

الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية وفي الجولان السوري المحتل

تلبية لطلب مدير إدارة الصحة بالأونروا تتشرف المديرية العامة بإحالة التقرير المرفق إلى جمعية
الصحة العالمية الثانية والستين.

الملحق

تقرير مدير إدارة الصحة بالأونروا عن عام ٢٠٠٨ اللاجئون الفلسطينيون في الأرض الفلسطينية المحتلة

١- من بين ٤,٧ مليون فلسطيني لاجئ مسجل لدى وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، يعيش ١٢٣ ٨٣٦ ١ منهم في الأرض الفلسطينية المحتلة ويشكلون تقريباً نصف السكان هناك. ويعيش ٣٠٣ ٠٧٣ ١ لاجئين (٧١,٦٪) في قطاع غزة، و ٧٦٢ ٨٢٠ لاجئاً (٣١,٧٪) في الضفة الغربية.^١

٢- ويوجد في الأرض الفلسطينية المحتلة ٢٧ مخيم لاجئين (١٩ مخيماً في الضفة الغربية و ٨ مخيمات في قطاع غزة). وحوالي ثلث اللاجئين الفلسطينيين يعيشون في مخيمات اللاجئين (٤٦,٩٪ في قطاع غزة و ٢٥,٤٪ في الضفة الغربية)، ويعيش الباقي في بلدات وقرى مع السكان المضيفين.

٣- وتشتد كثافة السكان في جميع الأراضي الفلسطينية المحتلة، لكن ازدحامهم يزداد شدة بصفة خاصة في قطاع غزة وهو من أكثر الأماكن كثافة سكانية في العالم. وازدادت الكثافة السكانية من ٤٨١ فرداً/كم^٢ في عام ١٩٩٧ إلى ٦٢٦ فرداً/كم^٢ في عام ٢٠٠٧ (٤١٦ فرداً/كم^٢ في الضفة الغربية، و ٣٨٨١ فرداً/كم^٢ في قطاع غزة حيث يعيش ١,٤ مليون نسمة في مساحة قدرها ٣٦٥ كم^٢).^٢

٤- ومن الناحية الديمغرافية يتكون معظم السكان في الأرض الفلسطينية المحتلة من الشباب. ونسبة الأشخاص الذين لم يبلغوا ١٥ سنة من العمر بين اللاجئين (٤٥,٨٪) أعلى قليلاً مما هي بين غير اللاجئين (٤٥,٣٪)، وذلك بسبب معدلات الخصوبة العالية (٣,١) بين اللاجئين في الضفة الغربية و ٤,٦ في قطاع غزة). وفي المقابل نجد نسبة اللاجئين المسنين ٢,٨٪ مقابل ٣,١٪ بين غير اللاجئين.^٣ وفي عام ٢٠٠٨ كان معدل المعالين حسب العمر بين اللاجئين (اللاجئون الذين لم يبلغوا ١٥ سنة والذين تجاوزوا ٦٥ سنة من العمر) ٨٧٪ في قطاع غزة و ٧٣٪ في الضفة الغربية.^٤ وبالتالي فإن العبء الاقتصادي على الوحدات الأسرية عالٍ بصفة خاصة.

٥- ويعد اللاجئون الفلسطينيون من السكان المستضعفين بصفة خاصة. وكما حدث في السنوات الماضية ارتفعت بقوة مستويات البطالة في عام ٢٠٠٨ عما هي عليه بين غير اللاجئين. فقد كان مستوى البطالة في الأشهر الستة الأولى من عام ٢٠٠٨ أعلى بحوالي ٥,٥٪ لدى اللاجئين عما هو عند غير اللاجئين. ودل استقصاء للقوى العاملة أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عن الربع الأول من عام ٢٠٠٨ على أن النسبة المئوية للاجئين العاملين ممن بلغوا ١٥ سنة من العمر فأكثر في الأرض الفلسطينية المحتلة كانت ٣٨,٥٪ مقابل ٤٢,٢٪ في نفس المجموعة السكانية من غير اللاجئين. وبالمثل كانت مشاركة اللاجئين في

١ التقرير السنوي لإدارة الصحة بالأونروا لعام ٢٠٠٨، قيد النشر.

٢ الاستقصاء الصحي للأسر الفلسطينية لعام ٢٠٠٦.

٣ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. نشرة صحفية: المواصفات الديمغرافية للاجئين الفلسطينيين، حزيران/يونيو ٢٠٠٨.

٤ التقرير السنوي لإدارة الصحة بالأونروا لعام ٢٠٠٨، المرجع السابق.

القوى العاملة ١٤,٢٪ مقابل ١٥,١٪ بين النساء غير اللاجئات. ودلت هذه البيانات أيضاً على ارتفاع معدلات البطالة بين سكان مخيمات اللاجئين أكثر مما هي بين المقيمين الحضريين والريفيين.^١

نظرة عامة على المحددات الاجتماعية الاقتصادية للصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة

٦- بالرغم من برامج الضمان الاجتماعي الواسعة النطاق والحيدة الاستهداف على مدى السنوات الثماني الماضية، ظلت أعداد كبيرة من اللاجئين في الأرض الفلسطينية المحتلة تعاني من الفقر. وفي الربع الثالث من عام ٢٠٠٨ كان ٥١٪ من الفلسطينيين يعيشون تحت مستوى الفقر (٤٨٪ في الضفة الغربية و٥٦٪ في قطاع غزة)، وكان حوالي ١٩٪ يعيشون في ظروف الفقر المدقع ولم يتمكنوا بالتالي من إشباع احتياجاتهم الأساسية من الأغذية والملابس والسكن. ومثلما حدث في عام ٢٠٠٧، كان أكثر من نصف جميع الأسر الغزوية في عام ٢٠٠٨ يعيش في حالة فقر (٥٦٪). أما معدل فقر الأسر في الضفة الغربية فكان ٤٨٪. وتبين أن المقيمين في المنطقة الوسطى من الضفة الغربية هم أقل من يرحح أن يكونوا فقراء، وكانت معدلات الفقر الأسري في القدس الشرقية تقدر بنحو ١٩٪. وعلى العكس نجد معدلات الفقر تصل إلى أعلاها في المناطق الشمالية والجنوبية من الضفة الغربية (الخليل وبيت لحم وطوباس وجنين).^٢ وكان الفقر المدقع للأسر حسيماً قيس بالدخل يقدر بحوالي ٤٦,٣٪ في عام ٢٠٠٧ بين الأسر التي تعيش في الأرض الفلسطينية المحتلة (٣٤,١٪ في الضفة الغربية و ٦٩٪ في قطاع غزة).^٣

٧- ولاتزال الأزمة الممتدة في الأرض الفلسطينية المحتلة تستنفد بفاضة التكاليف البشرية والاقتصادية من هؤلاء السكان الذين يزداد استضعافهم، مما جعل الحالة تتدهور في عام ٢٠٠٨. فاستمرار الحصار على قطاع غزة، وتوطيد نظام الإغلاق في الضفة الغربية، واستمرار الانقسام السياسي بين الأحزاب السياسية الفلسطينية، كلها أمور قادت إلى المزيد من العسر الاجتماعي والاقتصادي والاعتماد أكثر فأكثر على المساعدات الإنسانية.

