

منظمة الصحة العالمية



جمعية الصحة العالمية الثانية والخمسون
البند ١٧ من جدول الأعمال المؤقت

ج ٥٢ / وثيقة معلومات ٣/
٣ أيار/ مايو ١٩٩٩
A52/INF.DOC./3

الأحوال الصحية للسكان العرب في الأراضي العربية المحتلة، بما فيها فلسطين، ومساعدتهم

يتشرف المدير العام باسترعاء انتباه جمعية الصحة الى التقرير السنوي المرفق الذي يقدمه مدير الشؤون الصحية، وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) لعام ١٩٩٨.

تقرير مدير الشؤون الصحية، الأونروا لعام ١٩٩٨

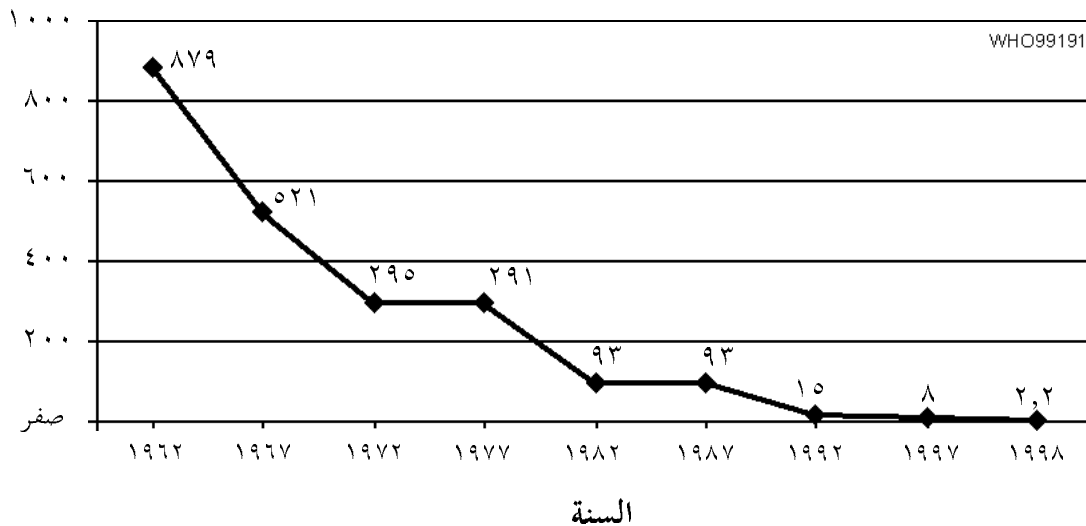
أحوال اللاجئين الفلسطينيين الصحية

١- يشبه نمط الأمراض والوفيات الوبائي للاجئين الفلسطينيين اليوم النمط الوبائي للكثير من المجموعات السكانية التي تمر حالتها الصحية بمرحلة انتقالية من مرحلة نامية الى مرحلة متقدمة. فالأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات تقع تحت السيطرة الكاملة نتيجة للتغطية المثلى التي يوفرها البرنامج الموسع للتمنيع. فلم تسجل أية اصابة بالكزاز الوليدي أو شلل الأطفال منذ عام ١٩٨٨ وعام ١٩٩٣، على التوالي. وفي أثناء ذلك انخفض معدل حدوث الحصبة انخفاضاً كبيراً كما هو مبين في الشكل الوارد أدناه. ومن ناحية أخرى فان معدل الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية مثل داء السكري والأمراض القلبية الوعائية والسرطان بدأ في الارتفاع.

الشكل ١

معدل حدوث الحصبة، ١٩٦٢-١٩٩٨

معدل الحدوث



٢- وتم التخلص من سوء التغذية الناجم عن عوز البروتين والطاقة بين الأطفال الا أن مشكلة توقف النمو تظل قائمة مما يدل على أن الحالة التغذوية للأطفال لاتزال على غير ما يرام. كما أن معدل انتشار حالات عوز العناصر المغذية الدقيقة بين النساء اللائي في سن الانجاب والأطفال، مثل الأنيميا الناجمة عن عوز الحديد واضطرابات عوز اليود، لايزال مرتفعاً كما لايزال منسب تسمم الأسنان بالفلور مرتفعاً في غزة.

