمال القوة، أو التهديد، أو الإكراه، في ظروف غير متكافئة من حيث السلطة" (عبد المحمود، ١٩٩٧، ص. ٣٧).

أما الاغتصاب، فهو نوع محدد من الاعتداء الجنسي، وقد عُرِّف بأنه: "أي إيلاج في المهبل أو الشرج أو الفم، بأي جزء من الجسم أو بجسم أجنبي، دون موافقة الشخص، أو في حالة عدم قدرته على التعبير عن الرفض أو القبول، ويُعد ذلك اتصالاً جنسياً بغير تراضٍ" (عبد الحميد، ١٩٩٧، ص. ٣٥).

في سياق هذه الدراسة، سيتم استخدام مصطلحي "الاغتصاب" و"الاعتداء الجنسي" بشكل مترادف، كما سيتم استخدام مصطلحي "الناجية" و"المغتصبة" للإشارة إلى الضحية، دون تحميل

أي تمييز دلالي بينهما، وذلك انطلاقاً من احترام كرامة الضحايا والتوجهات الحديثة في دراسات العنف القائم على النوع.

الضحية (Victim) تشير إلى الشخص الذي تعرض لانتهاك جنسي دون رضاه، أو لم يكن قادراً على إعطاء الموافقة بسبب الإكراه، أو العجز، أو عدم الأهلية القانونية. وقد ورد في تعريف مولتر (٢٠٢٢) أن:

"الضحية هو الشخص الذي لم يوافق على الممارسة الجنسية، أو لم يكن قادراً على الموافقة بسبب الإعاقة، أو فقدان الأهلية نتيجة السكر أو الإعاقة الذهنية أو الجسدية، وقد يكون قاصراً دون السن القانونية" (مولتر، ٢٠٢٢، ص. ٤٥).

ويعزز هذا المفهوم إعلان الأمم المتحدة للمبادئ الأساسية للعدالة المتعلقة بضحايا الجريمة وسوء استخدام السلطة (قرار الجمعية العامة رقم ٤٠/٣٤ لسنة ١٩٨٥)، الذي يُعرّف الضحية بأنه:

"شخص أو مجموعة أشخاص لحق بهم ضرر، سواء كان إصابة بدنية أو عقلية، أو معاناة نفسية، أو خسارة اقتصادية، أو انتقاص من حقوقهم القانونية، نتيجة فعل أو إهمال يُعدّ انتهاكاً للقوانين الجنائية النافذة."

**ملاحظة:** سيتم استخدام مصطلحي "الضحية" و"الناجية" للإشارة إلى النساء المتعرضات للاعتداء، مع مراعاة السياق.

#### النساء النازحات (Displaced Women)

يشير المصطلح إلى النساء اللواتي أُجبرن على مغادرة أماكن سكنهن نتيجة النزاعات المسلحة أو الكوارث أو التحولات الاقتصادية والتنمية. وقد عرّفته لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا (الإسكوا) كما يلي:

"النزوح هو الانتقال القسري للأفراد من مناطقهم وبيئتهم وأنشطتهم المهنية، وهو شكل من أشكال التغيير الاجتماعي الناجم عن عدة عوامل، أكثرها شيوعاً الصراع المسلح" (الإسكوا، ٢٠٢٢، فقرة ١٢).

حرب ١٥ أبريل ٢٠٢٣

يشير هذا المصطلح إلى الحرب التي اندلعت في السودان بين القوات المسلحة السودانية وقوات الدعم السريع المتمردة، بتاريخ ١٥ أبريل ٢٠٢٣، والتي تسببت في كارثة إنسانية واسعة النطاق، شملت نزوح مئات الآلاف من السكان، وارتفاع معدلات العنف ضد النساء، لا سيما العنف الجنسي.

## الإطار النظري:

مقدمة:

تعدّ ظاهرة الاعتداء الجنسي من أخطر أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي، لما تتركه من آثار عميقة وطويلة الأمد على الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية للناجيات. وتشير الدراسات إلى أن الاعتداء الجنسي ليس حدثاً منفصلاً أو فردياً، بل هو ظاهرة اجتماعية مركبة تتداخل فيها أبعاد نفسية، بيولوجية، وثقافية. (WHO, 2023) لفهم هذه الظاهرة وتعقيدها، يقدم هذا الفصل إطاراً نظرياً متعدد المحاور يتناول (1) الآثار النفسية، (2) الآثار الاجتماعية، (3) الآثار الصحية الجسدية، بالإضافة إلى (4) عرض نقدي لأهم النظريات المفسرة لسلوك الاعتداء الجنسي، في ضوء ما توصلت إليه الأدبيات العلمية الحديثة.

الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للاعتداء الجنسي على النساء

أولاً: الآثار النفسية

يُعتبر الاعتداء الجنسي من أشد التجارب الصادمة تأثيراً على الصحة النفسية للناجيات. وتشير الأدبيات العلمية إلى أن هذا النوع من العنف مرتبط ارتباطاً وثيقاً باضطرابات نفسية مزمنة تشمل:

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) أظهرت دراسة (Kilpatrick (2000 أن ٣١% من النساء اللاتي تعرضن للاغتصاب أصبن باضطراب ما بعد الصدمة خلال حياتهن، و ١١% كن يعانين منه وقت إجراء الدراسة. وكنّ أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب بـ ٦.٢ مرة مقارنة بغيرهن، وأعلى بـ ٥.٥ مرة من حيث استمرارية الأعراض كما تشير دراسات متعددة إلى أن الاعتداء الجنسي يُعد من أبرز مسببات اضطراب ما بعد الصدمة، مثل دراسة (Ullman et al. 2007) ودراسة (Newins et al. 2021).

الاكتئاب والقلق: دراسة (Serrano-Rodríguez et al. (2025 التي حللت ٢١ دراسة شملت أكثر من ٢٠,٠٠٠ امرأة، خلصت إلى أن الأعراض الأكثر شيوعاً بعد الاعتداء تشمل الاكتئاب (٣٠%)، اضطرابات القلق، واضطرابات النوم.

محاولات الانتحار: نحو ثلث الضحايا فكّرن في الانتحار، و ١٣% منهن حاولن الانتحار فعلياً، وفقاً لدراسة (Kilpatrick 2000) وهي نسب تفوق بشكل كبير الفئات غير المعتدى عليها.

الإدمان وتعاطي المخدرات: أظهرت دراسات متعددة مثل (Blais & Monteith (2019) و (Zinzow et al. 2012) ارتفاعاً في معدلات الإدمان بين الناجيات، لا سيما في الحالات المصحوبة باضطراب ما بعد الصدمة.

**ثانياً: الآثار الاجتماعية**

الاعتداء الجنسي لا يؤدي فقط إلى ضرر نفسي فردي، بل يمتد إلى آثار اجتماعية واسعة تشمل:

- **الوصمة الاجتماعية:** تتعرض الضحايا في السياقات الثقافية المحافظة إلى وصم مجتمعي شديد، غالبًا ما يُحمّل المرأة مسؤولية الجريمة. وتُظهر نتائج Kilpatrick et al. (2007) أن ٦٠% إلى ٧١% من الضحايا عبّرن عن خوفهن من نظرة المجتمع أو نشر أسمائهن، وتأثير ذلك على فرص الزواج والعمل والدراسة.

- **الانسحاب والعزلة:** تعاني العديد من الناجيات من ضعف في الوظيفة الاجتماعية، وانخفاض في الأداء الأكاديمي والمهني، وقد يضطرن إلى ترك العمل أو الانتقال إلى مدن أخرى خوفاً من الفضيحة أو الاستبعاد المجتمعي; (Ahrens, 2006) (نزیه، ٢٠٢٠).

- **تأخر أو امتناع عن الإفصاح:** أشارت دراسات إلى أن ردود الفعل السلبية من المحيط قد تؤدي إلى تأخير الكشف عن الاعتداء، مما يطيل من مدة المعاناة النفسية.

**ثالثاً: الآثار الصحية الجسدية**

يُصاحب الاعتداء الجنسي عدد من الآثار الجسدية قصيرة وطويلة الأمد، تشمل:

- **إصابات الجهاز التناسلي:** مثل النزيف المهلي، التمزقات، التهابات المهبل، تشنج المهبل (عسر الجماع)، إصابات الحوض والأنسجة الرخوة، اضطرابات الدورة الشهرية، وعدوى الجهاز البولي (عبد الموجود، ٢٠١٩؛ حمزة، ٢٠٢٠؛ زكراوي، ٢٠١١).