٨- واستمر بناء جدار الضفة الغربية، الذي يعزل عزلاً مادياً بين المجتمعات المحلية الفلسطينية عن الأقرباء وعن الخدمات الأساسية ولأسيما المدارس ومرافق الرعاية الصحية. واستمرت عملية تفتيت الأرض الفلسطينية والمجتمعات المحلية الفلسطينية طوال عام ٢٠٠٨. وأدى هذا الأمر هو وهدم المنازل وأوامر الطرد وتقييد رخص البناء، إلى تقويض الإنتاجية الاقتصادية وفرص الانتعاش والنمو، كما زاد أيضاً من التشرد. وقد صدرت في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٧ دراسة استقصائية مشتركة بين الأونروا ومكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، دلت على أن حوالي ١٢٠٠ أسرة في شمال الضفة الغربية اضطرت إلى ترك مجتمعاتها المحلية نتيجة لبناء الجدار. وشهد عام ٢٠٠٨ أيضاً ازدياداً في معدل هدم المنازل. فقد هدمت السلطات الإسرائيلية ١٢٤ مبني فلسطينياً في المنطقة "جيم" في الضفة الغربية في الربع الأول من عام ٢٠٠٨، تاركة بذلك ٤٣٥ فلسطينياً بدون مأوى. وقد دُمرت هذه المباني لأنها بُنيت بدون رخصة، وكثيراً ما ترفض رخص البناء للفلسطينيين الذين يعيشون في المنطقة جيم (أكثر من ٦٠٪ من أرض الضفة الغربية). وبعد أن توقف الهدم مؤقتاً بين نيسان/أبريل وآب/أغسطس، استؤنفت عمليات الهدم في المنقطة جيم بتخطيط ١٠٨ مبني في الفترة من آب/أغسطس إلى تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨. واستمرت عمليات الهدم في القدس الشرقية طوال السنة. وأفاد مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية بأن هناك أوامر لم تنفذ بعد لهدم

١ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، استقصاء القوى العاملة في الربع الأول من عام ٢٠٠٨.

٢ UNDP Fast Facts Poverty in focus (www.papp.undp.org).

٣ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: تقرير عن الفقر ٢٠٠٦.

٤ OCHA Humanitarian Monitor, September 2008 and occupied Palestinian territory CAP 2009.

أكثر من ٣٠٠٠ مبني فلسطيني في الضفة الغربية، الأمر الذي يُعرض على الأقل ١٠ مجتمعات محلية لخطر التشرذم التام.^١ أما في قطاع غزة فإن الحصار يناوئ الخدمات الأساسية مثل الرعاية الصحية والمياه الجارية والكهرباء والتعليم.

٩- وما زال مستوي تعرض الفلسطينيين للعنف عالياً. ففي الفترة من كانون الثاني/يناير إلى تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨ قُتل ٤٣٣ فلسطينياً، من بينهم ٨٠ طفلاً، في عمليات العنف المرتبطة بالقتال المسلح في الأرض الفلسطينية المحتلة، مقابل ٣٠٤ قتيلاً فلسطينياً في نفس الفترة من عام ٢٠٠٧. هذا فضلاً عن إصابة ٢٠٠٩ أشخاص بجراح، منهم ٤٧٨ طفلاً - أي ٢٧ في المائة أكثر من نفس الفترة في عام ٢٠٠٧. وكانت إصابات الأطفال أعلى سواءً بالقيمة المطلقة أم بالنسبة المئوية، حيث كاد عدد المصابين والموتى من الأطفال يصل في عام ٢٠٠٨ إلى ضعف ما كان عليه في عام ٢٠٠٧. وتساعدت أيضاً في عام ٢٠٠٨ أعمال العنف التي مارسها المستوطنون ضد المدنيين الفلسطينيين في الضفة الغربية، لأن المتوسط الشهري للحوادث التي سببها المستوطنون ازداد من ٢٠ حادثة في عام ٢٠٠٦ إلى ٢٤ حادثة في عام ٢٠٠٧ ثم إلى ٣٨ حادثة في عام ٢٠٠٨ وبحلول نهاية تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٨ سجل مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية مزيداً من حوادث العنف والمضايقات التي مارسها المستوطنون أكثر من أي سنة سابقة منذ سنة ٢٠٠١، وكان نصف جميع هذه الحوادث قد وقع في الخليل.^٤

١٠- لم تخفف إسرائيل في عام ٢٠٠٨ نظام الإغلاق، وشهد النصف الأول من السنة تكثيفاً للعمليات العسكرية الإسرائيلية، ومنها غارات جوية وأرضية. ثم تجددت الأعمال العدائية في تشرين الثاني/نوفمبر وكانون الأول/ديسمبر وبلغت ذروتها بهجوم إسرائيلي ضخم في ٢٧ كانون الأول/ديسمبر. فقد قصفت الطائرات الإسرائيلية أكثر من ٣٠٠ هدف في أول ثلاثة أيام من تلك العملية. وبحلول ٣١ كانون الأول/ديسمبر كانت قد قتلت حوالي ٣٥٠ غزواً، منهم ٣٨ طفلاً على الأقل.

١١- وفي أثناء تلك العملية العسكرية التي سُميت عملية "الرصاص المصبوب"، والتي أطلقتها القوات الإسرائيلية في المدة بين ٢٧ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٨ و١٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩ رداً على صواريخ أطلقت من قطاع غزة، مات ١٤٠٠ شخص، منهم ٤٣١ طفلاً و١١٢ امرأة. وأصيب ٥٣٨٠ شخصاً بجراح، منهم ١٨٧٢ طفلاً و٨٠٠ امرأة. وغالباً ما كانت الإصابات صدمات متعددة منها جراح في الرأس والصدر والبطن. ولم تتوقف قط الخدمات الصحية الحرجة، وبحلول ٢٠ كانون الثاني/يناير كانت جميع المراكز الصحية التابعة للأونروا في قطاع غزة قد استأنفت عملياتها. وفي أعقاب هذه الأعمال العدائية فوراً أعيد تفعيل علاج الأمراض المزمنة، وذلك أيضاً من خلال البحث عن الحالات واستكمال حملات التمنيع. ومن المتوقع أن يقتضي لتخفيف وطأة آثار هذا القتال سنوات من التأهيل البدني والنفسي. وارتفعت أيضاً حالات الإجهاد اللاحق للصددمات والاعتلالات الأخرى النفسية والسلوكية بسبب التعرض لهذه الأحداث الصادمة، ومن المتوقع أيضاً أن يزداد عدد اللاجئين المحتاجين إلى التأهيل البدني. وبعد أن أعلنت إسرائيل وقف إطلاق النار من جانب واحد في ١٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩، توسعت الأونروا في عمليات الطوارئ اللازمة لإشباع الاحتياجات الإنسانية الإضافية التي نجمت عن تلك الأزمة، وتقديم الدعم من أجل استعادة الحالة الطبيعية على الأجل الطويل.