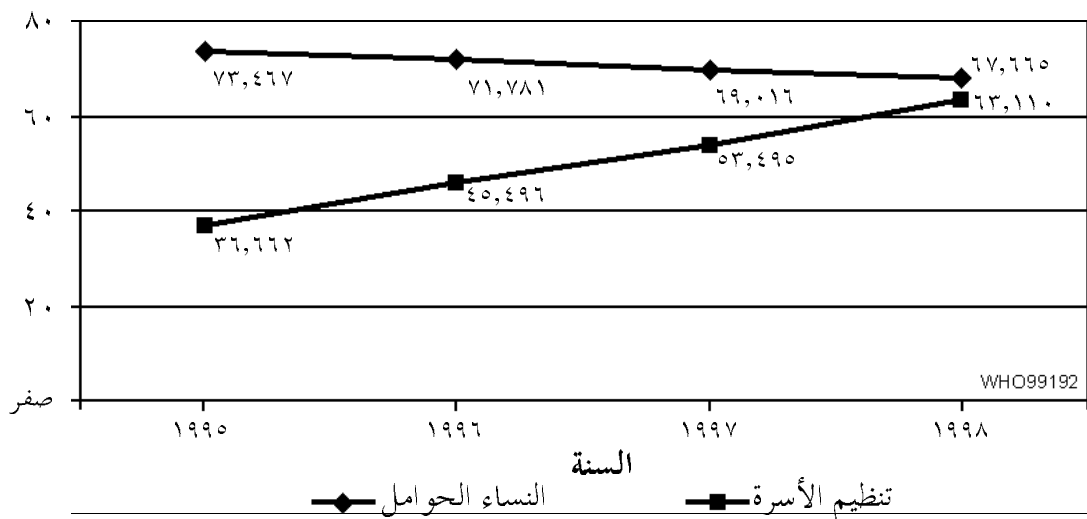
٣- وقد تدنى معدل وفيات الرضع باطراد كما أن نمط الأسباب الرئيسية الكامنة وراء وفيات الرضع قد تغير تغيراً كبيراً. فانخفض معدل حدوث أمراض الاسهال والالتهابات المعدية المعوية وسوء التغذية، التي كانت مسؤولة عن حوالي ثلثي وفيات الرضع في مطلع الستينات الى مستويات ضئيلة الا أن ذلك المعدل قد تجاوزه معدل الاصابة بالأمراض التنفسية الحادة ونقص الوزن عند الميلاد المقترن بالخداج وحالات الشذوذ الخلقية وهي أمراض يصعب اتقاؤها. وبالمثل فان نسبة الوفيات التي تحدث في مرحلة ما بعد الولادة قد سجلت اتجاهاً هبوطياً مشابهاً حيث تحدث أعلى نسبة من الوفيات، وهي ٦٠٪، خلال فترة الولادة الحديثة.

٤- وبلغت نسبة الولادات على أيدي عاملين مدرّبين ٣,٩٣٪ في عام ١٩٩٨ في الضفة الغربية ٩٨,٢٪ في قطاع غزة بما في ذلك ٤,٢٧٪ في وحدات الأمومة بوكالة الأونروا. وعلاوة على ذلك فإن عدد النساء الحوامل المسجلات لتلقي الرعاية في فترة الحمل قد تراجع باطراد نتيجة زيادة عدد النساء المنتظمات في خدمات الوكالة في مجال تنظيم الأسرة كما يتبين ذلك في الشكل الوارد أدناه.

الشكل ٢

عدد النساء المسجلات لتلقي الرعاية في فترة الحمل
وخدمات تنظيم الأسرة، ١٩٩٥-١٩٩٨

عدد النساء
(بالآلاف)



٥- وعلى الرغم من التقدم الملحوظ الذي تحقق فإن حالة النساء والأطفال الصحية لاتزال على غير مايرام. فلاتزال معدلات المواليد الخام مرتفعة اذ تبلغ ٤٦,٣ لكل ألف ساكن في قطاع غزة و ٤٢,٩ في الألف في الضفة الغربية، حيث يبلغ متوسط حجم الأسرة ما يزيد عن ٦ في غزة و ٥,٨ في الضفة الغربية. وبناء على احصاءات التسجيل فإن معدل نمو السكان في الأراضي التي تغطيها الوكالة كان حوالي ٣٪ و ٣,٥٪ في قطاع غزة. كما أن حوالي ٣٥٪ من اللاجئتين المسجلين كانوا أقل من الخامسة عشرة من العمر (٤٤٪ في غزة).