- **الأمراض المنقولة جنسياً:** مثل السيلان، الزهري، فيروس نقص المناعة (HIV)، التهاب الكبد الوبائي، وفيروس الورم الحليمي البشري. وقد وثقت دراسة Spiro et al. (2023) ارتباطاً مباشراً بين الاعتداء الجنسي وخطر العدوى المنقولة جنسياً.

- **اضطرابات الجهاز الهضمي والعصبي:** مثل آلام الحوض المزمنة، الإمساك أو الإسهال، اضطراب الشهية، التقيؤ، الصداع، وآلام الظهر، بالإضافة إلى أعراض جسدية غير مفسرة طبياً (جورج، ٢٠٢٤).

**• تدهور المناعة والصحة العامة**

- أشارت نتائج van den Berk–Clark et al. (2018) و Pivac et al. (2023) إلى أن التوتر النفسي المزمن الناتج عن الصدمات الجنسية مرتبط بانخفاض الوظائف المناعية وازدياد قابلية الجسم للالتهابات.

## النظريات المفسرة للاعتداء الجنسي: -

تتسم ظاهرة الاعتداء الجنسي بتعقيد متداخل بين عوامل بيولوجية، نفسية، واجتماعية، مما دفع الباحثين إلى تطوير نماذج تفسيرية متعددة تُركز على هذه التداخلات. من بين النظريات الأكثر تأثيرًا وتطورًا:

• **نظرية المسارات: (Ward & Siegert, 2002)** تعد هذه النظرية متعددة العوامل إطارًا تحليليًا متقدمًا يحدد خمسة أنماط فرعية من مرتكبي الاعتداء الجنسي، حيث ترتبط كل نمط باختلال نفسي مهيم؛ يشمل ذلك اختلال تنظيم المشاعر، انحراف السيناريوهات الجنسية (sexual scripts)، اضطرابات العلاقات الحميمة، التفكير المعادي للمجتمع، وأخيرًا اختلالات متعددة تشمل تراكبات معقدة لهذه العوامل. تقدم هذه النظرية نموذجًا ديناميكيًا لتفسير تنوع دوافع وسلوكيات الجناة في سياق تفاعل معقد بين العوامل التعليمية، البيولوجية، والثقافية.

• **النظرية النفسية متعددة العوامل: (Malamuth, 1996)** تفترض هذه النظرية أن ميل الذكور نحو العدوان الجنسي نابع من تفاعلات بين عوامل تطورية واجتماعية، حيث يُعتبر التفضيل التطوري للجنس غير الشخصي (impersonal sex) أساسًا يُحفز السلوك الإجرامي الجنسي. يعزز هذا الميل عوامل خطر مثل الذكورة العدوانية والشخصية المعادية للمجتمع، التي تخفض من كفاءة الضوابط النفسية وتخلق سياقات مواتية للاعتداء.

• **نظرية السلوك الإجرامي: (Marshall & Barbaree, 1990)** تركز على مرحلة المراهقة كمرحلة حرجة لتفاقم الدوافع العدوانية المرتبطة بزيادة النشاط الهرموني. توضح النظرية كيف يمكن للعوامل البيولوجية (مثل الاندفاعات الجنسية المتزايدة) والتعرض لمثيرات بيئية (كالإثارة الجنسية غير المنضبطة أو تعاطي الكحول) أن تضعف آليات الكبح النفسي، مما يؤدي إلى ارتفاع احتمال ارتكاب الاعتداءات الجنسية.

• **النظرية المتكاملة للاعتداء الجنسي: (Ward & Beech, 2006)** تمثل نموذجًا تفسيريًا شاملاً يجمع بين العوامل البيولوجية (كاضطرابات تنظيم الإثارة وضعف التحكم في الدوافع)، والعوامل المعرفية (كالتبرير الأخلاقي المشوه والتصورات المغلوطة عن النساء والجنس)، والعوامل البيئية والاجتماعية (كالصدمة الطفولية وسوء التربية). يُعد هذا النموذج مرجعًا رئيسيًا في برامج إعادة تأهيل مرتكبي الجرائم الجنسية بسبب شمولية أبعاده وقدرته على دمج متغيرات متعددة في تحليل سلوك الجاني.

• **النظرية البيئية للتنمية البشرية: (Bronfenbrenner)** تقدم إطارًا متعدد المستويات يربط بين العوامل الفردية (السمات الديموغرافية والبيولوجية)، وخصائص الاعتداء (كالصلة بين الضحية والجاني واستخدام الكحول)، والعوامل البيئية الدقيقة (الدعم الأسري والاجتماعي)، والتفاعلات مع الأنظمة القانونية والطبية والنفسية، وصولاً إلى السياقات المجتمعية والثقافية التي

تؤثر على تقبل الاعتداء. كما تتناول هذه النظرية البعد الزمني للاعتداء، خاصة فيما يتعلق بالتعرض المتكرر أو التاريخ العائلي للإساءة.

• تؤكد هذه النظريات مجتمعة أن الاعتداء الجنسي ظاهرة متعددة الأبعاد تتطلب مقاربات وقائية وعلاجية تراعي التنوع في العوامل المسببة، مع أهمية الدمج بين الجوانب النفسية، البيولوجية، والاجتماعية في تصميم البرامج التدخلية.

### مقارنة نقدية بين النظريات

تتميز نظرية المسارات بالدقة في تصنيف مرتكبي الاعتداء وفق اختلالات نفسية محددة، مما يسهل التدخل العلاجي الموجه، لكنها قد تقتصر إلى معالجة العوامل البيئية الأوسع. في المقابل، تركز النظرية النفسية متعددة العوامل على الأسباب التطورية والسياقات الاجتماعية، إلا أن اعتبارها الميل الجنسي غير الشخصي كدافع رئيسي قد يغفل جوانب أخرى كالصددمات النفسية والتربية.

تُبرز نظرية السلوك الإجرامي أهمية المرحلة العمرية (المراهقة) وتأثير العوامل الهرمونية والبيئية على الاندفاعات، مما يجعلها مفيدة في برامج الوقاية المبكرة، لكنها أقل شمولية مقارنة بالنماذج المتكاملة.

تجمع النظرية المتكاملة بين البيولوجي والمعرفي والاجتماعي، فتقدم تصوراً شاملاً للسلوك الإجرامي الجنسي، وهي الأكثر قبولاً في التطبيقات العلاجية، لكنها تتطلب موارد كبيرة لتطبيقها. أخيراً، توسع النظرية البيئية للتنمية البشرية النظرة من الفرد إلى السياقات الاجتماعية والثقافية والزمنية، مما يعزز فهم ديناميكيات الاعتداء في بيئات مختلفة، لكنها تقتصر أحياناً إلى التفصيل النفسي الدقيق للفرد.

### الدراسات السابقة:

تعتبر ظاهرة الاعتداء الجنسي من أخطر الانتهاكات التي تهدد الأمن النفسي والاجتماعي للنساء، وخاصة في بيئات النزاعات المسلحة، حيث تزداد نسبة التعرض للعنف الجنسي بشكل كبير. وقد ركزت الدراسات الحديثة على تحليل حجم المشكلة، آثارها النفسية، والعوامل البيئية التي تؤثر على النتائج الصحية والاجتماعية للضحايا. يستعرض هذا التقرير أبرز الدراسات السابقة التي تناولت هذه الظاهرة من مختلف الزوايا.

أبرز تقرير "العنف الجنسي في النزاعات المسلحة" (٢٠٠٧) الأعداد الهائلة للنساء المعرضات للاعتداء في مناطق مثل البوسنة والهرسك، رواندا، كوسوفو، ليبيريا، الكونغو، سيراليون، بوروندي، كولومبيا، دارفور، والعراق. أظهرت الأرقام أن نسب الاعتداء وصلت إلى مستويات مقلقة، حيث بلغت نسب الاغتصاب خلال النزاعات أحياناً أكثر من ٣٠-٤٠% من النساء في بعض المناطق، مع تسجيل حالات حمل ناتجة عن الاغتصاب وأضرار صحية واجتماعية

جسيمة. غالبًا ما رافق الاعتداء الجنسي فشل المؤسسات الأمنية والقانونية في التصدي لهذه الجرائم، ما ساعد في تفاقم الظاهرة. كما أبرز التقرير دور مؤسسات المجتمع المدني وبرامج إعادة التأهيل في محاولة التقليل من آثار العنف الجنسي.