١ OCHA Special Focus; "Lack of Permit" Demolitions and Resultant Displacement in Area C.

٢ OCHA Protection of Civilians Database, see www.ochaopt.org.

٣ OCHA Humanitarian Monitor Reporting.

٤ OCHA Protection of Civilians database.

١٢- وطوال سنة ٢٠٠٨ ظل الاقتصاد الفلسطيني راكداً، وتضاءلت قدرته الإنتاجية، وعجز عن فتح فرص عمالة كافية لاستيعاب الأعداد المتزايدة من الشباب والسكان كما عجز عن تعويض فرص العمل الضائعة. وكان معدل البطالة في قطاع غزة والضفة الغربية أعلى مما كان عليه في نفس الفترة من عام ٢٠٠٧. وكان ٣٢,٧٪ من القوى العاملة في الأرض الفلسطينية المحتلة معطل عن العمل في الربع الثالث من سنة ٢٠٠٨، مقابل ١٠٪ في سنة ٢٠٠٠. وكانت الأوضاع في قطاع غزة أشد وطأة (٤٦,١٪ مقابل ١٥,٥٪ في سنة ٢٠٠٠) عما هي في الضفة الغربية (٢٤,٦٪ مقابل ٧,٥٪ في سنة ٢٠٠٠). وبحلول سنة ٢٠٠٧ كان الناتج المحلي الإجمالي الفلسطيني بالقيمة الحقيقية تحت مستوى سنة ١٩٩٩ بأكثر من ٨٪ بالرغم من نمو السكان بنسبة حوالى ٢٥٪. أما من حيث متوسط الفرد من الناتج المحلي الإجمالي فقد تبين أنه أقل بالثلث مما كان عليه في سنة ١٩٩٩ وتشير البيانات المبدئية إلى حدوث مزيد من التقلص الاقتصادي في النصف الأول من سنة ٢٠٠٨ وازدياد معدلات التضخم.^٣

١٣- وازداد انعدام الأمن الغذائي في جميع الأراضي الفلسطينية المحتلة. وتفيد التقديرات المأخوذة من استقصاء مشترك بين الفاو والأونروا وبرنامج الأغذية العالمي أن الغذاء لم يكن مؤمناً لما يقرب من ١,٤ مليون فلسطيني في سنة ٢٠٠٨ (٣٨٪، مقابل ٣٤٪ في سنة ٢٠٠٦) وأن ٥٠٠ ٠٠٠ شخص آخر كانوا على شفا الوقوع في انعدام الأمن الغذائي. وكان انعدام الأمن الغذائي في قطاع غزة أكثر انتشاراً (٥٦٪) مما هو في الضفة الغربية (٢٥٪). وكان الفلسطينيون يأكلون كميات أقل، وخفض كثير من الأهل مدخولهم من الغذاء ليوفروه لأطفالهم. وقلل نصف السكان الذين شملهم الاستقصاء مقدار صرفهم على الأغذية، فقد خفض ٨٩٪ منهم جودة المأكولات التي اشترونها، في حين خفض ٧٥٪ كمية المأكولات منذ يناير ٢٠٠٨، وأصبح جميع الفلسطينيين تقريباً يخفضون استهلاكهم للفاكهة الطازجة والخضروات والبروتينات الحيوانية توفيراً للمال. وهذه السلوكيات قد تسفر عن عواقب وخيمة على الصحة بالنظر إلى الارتفاع الفعلي في انتشار فقر الدم واضطرابات عوز المغذيات الدقيقة في الأرض الفلسطينية المحتلة.^٤

١٤- ومازال اللاجئون الفلسطينيون أكثر عرضة للفقر من السكان غير اللاجئين^٥ وظلت الأوضاع في مخيمات اللاجئين في الأرض الفلسطينية المحتلة في تدهور أسرع مما هو بين السكان غير اللاجئين في المناطق الحضرية والريفية. وعانى ٣٨,٦٪ من الأسر في مخيمات اللاجئين من الفقر مقارنة بنسبة ٢٩,٥٪ ونسبة ٢٩,٣٪ من الأسر غير اللاجئين في المناطق الريفية والحضرية على التوالي؛ هذا فضلاً عن احتداد مستويات الفقر بين اللاجئين في سنة ٢٠٠٧.^٦

١٥- وعلى عكس اتجاهات الفقر والبطالة، ظلت معدلات الأمية بين اللاجئين الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة أقل مما هي لدى السكان غير اللاجئين. ففي سنة ٢٠٠٧ كان معدل الأمية بين اللاجئين الفلسطينيين ممن بلغوا ١٥ سنة من العمر فيما فوق ٥,٧٪ مقابل ٦,٥٪ بين السكان غير اللاجئين. وكانت

١ استقصاءات القوى العاملة ومجموعات البيانات قدمها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى الأونروا بناء على طلب خاص منها.

٢ 2007 Economic Developments and Prospects, World Bank, Middle East and North Africa region.

٣ PCBS Preliminary Estimates of Quarterly National Accounts, 1st and 2nd quarters 2008.

٤ WFP, Food Security and Market Monitoring Report Number 19, July 2008.

٥ UNDP Fast Facts Poverty in focus, op.cit.

٦ الاستقصاء الصحي للأسر الفلسطينية لعام ٢٠٠٧.

نسبة اللاجئين الفلسطينيين الذين بلغوا ١٥ سنة من العمر فما فوق ولديهم على الأقل أول شهادة جامعية ٩,٢٪ مقابل ٨,٤٪ بين السكان غير اللاجئين.^١

الأوضاع الصحية للاجئين الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة: اتساع الفجوة الوبائية

١٦- يوجد اختلاف شاسع بين الضفة الغربية وقطاع غزة من حيث مؤشرات المرامي الإنمائية للألفية والمؤشرات الصحية الأخرى. فعموماً تعد الأوضاع في قطاع غزة أسوأ مما هي في الضفة الغربية بالرغم من أنهما يتقاسمان هيئات تقديم الرعاية الصحية ويعيش فيهما سكان متشابهون. وينطبق هذا الاستنتاج أيضاً على اللاجئين وغير اللاجئين (السلطة الفلسطينية ومنظمة الصحة العالمية ترصدان السكان بكاملهم؛ في حين ترصد الأونروا على وجه الخصوص السكان اللاجئين).^٢ وقد ارتفعت باستمرار معدلات وفيات الأطفال في قطاع غزة (بيانات الأونروا: ١٥,٣ مولوداً حياً كل ١٠٠٠ ولادة في الضفة الغربية، و ٢٥,٢ مولوداً حياً كل ١٠٠٠ ولادة في قطاع غزة؛ وبيانات منظمة الصحة العالمية: ٢٣,٢ مولوداً حياً كل ١٠٠٠ ولادة في الضفة الغربية، و ٢٩ مولوداً حياً كل ١٠٠٠ ولادة في قطاع غزة) ومعدلات وفيات الأمهات (بيانات الأونروا: ٨,٢ كل ١٠٠٠ ولادة في الضفة الغربية، و ٣٧,٥ كل ١٠٠٠ ولادة في قطاع غزة؛ وبيانات منظمة الصحة العالمية: ٦,٧ كل ١٠٠٠ ولادة في الضفة الغربية مقابل ٢١,٣ كل ١٠٠٠ ولادة في قطاع غزة)، وانخفاض في العمر المأمول^٤ (٧٤,٣ سنة في الضفة الغربية، و ٧٣,٢ سنة في قطاع غزة)، وارتفاع مستويات قلة التغذية وعوز المغذيات الدقيقة.