٦- وجاء في دراسة أجرتها الأونروا أن متوسط عمر الزواج بين النساء الفلسطينيات يتراوح بين ١٩,١ سنة في الضفة الغربية و ١٨,٥ سنة في قطاع غزة حيث تتزوج ١٠٪ من الفتيات في سن الخامسة عشرة أو قبل ذلك. ومن النساء اللائي يتلقين رعاية من الأونروا تقل الفترة الفاصلة بين الأحمال عن سنتين بالنسبة لـ ٥٣,٢٪ منهن في قطاع غزة و ٤٧,٩٪ منهن في الضفة الغربية. وفي عام ١٩٩٨ كان أكثر من ثلث النساء اللائي يتلقين رعاية في فترة الحمل في عيادات الأونروا في الضفة الغربية مصنفات على أنهن نساء معرضات لاحتمالات خطر (عالية أو تستوجب التأهب). وبلغ المعدل المناظر في غزة ٣٧,٣٪.

٧- وتحصل جميع المساكن في مخيمات اللاجئتين تقريبا على مياه نقية كما أن حوالي ٦٦٪ منها في الضفة الغربية و ٤٧٪ منها في غزة موصولة بشبكات المجاري. وكميات المياه التي تزود بها مخيمات

اللاجئين اما من مصادر بلدية أو من الآبار العميقة لا تكفي عموماً وكذلك الأمر بالنسبة لقطاع غزة حيث تعد المياه الجوفية المصدر الوحيد وحيث يفوق معدل الاستهلاك للاستخدام المنزلي وللأغراض الزراعية بثلاثة أمثال معدل التعويض من الموارد الطبيعية.

٨- وبجميع المقاييس فان مصادر المياه لا تفي بالمعايير الدولية الخاصة بنوعية المياه الصالحة للشرب. حيث تفوق مستويات الملوحة ولاسيما النترات المعايير الدولية الموصى بها بخمس مرات. ومن المتوقع حدوث أنواع أخرى من حالات التلوث والسمية أكثر خطراً.

٩- وكشف الاستقصاء الذي أجري عن التغذية وفق الدم في قطاع غزة في تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٨ بالتعاون مع مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في أتلانتا، الولايات المتحدة الأمريكية، عن حدوث حالات تسمم بالرصاص بين الأطفال في موقع واحد على الأقل وهو جباليا.

١٠- وقد كاد عدد اللاجئين في قطاع غزة يتضاعف على مدى السنوات العشر الماضية. ويظل هذا النمط من النمو السكاني يمثل، مع ما يصحبه من استنزاف للموارد المائية وتردد للأوضاع الاجتماعية الاقتصادية بسبب الارتفاع السريع في معدلات التضخم والبطالة، خطراً كبيراً على الصحة والتنمية الاقتصادية. وعليه فان الأونروا لاتزال تولي الأولوية القصوى لخدمات صحة الأسرة ولاسيما تنظيم الأسرة وتحسين ظروف صحة البيئة.

الخدمات الصحية التي تقدمها الأونروا للاجئين

١١- تشرف منظمة الصحة العالمية منذ عام ١٩٥٠، وبموجب اتفاق مبرم مع الأونروا، من الناحية التقنية على برنامج الرعاية الصحية الذي تنفذه الوكالة وذلك من خلال الدعم المتواصل الذي يقدمه المكتب الاقليمي لشرق المتوسط وتعاون المقرر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية وكذلك تعيين مدير الشؤون الصحية وباقي كبار الموظفين في الأونروا في مقر هذه الوكالة على أساس قرض غير قابل للاسترداد.

١٢- ومنذ ذلك الحين والأونروا هي الجهة الرئيسية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية للاجئين الفلسطينيين في ميادين عملياتها الخمسة الرئيسية وهي الأردن ولبنان والجمهورية العربية السورية وقطاع غزة والضفة الغربية. وفي عام ١٩٩٨، بلغ عدد اللاجئين الفلسطينيين الاجمالي المسجلين لدى الأونروا ٣,٦١ مليون نسمة منهم ١ ٣٤٩ ٠٠٠ لاجئ في قطاع غزة والضفة الغربية يمثلون حوالي ٥٠٪ من اجمالي السكان. ومن أصل السكان اللاجئين في الضفة الغربية وقطاع غزة يعيش ٢٧٪ و ٥٤٪ على التوالي في ٢٧ مخيماً.