وقد أشارت دراسة أبراهامز وآخرون (٢٠١٣) إلى أن أكثر من ٨٤% من النساء المعتدى عليهن يعانين من أعراض اكتئابية شديدة، حيث تكون شدة الأعراض مرتبطة بعوامل مثل شدة الاعتداء، استخدام الأسلحة، وتعدد الجناة. أظهرت الدراسة أيضًا أن عدم تلقي الدعم النفسي والاجتماعي يؤدي إلى تفاقم أعراض الاكتئاب.

كما توسعت دراسة زينزو وزملاؤها (٢٠١٨) في تحليل الاضطرابات النفسية مثل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، نوبات الاكتئاب الشديدة، وإدمان المواد المخدرة، مع التركيز على أن أساليب الاعتداء التي ترافقها تسهيل تعاطي المخدرات تزيد من معدلات هذه الاضطرابات بشكل ملحوظ. أما دراسة سيرانو رودريجز وآخرون (٢٠٢٥) فقد قامت بمراجعة ١٧٤٤ دراسة، واختارت ٢١ منها لتحديد أبرز التأثيرات النفسية والاجتماعية للاغتصاب، مثل اضطراب القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات النوم والإدمان على الكحول. وأكدت الدراسة أن هذه الآثار تستمر وتؤثر على جودة حياة الضحايا بشكل طويل الأمد. بينما قدمت دراسة ربيكا كمبيل وإميلي دوركن (٢٠٢١) تحليلاً بيئياً يؤكد أن التأثير النفسي للاعتداء لا يعتمد فقط على الفعل نفسه، بل على عدة عوامل بيئية مهمة، منها:

- درجة قرابة المعتدي بالضحية، حيث أن الاعتداء من قريب يزيد من التأثير النفسي السلبي.
- تكرار الاعتداء ومكان حدوثه، حيث تتضاعف التأثيرات مع تكرار الحوادث في بيئات مختلفة.
- المرحلة العمرية للضحية أثناء الاعتداء، حيث تتفاوت الآثار بين الأطفال والبالغين.
- الدعم الاجتماعي والأسري، حيث يؤدي النقص والدعم من الأسرة والمجتمع إلى تخفيف المعاناة النفسية.

في السياق السوداني ركزت دراسة العباس (٢٠٢٥) على تأثير الاعتداء الجنسي على النساء النازحات بسبب حرب أبريل ٢٠٢٣، ووجدت أن الأعراض النفسية مثل القلق (٧٠.٥%) والاكتئاب (٥٨.٨%) والضغط النفسية (٤٤.١%) كانت مرتفعة بشكل كبير، مع انتشار آثار صحية وجسدية تجاوزت ٨٨%. هذا يوضح كيف تؤثر الظروف البيئية والاجتماعية المحيطة على حدة الآثار النفسية.

#### تعقيب علي الدراسات السابقة: -

تسلط الدراسات السابقة، الضوء على الطابع الواسع لظاهرة الاعتداء الجنسي، خصوصًا في مناطق النزاع وأماكن اللاجئين، حيث تتكرر هذه الانتهاكات بشكل مقلق. وتشير هذه الدراسات

إلى أن التأثيرات النفسية الشائعة تشمل اضطرابات اكتئابيه، واضطرابات القلق، واضطراب ما بعد الصدمة، وهي أعراض تتفاقم عادة كلما زادت شدة الاعتداء وتكراره. كما يتفق الباحثون على أن الدعم الاجتماعي والبيئي يمثل عاملاً وقائياً محورياً يسهم في الحد من حدة هذه الأعراض النفسية وتحسين فرص التعافي. أما على صعيد النقاط المميزة، فتبرز الدراسات الحديثة من خلال تقديمها تحليلات متعمقة لتأثير نوع الاعتداء، مثل حالات الاعتداء المصحوبة بتعاطي المخدرات، على النتائج النفسية طويلة الأمد. وتضيف الدراسات التي تناولت السياقات المحلية، مثل تلك التي أجريت في السودان، رؤى ميدانية قيّمة تعكس خصوصية الاعتداء في النزاعات المعاصرة. ومن جهة أخرى، توفر المراجعات المنهجية الشاملة صورة دقيقة وشاملة لأنماط العامة للآثار النفسية، مع تحديد الفجوات البحثية التي ينبغي معالجتها مستقبلاً.

### منهج الدراسة وإجراءاتها:

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي ذي الطابع النظري بهدف فهم وتحليل الآثار الصحية والنفسية والاجتماعية للاعتداء الجنسي على النساء النازحات في سياق النزاع المسلح بالسودان، وبناء تصور إرشادي لآليات التعافي الممكنة. ويُعد هذا المنهج ملائماً لدراسة الظواهر الإنسانية المعقدة التي تتداخل فيها العوامل النفسية والطبية والاجتماعية والقانونية، والتي يصعب تناولها ميدانياً في البيئات الهشة المتأثرة بالحرب والنزوح.

اعتمدت الدراسة على البيانات الثانوية والثائقية بوصفها المصدر الرئيس للتحليل، وشملت الأدبيات العلمية المتخصصة في علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية المجتمعية ودراسات الصدمة والعنف القائم على النوع الاجتماعي، إلى جانب الدراسات السابقة المتعلقة بالاعتداء الجنسي في النزاعات واللجوء، وتقارير المنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، إضافة إلى الأدلة والبروتوكولات الإرشادية الخاصة بالإسعافات النفسية الأولية والرعاية الطبية والحماية القانونية للناجيات.

تم تنفيذ الدراسة عبر خطوات منهجية متتابعة بدأت بمسح نظري شامل للأدبيات لرصد الاتجاهات البحثية الحديثة وتحديد أبرز الآثار المترتبة على الاعتداء الجنسي، ثم تحليل مضمون الدراسات والتقارير باستخدام أسلوب التحليل الموضوعي للمحتوى لاستخلاص الأنماط المشتركة وعوامل الخطورة والحماية والتدخلات الأكثر فاعلية. كما أُجريت مقارنة بين النماذج الدولية للاستجابة للعنف الجنسي بهدف تحديد أفضل الممارسات القابلة للتكييف مع السياق السوداني. وفي ضوء ذلك، تم دمج النتائج في إطار تركيبي شامل أسفر عن تصور إرشادي متكامل يحدد آليات التعافي الصحية والنفسية والاجتماعية والقانونية.

اعتمدت الدراسة على التحليل الوصفي والتفسيري والاستنتاج الاستقرائي لضمان بناء معرفي مترابط، مع تنوع مصادر المعلومات والرجوع إلى مراجع حديثة ومحكمة لتعزيز الموثوقية العلمية.

#### محددات الدراسة: -

تتمثل محدّدات هذه الدراسة في اعتمادها على البيانات الثانوية والطابع النظري للتحليل، وعدم إجراء تطبيق ميداني مباشر، إلا أن الدراسة تقدم إطارًا تحليليًا وتطبيقيًا يمكن اختباره وتطويره في الدراسات الميدانية المستقبلية وفي برامج الاستجابة الإنسانية متعددة القطاعات.

#### نتائج الدراسة:

السؤال الأول: ما خطوات الإسعافات النفسية الأولية للنساء اللاتي تعرضن للاعتداء الجنسي جراء حرب ١٥ أبريل ٢٠٢٣؟

تُعدّ الإسعافات النفسية الأولية (Psychological First Aid-PFA) تدخلًا إنسانيًا مبكرًا قائمًا على المبادئ الإرشادية والأدلة، ويستند إلى نماذج تطبيقية معروفة في الاستجابة للأزمات والكوارث، من بينها نموذج Johns Hopkins RAPID. وتمثل PFA إطارًا عمليًا لدعم الصحة النفسية العامة في البيئات عالية الاضطراب، ولا تُعدّ علاجًا نفسيًا متخصصًا أو بديلًا عنه، بل تُنقذ بوصفها خطوة أولى تسبق الدعم النفسي الاجتماعي، وقد تتبعا لاحقًا تدخلات علاجية نفسية متخصصة بحسب شدة الأعراض واحتياجات الناجية.

ويتركز هدف الإسعافات النفسية الأولية على خفض الاستثارة الانفعالية الحادة، وتعزيز الإحساس بالأمان، ودعم القدرة على التكيف عبر تلبية الاحتياجات العاجلة، وربط المتضررة بالشبكات والخدمات المتاحة. وتكتسب PFA أهمية خاصة في سياقات العنف الجنسي أثناء النزاعات المسلحة لكونها تستجيب لمزيج معقد من الاحتياجات العاطفية والاجتماعية والعملية، مع اشتراطات صارمة تتعلق بالسرية والخصوصية والكرامة.