١٧- والعوامل التي تسهم في الاختلافات المشهودة بين اللاجئين الفلسطينيين في قطاع غزة واللاجئين الفلسطينيين في الضفة الغربية تعد عوامل مختلفة. فسكان الضفة الغربية يتمتعون بقدر ما من خدمات الصحة الإسرائيلية الأعلى جودة، وهي الخدمات التي تزداد الصعوبة أمام أهل غزة للحصول عليها. ثم إن العجز في الإمدادات الطبية وسائر الإمدادات الأساسية مثل الوقود والكهرباء يتواتر بكثرة في قطاع غزة وأدى إلى اختلال في تقديم الرعاية الصحية.^٥

١٨- وبالرغم من انتشار خدمات الصحة وارتفاع معدلات التنمية، لم تتحسن مؤشرات الصحة تحسناً ملحوظاً ولم يحدث أي تقدم يُذكر في خفض وفيات الرضع طوال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٦. غير أن هذا كان متوقفاً لأن المساعدة التي تقدم في أعقاب الولادة وللولدان كانت تقدمها أساساً خدمات الرعاية الصحية التابعة للقطاع العام. ولذلك لم ينس خفض وفيات الرضع خفضاً ملحوظاً تحت المستويات الوطنية إلى حين إنشاء الخدمات الثانوية والثالثية للتقليل من الأسباب المفضية إلى وفاة الرضع، ألا وهي الخدج، وقلة الوزن عند الولادة، والتشوهات الخلقية.

١ الاستقصاء الصحي للأسر الفلسطينية لعام ٢٠٠٦.

٢ تشير بيانات الأونروا إلى عام ٢٠٠٧، في حين تشير بيانات منظمة الصحة العالمية إلى الثنائية ٢٠٠٥-٢٠٠٦، ما لم يُذكر في هذا الفرع خلاف ذلك.

٣ بيانات الأونروا عن وفيات الأمهات قاصرة على المستفيدات من خدمات الرعاية السابقة للولادة في مرافق الأونروا.

٤ CIA Fact Book 2008.

٥ تقرير مدير إدارة الصحة بالأونروا المقدم إلى جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو ٢٠٠٨.

الأمراض السارية

١٩- مازالت الأمراض التي يمكن توقيها بالتطعيم تحت السيطرة في قطاع غزة والضفة الغربية، ومازالت التغطية بالتمنيع ضد الحصبة أكثر من ٩٥٪ ومطابقة للمعدلات المذكورة في التقارير الوطنية.

٢٠- وقل انتشار الأمراض السارية مثل السل ومرض الأيدز والعدوى بفيروسه (لم تسجل سوى خمس حالات سل في قطاع غزة وحالة واحدة في الضفة الغربية في سنة ٢٠٠٨)، وظلت الأمراض المتوطنة الحيوانية المنشأ مثل داء البروسيلات، قليلة الانتشار، فقد سُجلت ثلاث حالات فقط في الضفة الغربية وحالتان في قطاع غزة.

٢١- ومازالت الأمراض الناشئة من قلة الصحة البيئية تشكل خطراً على الصحة العمومية وتأخذ أنماطاً توطنية محلية. فقد أُثبتت بيانات الانتشار عن سنة ٢٠٠٨ وجود اختلاف كبير بين قطاع غزة والضفة الغربية في معدلات العدوى المنقولة بالماء والمأكولات، مثل التهاب الكبد الحاد (٨١ شخصاً كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في قطاع غزة، و٢٣,٧ شخصاً كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في الضفة الغربية) وحمى التيفود (١٠,٦ أشخاص كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة و١٠٠ ٠٠٠ نسمة و٢٠٠٣ سنة و٢٠٠٧ سنة بأكثر من ١,٥ حالة كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في قطاع غزة). أما في الضفة الغربية فقد انخفض انتشار التهاب الكبد الفيروسي بأكثر من ١,٥ حالة إصابة كل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة، وظلت حالات حمى التيفود عند الصفر طوال المدة.

الأمراض غير السارية

٢٢- ظل الوعي بالأمراض غير السارية يتنامى بين السكان اللاجئين وتنبئ الاتجاهات الوبائية في الوقت الراهن بتزايد عبء الأمراض حيث إنه من المتوقع أن تزداد الأحوال الاقتصادية والاجتماعية سوءاً. وسوف يتعين على الأونروا أن تواجه التبعات الاجتماعية والاقتصادية لتزايد انتشار العجز نتيجة للأمراض غير السارية والعبء الاقتصادي المترتب على تزايد عدد الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب رعاية طبية. وفي عام ٢٠٠٨ بلغ معدل حالات الإصابة بالسكري المكتشفة بين اللاجئين الفلسطينيين الذين يفوق عمرهم ٤٠ عاماً ١١٪ في الضفة الغربية و١٣٪ في قطاع غزة. وبلغ معدل حالات الإصابة بفرط ضغط الدم المكتشفة بين السكان في الضفة الغربية ١٥٪ وفي قطاع غزة ١٩٪.

٢٣- ولئن كان النقص الحاد في التغذية الذي أُبلغ عنه في الخمسينات والستينات من القرن الماضي لم يعد منتشرًا بمعدلات مرتفعة في قطاع غزة فمازال التقزم يمثل مشكلة بين الأطفال دون سن الخامسة. ويفيد استعراض أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام ٢٠٠٨ بأن معدل انتشار التقزم بين الأطفال دون سن الخامسة في قطاع غزة يبلغ ١٢,٤٪ مقابل ٧,٩٪ في الضفة الغربية.^١

٢٤- ولايزال عوز المغذيات الدقيقة وبخاصة فقر الدم الناتج عن عوز الحديد وعوز الفيتامين A، من مشاكل الصحة العمومية الخطيرة. ويذكر أن آخر مسح أجرته الأونروا لمعدلات انتشار فقر، الدم كان في عام ٢٠٠٦. وقد تبين منه أن معدل انتشار فقر الدم بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ستة أشهر وستة وثلاثين شهراً أعلى كثيراً في قطاع غزة (٥٧,٥٪) منه في الضفة الغربية (٣٧,١٪)، مما يبرز مرة أخرى

١ تقرير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عن الأحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة، ٢٠٠٨. انظر الموقع الإلكتروني التالي: (www.pcbs.gov.ps).

تفاوت الاتجاهات الوبائية داخل الأرض الفلسطينية المحتلة. ولوحظ النمط نفسه بين الحوامل حيث كان معدل الانتشار أعلى في قطاع غزة (٤٤,٩٪ مقابل ٣١,١٪ في الضفة الغربية). وفي بلدان إقليم شرق المتوسط المشمول بأنشطة المنظمة لا يعتبر فقر الدم الناجم عن سوء التغذية من مشاكل الصحة العمومية الخطيرة (حيث يتراوح معدل انتشاره بين ٢٠٪ و ٣٩,٩٪).^١ إلا أن فقر الدم بين اللاجئين الفلسطينيين في قطاع غزة يمثل مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العمومية حيث إن معدل انتشاره بين الفئات المستضعفة التي يجري فحصها لا يقل أبداً عن ٤٠٪. ويعزى عوز المغذيات الدقيقة في قطاع غزة إلى مزيج من قلة استهلاك الأغذية بسبب الفقر أو ضالة المتوفر من أغذية معينة و/ أو ازدياد الحاجة البيولوجية. بيد أن ارتفاع تركيزات الميثيموغلوبين في الدم بسبب ملوثات بيئية سامة مثل النترات،^٢ والحالات الطبية مثل التلاسيميا،^٣ تعتبر أيضاً من أسباب الارتفاع المستمر الملحوظ في معدل انتشار فقر الدم على الرغم من تنفيذ الأونروا الخاص بتوفير كمالات الحديد الغذائية لبرنامجها الطويل الأجل.