١٣- وظل برنامج الأونروا للرعاية الصحية يركز على تقديم رعاية صحية أولية شاملة تتضمن خدمات الرعاية الطبية الأساسية، وخدمات الوقاية من الأمراض ومكافحتها وخدمات صحة الأسرة بما في ذلك تنظيم الأسرة. وقد قدمت تلك الخدمات رأساً ومجاناً الى اللاجئين الفلسطينيين من خلال شبكة الأونروا التي تضم ٥١ من مرافق الرعاية الصحية الأولية داخل المخيمات وخارجها: ٣٤ مرفقاً في الضفة الغربية و ١٧ مرفقاً في قطاع غزة. ونظراً لارتفاع حجم العمل في غزة فقد تم الحفاظ على نظام للعيادات التي تعمل على وقتين في ستة مراكز صحية كبرى.

١٤- وضم ٣٨ مرفقاً من أصل مرافق الرعاية الصحية الأولية الاحدى والخمسين مختبرات كاملة التجهيز و ٣٥ عيادة للأسنان ووفرت جميعها خدمات تنظيم الأسرة كجزء لا يتجزأ من خدمات رعاية صحة الأم

والطفل. وقدمت تلك المرافق أيضا رعاية خاصة للمرضى المصابين بداء السكري وفرط ضغط الدم وذلك في إطار البرنامج المتكامل لمكافحة الأمراض غير السارية.

١٥- وفي عام ١٩٩٨، قامت تلك المرافق بما يزيد عن ٣,٥ مليون استشارة طبية و٠,٨٦ مليون حقنة وعملية لتغيير الضمادات و١٨٩ ٤٦٣ استشارة في مجال طب الأسنان. وعلاوة على ذلك، حصلت ٣٥ ٩٩٧ امرأة حاملا على رعاية في فترة الحمل في حين تلقى ١٠٥ ٠٠٠ طفل تقل سنهم عن الثالثة رعاية وقائية شاملة تتضمن رصد النمو والتطعيم والاشرف الطبي. وفاق عدد النساء الجديديات اللائي قبلن الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وانضممن الى البرنامج ٩٥٠٠ امرأة وبذلك يرتفع عدد النساء اللائي قبلن الحصول على تلك الخدمات الى ٣٤ ٣٧٤ امرأة. وكان عدد النساء أكبر في غزة، التي تعد فيها الأونروا المقدم الرئيسي للرعاية الصحية لحوالي ثلثي مجموع السكان سواء كانوا من المقيمين أو اللاجئين، إذ بلغ ٢٤ ٦٦٥ امرأة.

١٦- وعلاوة على هذه الخدمات، على المستوى الأولي، قدمت الأونروا الدعم من أجل تحمل تكاليف دخول اللاجئين الى المستشفيات في المرافق غير الحكومية في قطاع غزة والضفة الغربية، كما قدمت مساعدة مباشرة عن طريق المستشفى الذي تديره في قلقيليا في الضفة الغربية وسعته ٤٣ سريرا. وتلقى أكثر من ٢٠ ٠٠٠ مريض لاجئ رعاية استشفائية في عام ١٩٩٨ بما يعادل ٦٣ ٦٦٦ يوما في المجموع.

١٧- وبالنظر الى العجز المسجل في التمويل فان موارد الميزانية والموارد البشرية التي خصصتها الأونروا للصحة ظلت أقل بكثير من المعايير الاقليمية كما يتبين ذلك من الجدول الوارد أدناه.

الموارد المالية والبشرية المخصصة للصحة

الجمهورية العربية السورية	الولايات المتحدة الأمريكية	البحرين	السعودية	الكويت	قطر
١٩	٣١	٨٩	٣٧	١٠	الميزانيات السنوية للفرد الواحد المرصودة لوزارات الصحة والأونروا (بالدولارات الأمريكية)
١٠,٨	١٦,٦	٢٨,٠	٥,٢	٠,٨	الموارد البشرية لكل ١٠ ٠٠٠ ساكن
٢٠,٦	٣٠,٠	٦,٥	١٠,٩	٢,٥	الأطباء
					الممرضات / القابلات

المصدر: المؤشرات الديمغرافية والصحية لبلدان شرق المتوسط. المكتب الاقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية، ١٩٩٧.