**القائمون بتقديم PFA:** يمكن لأي شخص تلقى تدريبًا مناسبًا—بما في ذلك المتطوعون ومقدمو الإسعافات الأولية وأفراد المجتمع—تقديم الإسعافات النفسية الأولية، إذ لا تتطلب بالضرورة وجود اختصاصيين في الصحة النفسية، لكنها تتطلب مهارات تواصل داعم، ومعرفة بمبادئ عدم الإيذاء، والإحالة الآمنة.

**سياقات تقديم PFA:** تُقدّم الإسعافات النفسية الأولية في أي موقع آمن ومريح للطرفين (مثل المنازل، المراكز المجتمعية، المدارس، نقاط الإخلاء، المستشفيات/العيادات، وغيرها). وفي حالات العنف الجنسي تُعدّ الخصوصية شرطًا محوريًا لضمان السرية وصون الكرامة الإنسانية.

خطوات الإسعافات النفسية الأولية :

**التحقق من المخاطر والإصابات وضمان السلامة:** يبدأ التدخل بتقييم وجود إصابات جسدية وتقديم الإسعاف الطبي الأولي عند الضرورة، مع تقدير المخاطر الأمنية ونقل الناجية إلى مكان آمن بعيداً عن مصدر التهديد.

١. **الاقتراب الداعم والإنصات الفعّال:** يتم الاقتراب بطريقة هادئة وغير مهدّدة، وتقديم الذات بصورة مهنية مناسبة، ثم الإصغاء بتعاطف واحترام دون ضغط على الناجية لسرد تفاصيل الواقعة. ويشمل ذلك الانتباه للتواصل اللفظي وغير اللفظي، والحفاظ على اتزان مقدم الخدمة بما يعزز الإحساس بالأمان.

٢. **تقدير الاحتياجات وتلبية الضروري منها فوراً:** تشمل الاحتياجات الأساسية الماء والغذاء والكساء والمأوى، إلى جانب احتياجات عملية عاجلة مثل الوصول للأسرة أو الدعم القانوني/الخدمي. ويُراعى في طرح الأسئلة التركيز على الأولويات العملية بدل الخوض في التفاصيل الصادمة.

٣. **تطبيع ردود الفعل الانفعالية ودعم التكيف:** تُفهم ردود الفعل مثل البكاء أو الاضطراب أو التشنج بوصفها استجابات متوقعة للصدمة، ويجري التعامل معها دون أحكام. ويتم التشجيع على استراتيجيات تكيف بناءة، مع التنبيه إلى مخاطر الاستراتيجيات غير المفيدة (مثل تعاطي الكحول/المخدرات أو العزلة).

٤. **الربط بخدمات الدعم والإحالة الآمنة:** تُستكمل PFA بتيسير الوصول إلى معلومات واضحة وخدمات صحية ونفسية واجتماعية وقانونية، وفق نظام إحالة يضمن السلامة والسرية واستمرارية الرعاية.

السؤال الثاني: كيف يتم تشخيص الآثار الجسمية والصحية للاعتداء الجنسي؟

ينطلق تشخيص الآثار الجسمية والصحية من مقارنة طبية-قانونية متكاملة تشمل جمع الأدلة وتقييم الحالة الصحية، مع الالتزام الصارم بمبدأ الموافقة المستنيرة وحماية الخصوصية. ويفضل أن يُجرى ذلك داخل مراكز متخصصة أو وحدات مرتبطة بالمستشفيات يشرف عليها فريق مدرب (مثل ممرضات/مختصات فحص الاعتداءات الجنسية)، بما يضمن جودة الإجراء وتقديم الدعم النفسي المصاحب.

وتتضمن العملية التشخيصية:

- أخذ التاريخ الطبي المرتبط بالحادثة بالقدر اللازم للتقييم والعلاج، مع مراعاة حساسية الاستدعاء السردي وحق الناجية في تأجيل التفاصيل إلى حين تلبية احتياجاتها العاجلة.
- الفحص السريري وتوثيق الإصابات (جروح، خدوش، كدمات)، مع إمكانية التصوير الطبي، ومراعاة أن بعض العلامات قد تظهر بوضوح أكبر لاحقاً.

- **فحوص الأدلة الجنائية** مثل المسحات وعينات السوائل والشعر وآثار الجلد، مع إمكان فحوص الحمض النووي وفق الإمكانيات المتاحة.
- **الفحوص المخبرية** للحمل والعدوى المنقولة جنسيًا، مع جدول متابعة عند سلبية النتائج الأولية (إعادة بعض الفحوص خلال أسابيع لاحقة).
- **حفظ التقرير الطبي وضبط الوصول إليه** بحيث لا يُكشف محتواه إلا بموافقة مكتوبة من الناجية أو بأمر قضائي، ويُستخدم التقرير كوثيقة داعمة في إجراءات التقاضي.
- كما تُراعى مبادئ الرعاية المتمحورة حول الناجية: شرح كل خطوة قبل تنفيذها، وإتاحة خيار الرفض الجزئي أو الكلي دون تبعات، وتوفير بيئة آمنة ومطمئنة تقلل من إعادة الإيذاء النفسي.
- السؤال الثالث: كيف يتم علاج الآثار الجسمية والصحية للاعتداء الجنسي؟  
يعقب التشخيص تدخل علاجي متعدد المكونات يهدف إلى معالجة الإصابات، والوقاية من العدوى، وتقليل مخاطر الحمل غير المرغوب فيه، وتقديم المشورة الطبية والقانونية وفق رغبة الناجية. وتشمل الاستجابة العلاجية:

  ١. **رعاية فورية وداعمة:** إتاحة مكان للاستحمام وتغيير الملابس واستخدام غسول الفم وقضاء الحاجة عند الضرورة، بما يعزز الاستعادة النفسية للسيطرة والكرامة.
  ٢. **علاج الإصابات الجسدية:** معالجة الجروح/التمزقات وقد يتطلب الأمر تدخلًا جراحيًا في بعض الحالات، خاصة في الإصابات الشديدة.
  ٣. **الوقاية من العدوى:** إعطاء لقاحات مناسبة (مثل التيتانوس والتهاب الكبد الوبائي عند عدم التحصين السابق)، وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا بالمضادات الحيوية وفق البروتوكولات.
  ٤. **الوقاية بعد التعرض لفيروس العوز المناعي البشري (PEP):** تُعد أكثر فعالية عند البدء مبكرًا بعد التعرض، ويلتزم بالنافذة الزمنية المعتمدة (حتى ٧٢ ساعة)، مع متابعة فحوصات لاحقة. ويزداد خطر العدوى في سياقات بعينها (مثل الإيلاج الشرجي أو وجود نزف).
  ٥. **منع الحمل الطارئ/الخيارات الإنجابية:** تقديم وسائل منع الحمل الإسعافية عند طلب الناجية، مع بدائل مثل اللولب النحاسي خلال مدة زمنية مناسبة. وفي حال حدوث حمل ناجم عن الاعتداء، تُقدم مشورة شاملة حول الخيارات المتاحة وفق الإطار القانوني الوطني.

- وتشير المعطيات الميدانية إلى اعتماد بروتوكول علاجي في السودان يركز على التدخل خلال ٧٢ ساعة ويتضمن مضادات حيوية، وتطعيمات، و PEP لمدة شهر، وإجراءات منع الحمل الطارئة، بالإضافة إلى مسارات إحالة للحالات ذات المضاعفات أو الاحتياجات الخاصة.
- السؤال الرابع: ما خطوات الدعم النفسي الاجتماعي للناجيات؟  
يُعرّف الدعم النفسي الاجتماعي بوصفه حزمة تدخلات تهدف إلى استعادة التوازن الوظيفي بعد الأزمات، وتعزيز القدرة على التكيف والمرونة، وتقوية المهارات الفردية والاجتماعية. ويُنفذ عبر

مستويات تبدأ بالفرز والتقييم، وتمتد إلى أنشطة فردية وجماعية داعمة، بما يتسق مع الاحتياجات الفعلية للناجيات.

وتشمل مكونات الدعم النفسي الاجتماعي في هذه الدراسة:

١. **المسح والتقييم الأولي**: تطبيق استمارات المسح الاجتماعي، ثم تقييم الحالة الاجتماعية والنفسية عبر أدوات مخصصة، بما يدعم اتخاذ قرار الإحالة وتحديد الأولويات.