٢٥- ويعد الكرب الذي تسببه الصدمات وغيره من الاضطرابات النفسية والاختلالات السلوكية التي تصيب المرء نتيجة التعرض لأحداث صادمة، وهذا أمر مثبت، من الأولويات الصحية المستجدة. فالأحوال المعيشية العصبية التي يزرع اللاجئين الفلسطينيون تحت وطأتها بشكل مزمن لها بالاقتران مع عدم الاستقرار السياسي الطويل الأمد والعنف وانعدام الطمأنينة أثارها لاسيما على الأطفال والمراهقين^٤. وكما أشير آنفاً، تضرر السكان الفلسطينيون منذ أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٠ من تدمير المنازل والحصار وعمليات الإغلاق وحظر التجول التي زجت بهم في دوامة من الفقر وتسبب الجدار في تقسيم الأسر وحدّ من إمكانيات الوصول إلى المدارس والعمل والخدمات الأساسية مما يسهم في تزايد مشاكل الصحة النفسية لاسيما بين الشباب الفلسطيني^٥. وسلطت دراسات متتابعة الضوء على الآثار السلبية القصيرة والطويلة الأجل التي تلحق بالأطفال والشباب الفلسطينيين من جراء الصراع الدائر، ومن بينها الخوف والتبول اللاإرادي وصعوبة التركيز واضطرابات الأكل والنوم وسرعة الانفعال وازدياد الميل إلى الانطواء خلال فترة المراهقة والمشاكل العصبية لدى البالغين. وتفيد دراسة أجريت على زهاء ٣٥٠٠ طالب في رام الله^٦ أن مستوى رضا الطلبة الفلسطينيين عن أنفسهم في الحضيض مقارنة بأقرانهم في ٣٥ بلداً ويُقدر أن ربع الطلبة الفلسطينيين مصابون، حسب ما خلصت إليه الأونروا من أنشطة التحري التي اضطلعت بها في قطاع غزة بأعراض اضطرابات نفسية ترجع إلى الكرب

١ McLean E, Egli I, Cogswell M, de Benoist B, Wojdula D. Worldwide prevalence of anemia in pre-school aged children, pregnant women and non-pregnant women of reproductive age, in: *Nutritional Anemia*. Basel, Switzerland, Sight and Life Press, 2007.

٢ Abu Naser AA, Ghbn N, Khoudary R. Relation of nitrate contamination of groundwater with methaemoglobin level among infants in Gaza. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*. 13(5): 994–1004, 2007.

٣ Sirdah M, Bilto YY, el Jabour S, Najjar K. Screening secondary school students in the Gaza Strip for beta-thalassemia trait, *Clin Lab Haematol*. 20(5): 279–283, 1998.

٤ Qouta S, El Sarraj E. Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip, *Arabsynet Journal* 2004

٥ Giacaman R, Saab H, Nguyen-Gillman V, Naser G. *Palestinian adolescents coping with trauma*. Birzeit University, 2004, pp. 1–89.

٦ Giacaman R, Khatib R, Shabaneh L, Ramlawi A, Sabri B, Sabatinelli G, Khawaja M, Laurance T. Health status and health services in the occupied Palestinian territory, *The Lancet*, March 2009 doi:10. 10.1016/S0140–6736(08)61345–8.

والتعرض للصدمات.^١ وخلال عام ٢٠٠٨ كانت أكثر الاضطرابات التي عالجها برنامج الأونروا للصحة النفسية شيوعاً في قطاع غزة هي السلوك العدواني (١٧٪) والمشاكل الأسرية (١١٪) وانعدام الحافز (٨٪).

٢٦- ويرتفع بين أطفال اللاجئين الفلسطينيين في غزة معدل انتشار الاضطرابات الناجمة عن الكرب الذي يصيب المرء بعد التعرض لصدمات كبرى. فبعد قصف مخيم البريج للاجئين (وسط قطاع غزة) في شباط/فبراير ٢٠٠٨ ظهرت على ٦٨٪ من طلبة الأونروا في المخيم أعراض تتسق مع الاضطرابات المشار إليها. وبعد الغزو الإسرائيلي لشمال غزة في آذار/مارس ٢٠٠٨ تم فحص ٣٩٠٠ طالب من اللاجئين الفلسطينيين في سياق التحري عن الاضطرابات النفسية. وأبدى ما مجموعه ٩٤٪ منهم ردود فعل تتم عن كرب ناجم عن تعرض للصدمات ويمكن أن يتحول إلى اضطرابات نفسية.^٢

٢٧- ويغال العجز ٢,٥٪ من السكان وتكاد تتساوى نسب انتشاره بين اللاجئين (٢,٦٪) وغير اللاجئين (٢,٤٪). ويعاني ما مجموعه ١٤,٨٪ من المسنين من نوع واحد على الأقل من أنواع العجز. ويعاني زهاء نصف السكان المعوقين من نوع ما من الإعاقة البدنية (٥٠,١٪ بين اللاجئين و٤٥,٦٪ بين غير اللاجئين). أما السبب الثاني للإعاقة فهو ضعف البصر و/أو السمع (٢٧,٤٪ و ٢٧,٢٪ على التوالي).^٣

الخدمات الصحية التي توفرها الأونروا

٢٨- ظلت الأونروا، على امتداد السنوات الستين الماضية، أكبر جهة مقدمة للرعاية الصحية الأساسية للاجئين الفلسطينيين وهي أكبر عملية إنسانية في الأرض الفلسطينية المحتلة توفر المساعدة لما يربو على نصف السكان. وتعمل الوكالة من خلال مكتبين ميدانيين في الضفة الغربية وقطاع غزة وشبكة تضم ٦١ مرفقاً من مرافق الرعاية الصحية الأولية. ويوفر مستشفى واحد في الضفة الغربية (فلقيلية) ومستشفيات متعاقدة مع الوكالة في الضفة الغربية وقطاع غزة الرعاية الصحية والمتخصصة.

٢٩- وفي الضفة الغربية يوجد حالياً ٤١ مرفقاً من مرافق الرعاية الصحية الأولية تتألف من ٢٦ مركزاً صحياً و ١٥ وحدة صحية. وفي قطاع غزة يجري توفير الخدمات في ٢٠ مرفقاً للرعاية الصحية الأولية (١٧ مركزاً صحياً و ٣ وحدات صحية). وتلبية للطلب المتزايد على الخدمات الصحية من جانب عدد متنامي من السكان اللاجئين في قطاع غزة وبالنظر إلى عدم قدرة الأونروا على إنشاء مرافق صحية إضافية ظلت خمسة مراكز صحية في أكبر المخيمات تعمل نوبتين طيلة ١٦ عاماً.