١٨- وعلى الرغم من تواضع هذه الموارد البشرية والمالية المرصودة في الميزانية فقد ظل نظام الأونروا للرعاية الصحية ذا مردودية عالية. وقد تأكد ذلك بفضل تقييمات مستقلة. وخلص تقرير البنك الدولي الى نتيجة مفادها:

أن استراتيجية الأونروا والنهج الذي تتبعه ازاء تقديم الخدمات كانا، حتى ولو سلمنا بالمزايا اللوجيستية التي ينطوي عليها تقديم الخدمات الى مجموعات سكانية غير متفرقة، يتسمان بالكفاءة ويمكن أن يشكلا القاعدة التي يقوم عليها تطوير نظام فلسطيني مستدام للرعاية الصحية. وبسهولة يمكن، في أوضاع ثقافية ووبائية مشابهة لأوضاع غير اللاجئين اعتماد بعض جوانب نظام الأونروا، مثل بروتوكولات العلاج وإدارة الموارد المالية، وتكييفها مع مقتضيات القطاع الحكومي^١.

١٩- وواصلت الأونروا أيضا تقديم خدمات صحة البيئة الأساسية لحوالي ٥٧٩.٠٠٠ لاجئ فلسطيني يعيشون في ٢٧ مخيما في قطاع غزة والضفة الغربية بما في ذلك شبكات الصرف وإدارة مياه السيول وتوفير مياه الشرب النقية وجمع النفايات وتصريفها ومكافحة الحشرات والقوارض. وبالإضافة الى ذلك قدمت الأونروا دعما تغذويا في شكل حصص غذائية جافة للنساء الحوامل والمرضعات.

التعاون في مجال الصحة

٢٠- ظلت الأونروا ملتزمة بهدف المساهمة في عملية اصلاح وبناء نظام رعاية صحية مضمون الاستمرار، في الضفة الغربية وقطاع غزة، في حدود الوسائل المتاحة لها وفي داخل أي إطار تعتبره السلطة الفلسطينية ملائما. وشمل التعاون بين الأونروا ووزارة الصحة في السلطة الفلسطينية والمنظمات غير الحكومية في عام ١٩٩٨ عدة مجالات بما فيها ترصد الأمراض ومكافحتها، وصحة الأمومة وتنمية الموارد البشرية الصحية. وتم ترشيد سياسات التطعيم التي تتبعها الأونروا ووزارة الصحة لتتسق مع مفاهيم منظمة الصحة العالمية ومبادئها. وفي أثناء ذلك استمرت الأونروا في تلقي احتياجاتها من المستضدات الستة الخاصة بالبرنامج الموسع للتمنيع بالإضافة الى لقاحات التهاب الكبد "باء" والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية كمساهمة عينية من وزارة الصحة.

٢١- ومن جوانب التعاون الأخرى في مجال ترصد الأمراض ومكافحتها تنفيذ استراتيجية (المعالجة القصيرة الأمد للسبل تحت الملاحظة المباشرة) DOTS لمكافحة السل بداية من عام ١٩٩٩ وذلك بالتنسيق الكامل بين الأونروا والبرنامج الوطني لمكافحة السل. وتشارك الأونروا كذلك في البرنامج الوطني لمكافحة داء البروسيلات. وفي الأثناء تولت الأونروا تنفيذ نشاطين اثنين من أنشطة التثقيف الصحي المشتركة بين القطاعات التي تركز، أساسا، على أطفال المدارس، وكان أول هذين النشاطين يتعلق بالوقاية من تعاطي التبغ والثاني بالوقاية من الايدز والعدوى بفيروسه وذلك بدعم من وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية.