٢. **التثقيف النفسي وتطبيع الاستجابات**: شرح الاستجابات النفسية الشائعة بعد الاعتداء الجنسي (كالخوف، فرط اليقظة، الذنب)، والتأكيد أن ما حدث ليس مسؤولية الناجية، بما يقلل من الوصمة ويعزز القبول الذاتي.

٣. **إدارة الحالة ونظام الإحالة**: تنسيق تدخلات متعددة القطاعات (صحية-نفسية-اجتماعية-قانونية-مادية) بالتعاون مع الجهات ذات الصلة لضمان حماية شاملة واستمرارية الرعاية.

٤. **التدخلات الداعمة للرفاه اليومي**:

**النشاط البدني** لتحسين المزاج وتقليل أعراض الاضطراب وتعزيز الروابط الاجتماعية ضمن البرامج الجماعية.

**التعلم النشط والمهارات الحياتية** (حل المشكلات، اتخاذ القرار، التواصل، العمل الجماعي).  
**الإرشاد الصحي** لتحسين نمط الحياة (نوم كافٍ، تغذية، تقليل الكافيين، تجنب الكحول، دعم صحة الجهاز الهضمي).

**التدريب العقلي** (التأمل، التفكير الإيجابي، إعادة الصياغة المعرفية، تنظيم الانفعالات).

٥. **الدعم الأسري**: توعية الأسرة بردود الفعل السلبية المحتملة (لوم، انتقاد) وتوجيهها نحو المساندة غير المشروطة، لأن البيئة الأسرية عامل حاسم في مسار التعافي.

٦. **تعزيز العلاقات الاجتماعية وشبكات الدعم**: تشجيع بناء شبكات دعم، والمشاركة المجتمعية والعمل التطوعي، وإتاحة مجموعات دعم نظير-نظير لتبادل الخبرات بصورة آمنة.

٧. **الهوايات والقدرات الإبداعية**: توظيف الأنشطة الإبداعية (الرسم، الموسيقى، القراءة) والعناية بالحيوانات الأليفة كوسائط تنظيم انفعالي وتقليل التوتر.

٨. **الإرشاد النفسي الفردي المتخصص**: تقديم إرشاد نفسي فردي يلبي الاحتياجات النفسية والاجتماعية والاقتصادية/الأكاديمية، ويسهم في تعزيز التوافق الذاتي والاندماج المجتمعي.

السؤال الخامس: كيف يُقدّم الدعم القانوني للناجيات؟

يمثل الدعم القانوني جزءاً مكملاً لاستجابة شاملة تتمحور حول الناجية، ويشمل تقديم العون القانوني وتوثيق الانتهاكات بدقة مع احترام الخصوصية والسرية، وتمكين الناجيات من اتخاذ قرار اللجوء للقضاء دون ضغط. ويتضمن ذلك الاستشارات القانونية المجانية، ودعم الضحية

أثناء التحقيق والمحاكمة، وحماية الشهود من الانتقام، والتنسيق مع منظمات المجتمع المدني لتيسير الوصول إلى العدالة وإعادة فتح الملفات حيثما أمكن.

كما يُعد التقرير الطبي بعد الفحص السريري وثيقة أساسية في إجراءات التقاضي، ولا يجوز الإفصاح عنه إلا بموافقة مكتوبة من الناجية أو بأمر قضائي. وتوصي الاستجابة المؤسسية بتشكيل فرق متخصصة للاستجابة للاعتداءات الجنسية تضم الرعاية الصحية والطب الشرعي والشرطة والنيابة العامة، بحيث تُدار إجراءات جمع الأدلة والإحالة القانونية في إطار يحفظ الكرامة ويقلل من إعادة الصدمة.

وعلى المستوى التشريعي، شهد السودان تعديلات قانونية ذات صلة، من أهمها تعديل القانون الجنائي لعام ١٩٩١ في عام ٢٠١٥ لتوضيح تعريف الاغتصاب وفصل الالتباس السابق بين الاغتصاب والزنا، وتجريم التحرش الجنسي وتحديد عقوباته، إلى جانب نصوص تتعلق بالحماية الخاصة للنساء أثناء النزاعات المسلحة. كما تقرر المادة ١٣٥ من القانون الجنائي السوداني حق إنهاء الحمل الناتج عن الاغتصاب إذا لم يتجاوز ٩٠ يوماً، بما يربط الاستجابة الطبية بالمسار القانوني وفق الضوابط الوطنية.

انطلاقاً من ذلك، يقدم هذا الفصل البرنامج المقترح بوصفه إطاراً تطبيقياً متعدد القطاعات، صُمم خصيصاً للبيئات الإنسانية منخفضة الموارد، وبما يراعي الاعتبارات الأخلاقية والثقافية، ويضمن أولوية سلامة الناجية وحققها في الاختيار والسرية.

## 2- الأسس النظرية والمنهجية للبرنامج

### 1.2 الإطار النظري: نموذج التعافي الحيوي-النفسي-الاجتماعي-القانوني

يرتكز البرنامج على نموذج التعافي الحيوي-النفسي-الاجتماعي-القانوني (Bio-Psycho-Social-Legal Model) بوصفه امتداداً تطوريّاً للنموذج الحيوي-النفسي-الاجتماعي الذي طرحه إنجل، والذي يقرر أن الأذى/المرض نتاج تفاعل دينامي بين المحددات البيولوجية والنفسية والاجتماعية، وليس محصلة عامل واحد. (Engel, 1977) وقد تمت إضافة "البعد القانوني" في هذا البرنامج لأن العنف الجنسي ليس حدثاً سريرياً فحسب، بل انتهاك لحقوقي تُغذّيه بنى الإفلات من العقاب؛ الأمر الذي يجعل غياب العدالة عاملاً مُبقياً للتهديد ويُعيق التعافي ويُبقي الصدمة "حاضرة نفسياً". (Amnesty International, 2022)

### 2.2 مقارنة الرعاية المرتكزة على الناجية ومبادئ العمل الأخلاقي

يتبنى البرنامج مقارنة "الرعاية المرتكزة على الناجية" (Survivor-Centered Care) ، بما تتضمنه من: صون الكرامة، والسرية، والموافقة المستنيرة، واحترام الاستقلالية، وتقديم الخيارات دون ضغط، مع تجنب إعادة الصدمة (UNFPA, 2018) ؛ (IASC, 2015) ويؤكد البرنامج على مبادئ "عدم الإيذاء" و"السلامة أولاً" و"الخصوصية" كمعايير حاكمة لكل إجراء، وعلى

مواءمة التدخلات مع السياق الثقافي والاجتماعي المحلي دون التفريط في حقوق الناجية أو فرض مسارات علاجية أو قانونية عليها.

### 2.3 مصادر بناء البرنامج

اعتمد بناء البرنامج على:

١. الأدبيات العلمية المتعلقة بالعنف الجنسي والنزوح والصحة النفسية في الأزمات (Tol et al., 2011).

٢. أدلة منظمة الصحة العالمية المتعلقة بالاستجابة الصحية للعنف الجنسي ضد النساء (WHO, 2013).

٣. أدلة الإسعافات النفسية الأولية (WHO et al., 2011)؛ (Brymer et al., 2006).

٤. إرشادات دمج تدخلات العنف القائم على النوع الاجتماعي في العمل الإنساني (IASC, 2015).

٥. معايير الحد الأدنى لبرامج العنف القائم على النوع الاجتماعي في الطوارئ (UNFPA, 2018).

٦. خبرات الباحثين الميدانية وملاحظاتهم ومقابلاتهم مع ناجيات، واختصاصيين نفسيين، وتقارير مجموعات دعم نفسي في مدن سودانية متعددة.

### 3- أهمية البرنامج

تتبع أهمية البرنامج من كونه يعالج ظاهرة عالية الخطورة، شديدة التعقيد، متعددة الأبعاد، في سياق تتراجع فيه القدرة المؤسسية على تقديم خدمات متكاملة. كما يستجيب البرنامج لحاجة منهجية إلى رؤية تطبيقية تُترجم الأدلة والمعايير الدولية إلى مسار تدخل واضح وممكن التنفيذ في بيئات النزوح، مع إتاحة مسارات دعم بديلة عند تعذر الوصول إلى القضاء أو الخدمات المتخصصة، ودون الإخلال بسلامة الناجيات أو تعريضهن لمخاطر إضافية.