٣٠- وفي عام ٢٠٠٨ استفاد زهاء مليون ونصف المليون لاجئ مقيم في الأرض الفلسطينية المحتلة (٧٠٪ من جميع اللاجئين المسجلين في الضفة الغربية و ٨٠٪ في قطاع غزة) من خدمات الوقاية والعلاج التي توفرها الأونروا. وشملت تلك الخدمات متابعة الرضع بعد الولادة (رصد منحنى النمو والفحص الطبي وعمليات التطعيم) والاستشارات الخارجية وتنظيم الأسرة ورعاية الحوامل وصحة الفم والوقاية الثانوية والتعامل مع السكري وضغط الدم المرتفع بين اللاجئين الذين يزيد عمرهم على ٤٠ عاماً.

١ Zaqout I. Community Mental Health Programme 2008 Annual Report.

٢ Zaqout I. Community Mental Health Programme March 2008 Monthly Report.

٣ الاستقصاء الصحي للأسر الفلسطينية لعام ٢٠٠٦.

خدمات العلاج

٣١- زاد عدد الاستشارات الطبية في عام ٢٠٠٨ مقارنة بعام ٢٠٠٧ زيادة طفيفة في قطاع غزة (من ٣,٦ إلى ٣,٨ مليون استشارة طبية) في حين ظل هذا العدد مستقراً في الضفة الغربية (من ١,٧ إلى ١,٧٢ مليون استشارة). وتعمل شبكة الأونروا الصحية بأقصى طاقتها حيث يفحص الطبيب في المتوسط ١٠٣ مرضى يومياً في قطاع غزة و ٨٩ مريضاً في الضفة الغربية.

٣٢- وتقدم الخدمات في مجال صحة الفم في ١٤ عيادة وثلاث وحدات جواله للعناية بالأسنان في قطاع غزة وفي ٢٢ عيادة ووحدة جواله واحدة للعناية بالأسنان في الضفة الغربية. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٨، أظهرت الاتجاهات السائدة في مجال الاستفادة من هذه الخدمات زيادة نسبتها ٨٪ في الاستشارات المقدمة بشأن العناية بالأسنان وتصوير الأسنان بالأشعة في قطاع غزة. الأمر الذي استتبع زيادة في عبء العمل اليومي الملقى على عاتق طبيب الأسنان من ٥٢ إلى ٦٢,٤ استشارة في اليوم في قطاع غزة. ولم يطرأ تغيير يذكر في الضفة الغربية.

٣٣- وتلبية للطلب المتزايد في الأرض الفلسطينية المحتلة على التأهيل البدني نتيجة أعمال العنف والحوادث، تقوم الأونروا بتشغيل ٩ وحدات علاج طبيعي في قطاع غزة و ٦ وحدات في الضفة الغربية توفر طائفة متنوعة من خدمات العلاج الطبيعي والتأهيل، من بينها التمارين البدنية العلاجية والعلاج اليدوي والتدليك وعلاج الأمراض المهنية والعلاج بالمياه والعلاج بالكهرباء والعلاج بالحرارة وتمارين تثبيت وضعية العظام وذلك أيضاً من خلال برنامج شامل. وفي عام ٢٠٠٨ تلقى العلاج ١٣ ٩٠٣ مرضى. ٢٥٪ منهم يعانون عقابيل رضوح بدنية وجروح أصيبوا بها خلال الغارات العسكرية.

٣٤- ولمساعدة آليات أسر اللاجئين في تعاملها مع الأوضاع، ينصب اهتمام الأونروا بوجه خاص على وضع استراتيجيات على جميع مستويات الوكالة ترمي إلى كفاءة المعافاة النفسية والاجتماعية، لاسيما بين الشباب والأطفال. ويجري، في قطاع غزة والضفة الغربية، تنفيذ برامج منظمة للصحة النفسية. ويذكر أن هذه البرامج بدأت في عام ٢٠٠٢ باعتبارها مشاريع توفر الدعم النفسي والاجتماعي ويوظف فيها مستشارون في هذا المضمار. وتوسعت البرامج بعد ذلك إثر تعيين خبير دولي في عام ٢٠٠٥ لتصبح ما يعرف اليوم باسم برنامج الصحة النفسية المجتمعية. وانتدبت الوكالة ٢٤٦ مستشاراً في المدارس و ٣٤ في المراكز الصحية و ٢٨ في المراكز المجتمعية في جميع أنحاء الأرض الفلسطينية المحتلة ووفرت طائفة واسعة من الخدمات بهدف التشجيع على استحداث آليات للتعامل على نحو بناء مع الأوضاع تعنى باللاجئين الذين يعيشون أوضاعاً متأزمة وتعمل على انقائها أي آثار نفسية طويلة الأجل.

٣٥- وفي عام ٢٠٠٨ نظم برنامج الصحة النفسية المجتمعية في الأرض الفلسطينية المحتلة ٢٧٨ ٣٥ جلسة استشارة فردية و ١٩٣ ١٢ جلسة استشارية جماعية و ٧٥٣ ٢١ جلسة توعية وإرشاد جماعية، و ٤٨٠٢ جلسة توعية عامة و ٤٨٦٣ زيارة منزلية استفاد منها ما يقرب من ٧٠٠ ٠٠٠ شخص. ويتمثل الهدف مما تقدم في إنقاذ الوعي بتبعات حالة الطوارئ المزمنة والصدمات من الناحية النفسية والاجتماعية وبناء القدرة على التكيف معها.

٣٦- ويوفر أربعون مختبراً في الضفة الغربية و ١٧ في قطاع غزة خدمات مخبرية شاملة من بينها التحاليل الكيميائية وتحاليل الدم والأمصال والفحص المجهرى المباشر للبول والبراز. وأدخلت في جميع المختبرات عدادات خلايا آلية وتم توفير أجهزة التحاليل الكيميائية على صعيد المنطقة. وخلال عام ٢٠٠٨ بلغ

عدد ما أُجري من تحاليل ٠١٧ ٥٧٠ ٢ تحليلاً (٤٧٤ ١٧٧٩ في قطاع غزة و٥٤٣ ٧٩٠ في الضفة الغربية).

٣٧- وتقوم الأونروا بتشغيل ١٤ وحدة تصوير بالأشعة في الأرض الفلسطينية المحتلة (تسع في الضفة الغربية وخمس في قطاع غزة). وخلال عام ٢٠٠٨ بلغ مجموع ما أُجري من عمليات تصوير بالأشعة السينية العادية ٢١٨ ٥٦ عملية ٣٢ ٠٠١ في قطاع غزة و٢١٧ ٢٤ في الضفة الغربية.

٣٨- ومنذ شباط/فبراير ٢٠٠٣ تعمل في الضفة الغربية خمس فرق صحية متنقلة تضم كل منها طبيب وممرضة ممارسة وتقني مختبرات وصيدلي مساعد وسائق. ويتمثل هدفها في تخفيف العبء الإضافي الواقع على النظام الصحي وفي المقام الأول تيسير الحصول على الخدمات الصحية في المواقع المتضررة من الإغلاق ونقاط التفتيش والحدود العازل. وهي تقدم مجموعة كاملة من الخدمات الطبية العلاجية والوقائية الأساسية لما يناهز ١٣ ٠٠٠ مريض في الشهر - من اللاجئين وغيرهم - ممن يعيشون في ما يربو على ١٥٠ مكاناً معزولاً. وقد أدت العيادات الجوالّة منذ أن بدأت عملها دوراً طبيّاً بالغ الأهمية وعالجت عدداً كبيراً من اللاجئين الفلسطينيين زاد من ٦٩ ٥٠٠ لاجئاً في عام ٢٠٠٣ إلى ١٣٩ ٩٩٢ لاجئاً في عام ٢٠٠٨.