٢٢- وفي أواخر آذار/ مارس ١٩٩٩ يكون قد تم الفراغ من مشروع صحة الأمومة الخاص بوضع مواد تعليمية مفتوحة بشأن الرعاية في فترة الحمل وتنظيم الأسرة ونظم المعلومات الادارية وإدارة الجودة الكاملة، وذلك بمساعدة من جامعة كينغستون بالمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، والمشاركة الكاملة لوزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية المحلية في قطاع غزة. ولم يعزز هذا المشروع فحسب عملية بناء قدرات كل الشركاء في المشروع بل ساعد كذلك على ترشيد عدة جوانب تتعلق بمعايير الخدمات وممارسات مقدمي خدمات الرعاية الصحية في القطاع.

٢٣- وتعكف الأونروا على دراسة سبل ووسائل ضمان ديمومة المشروع في المستقبل وجدوى التوسع في نطاق أنشطته ليشمل الضفة الغربية بالبناء على القدرات المؤسسية التي تم تطويرها حتى الآن على المستوى المحلي.

٢٤- وأجرت الأونروا، بالتعاون مع المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة في السلطة الفلسطينية، الذي تؤويه مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية، استقصاء حول التغذية وفقر الدم في قطاع غزة. وشمل الاستقصاء الأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة وأطفال المدارس والنساء اللائي في سن الانجاب والكبار من الرجال سواء من المقيمين أو من اللاجئين. وبين الاستقصاء أن معدل انتشار فقر الدم الناجم عن عوز الحديد يتراوح بين ٥١,٥٪ و ٥٧٪ بين الأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة وبين ٣٣٪ إلى ٥٦٪ بين النساء اللائي في سن الانجاب.

٢٥- وشارك موظفون من وزارة الصحة في السلطة الفلسطينية في برنامج تدريب نظمته الأونروا بالتعاون مع المركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية الذي تؤويه مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية. وهذا البرنامج، الذي يرمي الى تعزيز عملية بناء القدرات المؤسسية للاداريين الرفيعي والمتوسطي المستوى في مجالات البائيات والصحة الانجابية والادارة، استهل نشاطه منذ عام ١٩٩٧ و سيتواصل في عام ١٩٩٩. وقد حدد مشاركون من الأونروا ووزارة الصحة مشاريع مشتركة لبحوث الخدمات الصحية يتعين تنفيذها في اطار مشروع التدريب هذا. وسيساعد المشروع، في نهاية المطاف، على بناء فريق أساسي من مدربي المدربين سينقل المعارف والمهارات التي يكتسبها الى سائر الموظفين.

٢٦- وبدأت الأونروا أشغال الانشاء لتشييد مختبر للصحة العمومية في رام الله بالضفة الغربية الذي سيدمج في نظام الرعاية الصحية التابع لوزارة الصحة في السلطة الفلسطينية. وفي أثناء ذلك من المتوقع أن تبدأ أعمال انشاء عتبر لطب الأطفال بسعة ٢٠ سريرا وتزويده بالمعدات في مستشفى الأونروا في قلقيليا في مطلع عام ١٩٩٩.

٢٧- وفي قطاع صحة البيئة أكملت الأونروا في تشرين الثاني / نوفمبر ١٩٩٨، انشاء شبكة للمجاري والصرف الصحي في بيتش كامب في غزة. والعمل ماض على قدم وساق في انشاء شبكة للمجاري والصرف الصحي ومحطة أساسية لضغط المياه في مخيم دير البلح. وفي الوقت ذاته تم استكمال تصميمات تقنية مفصلة لانشاء مرفق احتباس رئيسي لازالة الروائح الكريهة في دير البلح من أجل مشروع حماية شاطئ بيتش كامب ومن أجل شبكة المجاري والصرف الصحي الداخلية في مخيم جلازون بالضفة الغربية. وعلاوة على ذلك، أعدت الأونروا الرسومات التصميمية الخاصة بالمحطات الرافعة لمياه المجاري والصرف السطحي في مخيمات النصيرات والبريج والمغازي في وسط قطاع غزة.

٢٨- وفيما يتعلق باللاجئين الفلسطينيين خارج قطاع غزة والضفة الغربية، استمرت الأونروا في تقديم الخدمات الصحية الأساسية لهم في كل من الأردن والجمهورية العربية السورية ولبنان. وقد أقامت صلات تعاونية مع جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وذلك، أساسا، عن طريق شراء خدمات المستشفيات من المستشفيات التي يديرها الهلال الأحمر الفلسطيني في لبنان والجمهورية العربية السورية.

= = =