### 4- أهداف البرنامج

#### 4.1 الهدف العام

تمكين النساء النازحات اللائي تعرضن للاعتداء الجنسي أثناء النزاع من التعافي الصحي والنفسي والاجتماعي والقانوني، واستعادة الوظائف الحياتية، وتقليل إعادة إنتاج الصدمة، وضمان مسار تعافٍ طويل الأمد قائم على السلامة والكرامة والاختيار.

#### 4.2 الأهداف الفرعية

١. تثبيت الأمان الجسدي والنفسي في المرحلة المبكرة.

٢. تشخيص ومعالجة الآثار الصحية والإنجابية والبدنية.

٣. خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق وفق تدخلات قائمة على الدليل.

٤. تعزيز شبكات الدعم الاجتماعي وتقليل الوصم.
  ٥. تمكين الناجيات من الوصول إلى خدمات قانونية آمنة وميسرة.
  ٦. دعم التمكين الاقتصادي وإعادة الإدماج المجتمعي.
  ٧. منع الانتكاس عبر المتابعة والتأهيل وخطط التعافي الفردية.
  - 5- الفئة المستهدفة ومعايير الاشتمال
- يستهدف البرنامج:

- النساء النازحات جراء النزاع المسلح في السودان، ولا سيما المتأثرات بأحداث حرب ١٥ أبريل ٢٠٢٣، واللاتي تعرضن لاعتداء جنسي.
- ويمكن توسيع نطاقه ليشمل النساء اللاتي تعرضن لاعتداء جنسي في سياقات الهشاشة، متى ما توفرت شروط السلامة والسرية.

- 6- البناء التفصيلي للبرنامج: ست مراحل مترابطة
- يقوم التصميم على مسار "مرحلي-تراكمي": كل مرحلة تُنتج مخرجات قابلة للقياس، وتُعدّ مدخلاً للمرحلة التالية، مع إمكان العودة خطوة عند ظهور مخاطر جديدة أو انتكاس.
- المرحلة الأولى: الإسعافات النفسية الأولية وتثبيت الأمان (٠-٧ أيام)
- الهدف: تثبيت السلامة، تقليل الاستثارة الانفعالية، منع تدهور الأعراض، وربط الناجية بخدمات مستدامة (WHO et al., 2011)؛ (Brymer et al., 2006).
- المكونات الإجرائية:

١. تهيئة بيئة آمنة: مكان خاص، غير مُعرّض للرؤية/النتبع، مع ترتيب وسيلة خروج آمنة.
٢. الاستقبال الأخلاقي: تعريف الدور، توضيح السرية وحدودها (خصوصًا في حالة خطر وشيك)، أخذ موافقة مستنيرة.
٣. الإنصات الداعم: استماع غير استجابي، تجنب الأسئلة التفصيلية المُعيدة للصدمة، وتجنب اللوم الضمني.
٤. التهدئة وتنظيم الاستثارة: تنفس، استرخاء عضلي، grounding، إعادة توجيه الانتباه، وخطة نوم/أكل أولية.
٥. التثقيف النفسي: شرح طبيعي لردود الفعل بعد الصدمة، والتأكيد أن الأعراض ليست "ضعفًا أخلاقيًا".

#### ٦. التقييم الأولي غير التشخيصي للمخاطر:

- خطر إيذاء الذات/الانتحار (أسئلة قصيرة مباشرة).
- خطر عنف متكرر/تهديد من الجاني.
- الاحتياجات العاجلة: مأوى، مرافق آمن، حماية.

٧. الربط بالإحالة: تحويل سريع للرعاية الطبية (خلال ٧٢ ساعة إن أمكن) ولخدمات الحماية والدعم.

المخرجات المتوقعة: خطة سلامة أولية، خفض استثارة ملحوظ، قبول مبدئي للدعم، وإحالة طبية/حماية إن لزم.

مؤشرات قياس: انخفاض شدة الضيق اللحظي، توافر مرافق آمن، الالتزام بخطة سلامة خلال الأسبوع الأول.

المرحلة الثانية: التشخيص الطبي والنفسي والتخطيط العلاجي (الأسبوع الأول-الشهر الأول)

الهدف: فحص الآثار الصحية والإنجابية، وبناء خط أساس نفسي موضوعي لخطة علاج فردية (WHO, 2013).

المكونات الطبية (وفق الإتاحات):

١. فحص الإصابات الجسدية وتوثيقها طبيًا بصورة تحمي الخصوصية.
٢. فحوصات الحمل والأمراض المنقولة جنسيًا عند الإمكان، وتقييم الحاجة إلى تدخلات وقائية/علاجية.

٣. تقييم الألم المزمن، اضطرابات النوم، الأعراض الجسدية التحولية، والمضاعفات النسائية.  
المكونات النفسية:

١. تقييم مُقنّن لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق، وتقييم الأداء الوظيفي.
٢. تقييم المخاطر: أفكار انتحارية، تعاطي، عنف أسري، صعوبات معرفية، فقدان ذاكرة صادم.
٣. تحديد عوامل حماية: دعم أسري آمن، صديقة موثوقة، موارد مجتمعية، إيمان/معنى، مهارات مواجهة.

نتيجة المرحلة:

• خطة علاج فردية (Individual Recovery Plan) تتضمن: أهدافًا قصيرة ومتوسطة وطويلة، ترتيب أولويات (سلامة/صحة/علاج/قانون/معيشة)، وخيارات متعددة تراعي رغبة الناجية.

مؤشرات قياس: استكمال التقييم بأمان، وجود خطة مكتوبة/مشفّرة، وضوح الإحالات ومسارات الخدمة.

المرحلة الثالثة: المعالجة الصحية والنفسية المتخصصة (١-٣ أشهر قابلة للتديد)

الهدف: علاج الآثار الصحية والصدمية بأدوات قائمة على الدليل، مع مراعاة الاستقرار والأمان وعدم إعادة الصدمة.

(أ) المعالجة الصحية:

١. علاج الإصابات والمضاعفات، وخطة متابعة للألام/الالتهابات/المضاعفات النسائية.

٢. دعم تغذوي أساسي عند الحاجة (خصوصًا مع فقدان الشهية/فقر الدم/إعياء مزمن).

٣. بروتوكولات إحالة للمستشفيات عند حالات الطوارئ.

### ب) المعالجة النفسية:

١. تدخلات الاستقرار (قبل الصدمة العميقة): تنظيم الانفعالات، إدارة نوبات الهلع، مهارات النوم، التعامل مع محفزات الصدمة.

٢. علاج موجه للصدمة عند توفر الشروط (أمان نسبي، قدرة على التنظيم):

العلاج المعرفي السلوكي الموجّه للصدمة (TF-CBT) بوصفه من العلاجات المدعومة بالأدلة لاضطراب ما بعد الصدمة. (Watts et al., 2013)

العلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين EMDR كخيار علاجي للصددمات (Shapiro, 2018) مع مراعاة قابلية التطبيق وإشراف مختصين.

٣. العلاج الدوائي: عند وجود اكتئاب شديد/قلق مُعيق/أرق مزمن، وفق تقييم طبي وإشراف ومتابعة آثار جانبية.

٤. جلسات فردية وجماعية: الجمع بين العلاج الفردي (للخصوصية) والمجموعات الداعمة (لتقليل العزلة والوصم) إذا كان ذلك آمنًا.

مخرجات: انخفاض الأعراض، تحسن الأداء، استعادة التحكم، تقليل التجنب والكوابيس.

مؤشرات قياس: تغيير درجات المقاييس النفسية قبل/بعد، تحسن النوم، تقليل النوبات، تحسن القدرة على العمل/التواصل.

المرحلة الرابعة: الدعم الاجتماعي وتقوية شبكات الحماية (بالتوازي ١-٦ أشهر)

الهدف: تحويل التعافي من مسار علاجي فردي إلى بيئة داعمة تقلل المخاطر وتزيد الصمود.

### المكونات:

١. إدارة الحالة: (Case Management) تحديد الاحتياجات، تنسيق الإحالات، متابعة التزام الخدمات بمبدأ "السرية والاختيار".

٢. شبكات الأقران: مجموعات دعم بإشراف مختص، قواعد أمان، عدم مشاركة تفاصيل صادمة، وتدريب على الحدود.

٣. إشراك الأسرة الآمنة: فقط إذا كانت الأسرة داعمة وغير مُعنّفة، مع تدريبها على الاستجابة دون لوم.