٣٩- وزاد عدد اللاجئين المرضى الذين قبلوا في مستشفيات متعاقد معها في الضفة الغربية وقطاع غزة بنسبة ١,٩٪ أي من ٢٣ ٠٤٥ مريضاً في عام ٢٠٠٧ إلى ٢٣ ٤٨٨ مريضاً في عام ٢٠٠٨. وبالإضافة إلى الخدمات التي توفرها المستشفيات المتعاقد معها، تتولى الأونروا تشغيل مستشفى في قفيلية سعته ٦٣ سريراً. ويوفر المستشفى الذي أُسس في عام ١٩٥٠ خدمات الرعاية الطبية والجراحة وطب النساء وخدمات التوليد للاجئين والمعوزين من غير اللاجئين في شمال الضفة الغربية. ويضم المستشفى ١٤ سريراً خاصاً بالجراحة و١٢ خاصاً بالطب العام و٢٠ سريراً خاصاً بطب الأطفال و١٥ سريراً خاصاً بطب النساء/التوليد وسريرين للعناية المركزة بالإضافة إلى خمسة أسرة خاصة بقسم الطوارئ. وفي عام ٢٠٠٨ بلغ متوسط معدل الإشغال اليومي ٥٥,٣٪ وبلغ مجموع الأشخاص الذين دخلوا المستشفى ٦٠٢٦ شخصاً.

خدمات الوقاية

٤٠- تتحقق مكافحة الأمراض السارية من ناحية، بزيادة نسبة المشمولين بحملات التطعيم، ومن ناحية أخرى بسرعة الكشف عن الفاشيات والتعامل معها من خلال نظام الترصد الوبائي الكائن في المراكز الصحية. وفي عام ٢٠٠٨ بلغ معدل تطعيم الرضع البالغين من العمر ١٢ شهراً ١٠٠٪ في قطاع غزة و٩٩,٧٪ في الضفة الغربية وبلغت نسبة من حصلوا على جرعات تطعيم معززة من الأطفال البالغين من العمر ١٨ شهراً ١٠٠٪ في كل من القطاع والضفة. ولم يُبلغ عن أي حالات شلل أطفال أو شلل رخو حاد أو كوليرا أو كزاز أو خناق أو شقوق بين السكان اللاجئين ولم تقع أية فاشيات أمراض.

٤١- وتُشكل صحة الأم والطفل أحد الأركان الأساسية لخدمات الرعاية الصحية الأولية التي توفرها الأونروا. ففي خلال عام ٢٠٠٨، وفرت الأونروا الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة لـ ٣٩ ٥٦٥ امرأة حامل في قطاع غزة و١٣ ٣٥٤ في الضفة الغربية ووفرت الرعاية في مرحلة ما بعد الولادة لما يناهز ٤٧ ٢٤٠ امرأة وقدمت خدمات تنظيم الأسرة لما يربو على ٦٦ ٠٠٠ عميل. وبلغ مجموع الأطفال دون سن الثالثة الذين تلقوا في عام ٢٠٠٨ المساعدة في إطار البرنامج ١٣٦ ٠٠٠ طفلاً.

٤٢- وتلقى ما يربو على ٢٥٠ ٠٠٠ طفل ملتحقين بمدارس الأونروا، خدمات الصحة المدرسية ومن بينها الفحوص الطبية والتمنيع والفحص لاستيانه المصابين بضعف البصر والسمع والاستشارات الخاصة بصحة الفم وتوفير مكملات الغذاء من الفيتامين A وبرنامج للتخلص من الدود بالإضافة إلى أنشطة التنظيف الصحي والنهوض بالصحة.

٤٣- ويُعد توفير خدمات سنوية في مجال الوقاية من مضاعفات السكري وفرط ضغط الدم التي تظهر في مرحلة متأخرة من أهم مهام عيادات الأمراض غير السارية التابعة للأونروا. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٨، بلغ مجموع المرضى المصابين بالسكري و/ أو فرط ضغط الدم الذين تلقوا الرعاية في مراكز صحية تابعة للأونروا في الأرض الفلسطينية المحتلة ٤٣٧ ٧٨ مريضاً (٤٩ ٥٢٨ مريضاً في قطاع غزة و٢٨ ٩٠٩ مرضى في الضفة الغربية).

صحة البيئة

٤٤- ظلت الأونروا تركز في خدمات صحة البيئة على الحفاظ على معايير مقبولة لإدارة النفايات الصلبة وتزويد مخيمات اللاجئين بمياه ومرافق صحية مأمونة وهي توظف لهذا الغرض ٢٠ مهندساً و٣٤٠ عاملاً من عمال النظافة. وفي عام ٢٠٠٨، كانت المياه المأمونة متوافرة في جميع مخيمات اللاجئين وتم توصيل ٩٥٪ من المخيمات في الضفة الغربية و٨٥٪ منها في قطاع غزة بشبكات للصرف الصحي.

٤٥- وتدخلت الأونروا عدة مرات خلال عام ٢٠٠٨ لدعم البلديات والجهات المقدمة لخدمات المرافق العامة لكفالة استمرار توفير الخدمات. ووفرت الأونروا الوقود وقطع الغيار للبلديات ومجالس إدارة النفايات الصلبة وشركات المنافع العامة من أجل تشغيل محطات المياه ومحطات معالجة المياه المستعملة ووفرت أيضاً معدات معالجة النفايات الصلبة. وبالإضافة إلى ذلك تعاقدت الأونروا مع متعهدين لنقل النفايات من الأماكن التي تلقى فيها دون تصريح رسمي إلى مواقع مُصرّح بطمرها فيها.

٤٦- ومن بين أنشطة مكافحة نواقل الأمراض، تم في عام ٢٠٠٨، تزويد البلديات بالمواد الكيميائية والنفط والأدوات اللازمة لحمالات القضاء على البعوض لاسيما في مستنقعات وادي غزة.

برنامج المكملات الغذائية

٤٧- تستفيد الحوامل والأمهات المرضعات اللاتي يخضعن للإشراف قبل الحمل وبعده في مرافق الرعاية الصحية الأولية التابعة للأونروا من برنامج الوكالة للمعونة الغذائية. ويهدف البرنامج المدعوم كلياً بالتبرعات العينية، إلى تلبية الاحتياجات التغذوية الفسيولوجية الإضافية والوقاية من حالات العوز التغذوي. وفي عام ٢٠٠٨، وفرت الأونروا معونات غذائية لحوالي ٤٥ ٠٠٠ مستفيد في الأرض الفلسطينية المحتلة (٣٠ ٠٠٠ في قطاع غزة و١٥ ٠٠٠ في الضفة الغربية).