٤. الدعم المعيشي: إحالات لمأوى آمن، مساعدات نقدية/عينية طارئة، دعم غذائي/دوائي.

٥. مناهضة الوصم: حملات توعية مجتمعية حساسة ثقافيًا، تركّز على أن الاعتداء مسؤولية الجاني لا الضحية، وتوضح مسارات الإحالة دون كشف الهويات.

٦. حماية الطفل: إذا وُجد أطفال معتمدون على الناجية أو تعرضوا لمخاطر ثانوية.

**المرجعية النظرية:** رأس المال الاجتماعي بوصفه عامل حماية يعزز الصمود عبر العلاقات والثقة والتبادل. (Putnam, 2000)

**مؤشرات قياس:** زيادة مصادر الدعم، انخفاض العزلة، انتظام الوصول للخدمات، تحسن الشعور بالأمان داخل المجتمع/المخيم.

**المرحلة الخامسة:** الدعم القانوني والحقوقى (وفق رغبة الناجية وبما يضمن السلامة)  
**الهدف:** إتاحة العدالة كخيار داعم للتعافي، دون فرضه، وبما يمنع تعريض الناجية لخطر أو وصم أو ابتزاز.

**المكونات:**

١. **توعية قانونية مبسطة:** ما الحقوق؟ ما الخيارات؟ ما المخاطر؟ ما الذي يمكن/لا يمكن ضمانه؟

٢. **التوثيق السري:** توثيق طبي/قانوني بحد أدنى من المعلومات الضرورية، وتخزين آمن، وترميز الملفات.

٣. **التمثيل القانوني:** استشارات مجانية، مرافقة أثناء الإجراءات، تخطيط للحماية في حال التهديد.

٤. **مسارات بديلة للإنصاف:** عند تعذر القضاء الرسمي، النظر في آليات حماية/وساطة آمنة لا تفرط بحقوق الناجية ولا تعرضها للضغط.

٥. **تنسيق مع خدمات الحماية:** ضمان عدم مشاركة البيانات دون موافقة مستتيرة.

**مرجعية معيارية:** توصي إرشادات IASC بدمج حماية الناجيات ومبادئ GBV عبر القطاعات وبحساسية عالية للمخاطر (IASC, 2015)، كما تؤكد معايير UNFPA على مبادئ السرية والموافقة والاختيار في تقديم الخدمات. (UNFPA, 2018)

**مؤشرات قياس:** وصول الناجية لاستشارة قانونية آمنة، وضوح الخيارات، عدم حدوث انتهاك للسرية، انخفاض الشعور بالعجز.

**المرحلة السادسة:** المتابعة وإعادة التأهيل والاستدامة (٦ أشهر فأكثر)

**الهدف:** ترسيخ المكاسب، منع الانتكاس، ودعم إعادة الإدماج الاقتصادي والاجتماعي.

**المكونات:**

١. **خطة تعافي فردية محدثة:** أهداف واقعية، خطوات، جدول متابعة، مؤشرات إنذار مبكر للانتكاس.

٢. **متابعة نفسية وطبية دورية:** مراجعة الأعراض، تعديل الخطة، دعم الالتزام بالعلاج، إحالات عند التدهور.

٣. **التأهيل المهني والاقتصادي**: تدريب مهارات، ورش، دعم مشاريع صغيرة، وصل ببرامج سبل العيش.

٤. **تعزيز الهوية والمعنى**: تدخلات داعمة (استعادة القيم، معنى التجربة دون تمجيد الألم، بناء مستقبل).

٥. **خطة طوارئ**: ماذا تفعل الناجية عند ظهور محفز قوي أو تهديد أو عودة أعراض؟

٦. **إغلاق علاجي آمن**: إنهاء تدريجي، وتأكيد مصادر دعم مستمرة.

**مؤشرات قياس**: ثبات التحسن على ٦ أشهر، انخفاض الانتكاس، تحسن الاندماج، عودة للدراسة/العمل/الأدوار الأسرية.

7- الإطار الزمني للتنفيذ

• **قصير المدى 1-7**: أيام (مرحلة ١ + بدء ٢).

• **متوسط المدى 1-3**: أشهر (استكمال ٢-٥ وفق الحاجة).

• **طويل المدى 6**: أشهر فأكثر (مرحلة ٦ والمتابعة).

8- الجهات المنفذة وآلية العمل

يُنفذ البرنامج عبر فريق متعدد التخصصات يضم: اختصاصيين نفسيين، عاملين اجتماعيين، مقدمي خدمات صحية، ومحامين/مستشارين قانونيين، بالشراكة مع منظمات مجتمع مدني والقيادات المحلية، وفق نموذج تنسيقي يضمن الإحالة المتبادلة ومبادئ السرية وعدم الإيذاء (WHO, 2013)؛ (IASC, 2015)

9- التقييم وضمان الجودة

يعتمد البرنامج على:

١. **تقويم قبلي** لخط الأساس (طبي/نفسى/اجتماعي).

٢. **تقويم تكويني** عبر الملاحظة والتغذية الراجعة ومراجعة الالتزام بالأخلاقيات.

٣. **تقويم بعدي** وتتبعي بعد انتهاء كل مرحلة وبعد ٣-٦ أشهر.

ويُستحسن اعتماد مؤشرات: انخفاض أعراض PTSD والاكتئاب، تحسن الأداء، زيادة الدعم الاجتماعي، وتقديم ملموس في الاستقرار المعيشي، مع توثيق صارم لإجراءات حماية البيانات.

10- القابلية للتطبيق والاستدامة

صُمم البرنامج ليكون مرناً ومتدرجاً وقابلاً للتكيف بحسب شدة الحالة وتوفر الموارد، مع التركيز على تدريب كوادر محلية ونمذجة مسارات إحالة عملية لضمان الاستمرارية، بما يتوافق مع توصيات بناء القدرات في البيئات الإنسانية (UNFPA, 2018).

**خاتمة الدراسة:**

تناولت هذه الدراسة قضية العنف الجنسي ضد النساء النازحات في سياق النزاع المسلح في السودان بوصفها ظاهرة إنسانية معقدة متعددة الأبعاد، تتجاوز حدود التأثيرات الصحية المباشرة لتشمل آثارًا نفسية واجتماعية وقانونية ممتدة، تتفاعل فيما بينها ضمن سياق إنساني يتسم بالهشاشة المؤسسية وضعف أنظمة الحماية والخدمات.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن التعافي من آثار العنف الجنسي في سياقات النزاع لا يمثل عملية علاجية قصيرة المدى، بل مسارًا طويل الأمد يتشكل من خلال تفاعل العوامل الفردية والبيئية والمؤسسية. كما أكدت النتائج أن التدخلات أحادية البعد لا تحقق استجابة فعالة ومستدامة، وأن النماذج الأكثر قدرة على دعم التعافي طويل المدى هي النماذج التكاملية متعددة القطاعات التي تجمع بين الرعاية الصحية والدعم النفسي والخدمات الاجتماعية والحماية القانونية ضمن إطار تنسيقي موحد.

وفي هذا السياق، أسهمت الدراسة في تطوير برنامج تطبيقي مقترح لآليات التعافي متعددة القطاعات، يستند إلى نموذج التعافي الحيوي-النفسي-الاجتماعي-القانوني، ويتكامل مع مقاربة الرعاية المرتكزة على الناحية ومبادئ العمل الإنساني القائم على عدم الإيذاء والسلامة والسرية. ويُعد هذا البرنامج محاولة لتجسير الفجوة بين الأدلة والمعايير الدولية من جهة، وواقع البيئات الإنسانية منخفضة الموارد من جهة أخرى، من خلال تقديم مسار تدخل عملي قابل للتكيف مع السياقات المحلية.

كما تسهم الدراسة في تعزيز الفهم العلمي لمسارات التعافي في البيئات الإنسانية المتأثرة بالنزاعات، من خلال تقديم تحليل تكاملي يجمع بين الأبعاد الصحية والنفسية والاجتماعية والقانونية، مع إبراز دور العوامل الثقافية والاجتماعية والمؤسسية في تشكيل تجربة التعافي لدى الناجيات. وعلى المستوى التطبيقي، تقدم الدراسة إطارًا يمكن أن يدعم تطوير السياسات والبرامج الإنسانية الموجهة للاستجابة للعنف الجنسي في سياقات النزاع، خاصة في البيئات التي تعاني من ضعف الموارد والبنية المؤسسية، كما تفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تطبيقية يمكن أن تختبر فعالية النماذج التكاملية في دعم التعافي طويل المدى.

في ضوء ما تقدم، تؤكد الدراسة أن الاستجابة الفعالة للعنف الجنسي في النزاعات تتطلب تبني مقاربات إنسانية شاملة تركز على الكرامة الإنسانية وحقوق الناجيات، وتعمل على تعزيز التكامل بين القطاعات المختلفة، وبناء قدرات محلية مستدامة قادرة على الاستجابة للاحتياجات المتغيرة في البيئات الإنسانية المعقدة.

**التوصيات:**

تشير نتائج الدراسة إلى أن تحسين الاستجابة للعنف الجنسي في سياقات النزاع يتطلب تحولات هيكلية تتجاوز التدخلات المجزأة قصيرة المدى، نحو مقاربات متكاملة قائمة على النظم الصحية والاجتماعية والعدلية. وعليه، توصي الدراسة بما يلي:

- 1- تعزيز التنسيق متعدد القطاعات من خلال إنشاء آليات مؤسسية تربط بين القطاعات الأمنية والصحية والنفسية والاجتماعية والقانونية، بما يضمن استجابة متكاملة وسريعة للناجين.
- 2- إصلاح إجراءات الاستجابة الأمنية والتحقيق الجنائي عبر اعتماد بروتوكولات موحدة تراعي الصدمات وتحمي خصوصية الناجين وسرية بياناتهم.
- 3- دمج مقاربة الرعاية المركزة على الناجي ومنظور النوع الاجتماعي في جميع مراحل الاستجابة، بما يضمن تلبية الاحتياجات المتباينة للفئات المتأثرة بالنزاع.
- 4- الاستثمار في بناء القدرات المؤسسية للعاملين في الخطوط الأمامية، بما يشمل التدريب على الاستجابة الحساسة للصدمات والحد من التحيزات الجندرية داخل المؤسسات.
- 5- توسيع الوصول إلى العدالة من خلال توفير خدمات قانونية مجانية، وتعزيز آليات حماية الشهود، وضمان الدعم النفسي والقانوني المستمر للناجين.
- 6- تطوير تدخلات متخصصة للفئات الأكثر عرضة للخطر، بما في ذلك الأطفال، والأشخاص ذوو الإعاقة، والناجون الذكور، والأفراد المرتبطون بالسياقات القتالية.
- 7- دمج استراتيجيات الوقاية المجتمعية مع برامج التعافي طويلة المدى، بما يشمل التوعية المجتمعية، وتحسين البنية التحتية الوقائية، وتوسيع استخدام الحلول الرقمية الآمنة لدعم إعادة الإدماج المجتمعي.

**قائمة المراجع :****المراجع العربية**

- أبو حطب، فؤاد. (٢٠٢٠). *مدخل إلى علم النفس*. دار الفكر العربي.
- إسماعيلي، أحمد. (٢٠١٨). *صدمة الاغتصاب*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأشول، عادل عز الدين. (٢٠١٣). *علم النفس الاجتماعي* (الطبعة الثانية). مكتبة الأنجلو المصرية.
- الإسكوا. (٢٠٢٢). *تقرير النزوح الداخلي في المنطقة العربية*. لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا.
- السالمي، محمد. (٢٠١٩). *علم النفس الإكلينيكي*. دار المسيرة.
- العباس، مريم. (٢٠٢٥). *الآثار النفسية للاعتداء الجنسي على النساء النازحات في السودان*. مركز دراسات المرأة والنزاعات.

- العقيل، عقيل بن عبد الرحمن. (٢٠٢٠). أحكام اغتصاب المرأة في الشريعة والقانون الوضعي . مجلة البحوث والدراسات القضائية المعاصرة، (3)، 110.٨٧-
- العمروسي، نيللي حسن. (٢٠٢٣). إدارة الأزمات النفسية . مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبادة، هشام. (٢٠١٨). العنف الأسري وأثره الاجتماعي . دار الشروق.
- عبد الحميد، محمد إبراهيم. (١٩٩٧) معجم علم النفس المعاصر . الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عبد الحميد، منى. (١٩٩٧). الاغتصاب: دراسة قانونية واجتماعية . الهيئة العامة للكتاب.
- عبد المحمود، سامي. (١٩٩٧). الجرائم الجنسية في القانون السوداني . مطبعة جامعة الخرطوم.
- عبد الله المجيدل. (٢٠١٦). دليل الدعم النفسي والتربوي . المنظمة العربية.
- عبد الموجود، صابر. (٢٠١٤). دور الضحية في الاعتداء الجنسي بين المشكلة وآليات المواجهة . المجلة القومية الاجتماعية، ٥١(2)، 116.٨٨-
- عبد الموجود، فاطمة. (٢٠١٩). الآثار الصحية للعنف الجنسي على النساء . المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- نزيه، هالة. (٢٠٢٠). العنف الجنسي والوصمة الاجتماعية في المجتمعات العربية . دار الفارابي.
- نزيه، نعيم شلالا. (٢٠٢٠). التحرش الجنسي والاعتداء الجنسي (الطبعة الثانية). منشورات الحلبي الحقوقية.
- نبيه، نسرین عبد الحميد. (٢٠٠٨). الإجرام الجنسي . دار الجامعة الجديدة.
- المراجع الأجنبية:**

Ahrens, C. E. (2006). Being silenced: The impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *American Journal of Community Psychology*, 38(3-4), 263-274.

Amnesty International. (2022). Gender-based violence in conflict settings: Accountability and survivor support. Amnesty International.

Amnesty International. (2023). Sudan: Sexual violence in conflict. <https://www.amnesty.org>

Blais, R. K., & Monteith, L. L. (2019). PTSD and substance use among women survivors of sexual assault. *Psychological Trauma*, 11(4), 381-389.

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husén & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2nd ed.).
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- GBVIMS. (2021). *Gender-based violence information management system: Guidelines and protocols*. <https://www.gbvims.com>
- Human Rights Watch. (2004). *Darfur destroyed: Ethnic cleansing by government and militia forces in western Sudan*. HRW.
- Human Rights Watch. (2022). Sexual violence in conflict zones. <https://www.hrw.org>
- IASC. (2015). *Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action*. Inter-Agency Standing Committee.
- Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (2000). *Rape in America: A report to the nation*. National Victim Center.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Ruggiero, K. J., Conoscenti, L. M., & McCauley, J. (2007). Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape. National Institute of Justice.
- Malamuth, N. M. (1996). The confluence model of sexual aggression. In *Sexual aggression: Understanding and managing deviant sexual behavior*.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In *Handbook of sexual assault*. Springer.
- Murphy, M., Ellsberg, M., & Contreras-Urbina, M. (2019). Nowhere to turn. *The Lancet*, 393(10189), 1855–1857.
- Newins, A. R., Glenn, J. J., Wilson, L. C., Wilson, S. M., Kimbrel, N. A., Beckham, J. C., Va Mid-Atlantic Mirecc Workgroup, & Calhoun, P.

- S. (2021). Psychological outcomes following sexual assault: Differences by sexual assault setting. *Psychological services, 18*(4), 504–511. <https://doi.org/10.1037/ser0000426>
- OHCHR. (2021). Guidelines on justice in matters involving child victims and witnesses of crime. <https://www.ohchr.org>
- Pivac, N., Zupančić, M., & Mustapić, M. (2023). Immunological changes in survivors of sexual trauma. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology, 37*.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Serrano-Rodríguez, J., López, M. Á., & Díaz, L. F. (2025). Psychological consequences of sexual assault: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress Studies, 42*(1), 12–27.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy* (3rd ed.). Guilford Press.
- Spiro, A., Nketiah, D., & Richardson, M. (2023). Sexual violence and STI prevalence. *Global Health Journal, 18*(2), 67–76.
- Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., Golaz, A., & van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *The Lancet, 378*(9802), 1581–1591.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of traumatic stress, 20*(5), 821–831. <https://doi.org/10.1002/jts.20290>
- UNFPA. (2018). *Minimum standards for gender-based violence in emergencies programming*. United Nations Population Fund.
- UNFPA. (2019). Prevention and response to gender-based violence in emergencies. <https://www.unfpa.org>

- UN Women. (2020). The shadow pandemic. <https://www.unwomen.org>
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. WHO.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Substance use among rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 287–294.
- Zinzow, H. M., et al. (2018). Trauma and substance abuse in conflict zones. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(4), 428–439.