التحديات والعقبات التي تعترض إيتاء الخدمات الصحية

٤٨- شكلت القيود المفروضة على حركة الفلسطينيين وإضراب العاملين في القطاع الصحي في قطاع غزة عام ٢٠٠٨ ضغطاً على النظام الوطني للصحة العمومية المجهد أصلاً. الأمر الذي تسبب في تقليص الخدمات التي يقدمها القطاع العام وأفضى بالتالي إلى زيادة في الطلب على خدمات الأونروا.

٤٩- وتعد صعوبة حركة موظفي الأونروا والسلع والزيادات في أسعار السلع بما فيها الأدوية والسلع الأساسية الغذائية من أهم المشاكل التي نالت من برنامج الأونروا للصحة في عام ٢٠٠٨ وذلك بالاقتران مع المشكلات اللوجيستية وما يترتب عليه من زيادات في تكاليف التشغيل سببها سياسة الإغلاق المفروضة على الأرض الفلسطينية المحتلة.

٥٠- وفي الضفة الغربية، فرضت على حركة الموظفين عبر نقاط تفتيش إسرائيلية عدة، لاسيما التي تشرف منها على مداخل القدس الشرقية، قيود أشد لا يمكن التنبؤ بها وذلك على الرغم من تعزيز آليات الأونروا للتنسيق مع ضباط الاتصال العسكريين الإسرائيليين. والواقع أن هذه القيود تحد من قدرة الوكالة على تلبية احتياجات الجماعات التي تزداد ضعفاً على ضعف.

٥١- وفي عام ٢٠٠٨، ظلت قدرة موظفي الأونروا على دخول مناطق العمليات مرهونة بطلبات تفتيش المركبات بما لا تحترم معه امتيازات وحصانات الأمم المتحدة. ونتيجة لذلك، تعطلت بشدة وصول الموظفين إلى أماكن عملهم والبضائع إلى الفئات المستضعفة التي عزلها الجدار. وتعرض ما مجموعه ٢٧٥ من موظفي الأونروا الصحيين لما عدده ٦٥ واقعة (تأخيرهم أو منعهم من المرور أو إجبارهم على أن يسلكوا طرقاً أطول) بسبب نقاط التفتيش أو عمليات الإغلاق مما ترتب عليه ضياع ١٦٧ ساعة (٢٦ يوماً). وفي عام ٢٠٠٨ بلغت تكاليف النقل البديل (السيارات الأجرة) المسددة لموظفي الأونروا بسبب إجبارهم على أن يسلكوا طرقاً أطول ١١ ٧٧٣ دولاراً أمريكياً مقابل ٥٥٠٠ دولار أمريكي في عام ٢٠٠٧ أي بزيادة قدرها ١١٣٪. ونتيجة لذلك طالت فترات انتظار المرضى واختلت الأنشطة الروتينية المعتادة في المراكز الصحية نظراً لتأخر الموظفين أو غيابهم. وبات في غير مقدور العديد من الحوامل الوصول إلى مراكز الأونروا الصحية في المواعيد المحددة لهن لمتابعة الحمل بسبب الإغلاق والقيود المفروضة على الحركة. ونال أيضاً انعدام فرص الوصول إلى خدمات الأونروا الصحية من إمكانية السيطرة على حالة مرضى السكري وفرط ضغط الدم الذين حرموا من تلقي خدمات المتابعة والعلاج بصفة منتظمة.

٥٢- ولم يتسن لفرقة الأونروا الطبية الجواله الوصول إلى قرية برطا في عام ٢٠٠٨. وتقع القرية في المنطقة بين الجدار العازل في الضفة الغربية وخط هدنة عام ١٩٤٩ وتتحكم في مداخلها القوات العسكرية الإسرائيلية التي تطلب تفتيش مركبات الأونروا وموظفيها (وهو تصرف يتنافى مع اتفاقية امتيازات وحصانات الأمم المتحدة لعام ١٩٤٦).

٥٣- وتزايدت صعوبة دخول المرضى إلى مستشفيات القدس المتعاقدة معها الأونروا. وقد سجلت الوكالة انخفاضاً في عدد اللاجئين الفلسطينيين الذين قبلوا في مستشفيات القدس في عام ٢٠٠٨ نسبتته ٦٢٪ مقارنةً بعام ٢٠٠٧.

٥٤- ويُشكل النمو السكاني السريع وازدياد الطلب على خدمات الأونروا وإدماج أنشطة جديدة في خدمات الرعاية الصحية الأولية وتزايد المعوقات المالية عبئاً يفوق طاقة برنامج الوكالة للصحة ويقوض قدرته على تخفيف الآثار السلبية التي يخلفها الفقر والأمن الغذائي والبطالة والعنف والعزل الاجتماعي والمؤسسي على صحة المستفيدين منه.

٥٥- وما برحت المعوقات المالية تثير قلقاً شديداً لدى الوكالة. ففي عام ٢٠٠٨، لم يستطع برنامجها للصحة سداد تكاليف جميع الولادات التي تمت في المستشفيات واضطر إلى انتقاء الحالات التي كانت عرضة لخطر شديد أو خطر من نوع ما. والسبب نفسه لم تسدد الوكالة بعد تكاليف خدمات العلاج المقدمة في إطار الرعاية المتخصصة لإنقاذ الحياة مثل غسيل الكلى.

٥٦- والواقع أن تضاعف تكلفة السلع الغذائية قد يضطر الوكالة إلى وقف مد جميع المستفيدين من خدماتها بالأغذية لتضمن القدرة على مساعدة أشد الفئات ضعفاً. وفي هذا السياق اضطرت إلى إعادة توجيه دفة برنامج توفير التغذية المكتملة للحوامل والأمهات المرضعات ليستهدف فقط من يعشن دون خط الفقر.

الخطوات التالية

٥٧- يتعرض اللاجئون الفلسطينيون لألوان شتى من التفاوت في مجال الصحة للأسباب كلها الوارد ذكرها أعلاه. وتهدف الأونروا إلى محو هذه التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والتخفيف من حدة آثارها على الصحة بتوفير أفضل ما يمكن من خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة. وتتشدد الأونروا تمكين اللاجئين في نهاية المطاف من أن يعيشوا حياة منتجة يتمتعون فيها بموفر الصحة والعافية.

٥٨- والأونروا باتباعها، في توفير الرعاية الصحية الأولية الشاملة، أسلوباً شاملاً لقطاعات عدة إنما تتفرد بوضع يتيح لها تقديم خدمات الوقاية والعلاج لفئات مستهدفة والوصول إلى الجماعات المستضعفة. وبرنامج الصحة يُعنى باللاجئين منذ الميلاد وحتى الشيخوخة وذلك بالاضطلاع، على مختلف المستويات، بأنشطة للوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة. الأمر الذي يجري بالتنسيق فيما بين إدارات الأونروا المختصة بالصحة والتعليم والإغاثة. وتصل أنشطة التنقيف الصحي التي لا تباشرها سوى الدوائر الطبية إلى المدارس وغيرها من مراكز تجمع السكان مما يفسح المجال لنشوء مبادرات مجتمعية. ويجري على نحو مباشر ترصد أثر البنية التحتية على الصحة وتوفير الأدوية الأساسية مجاناً ورصد تداولها باستمرار لكفالة استيفائها لمعايير المنظمة.

٥٩- وبدعم من المجتمع الدولي قامت الأونروا على مدى السنين بإعداد وصقل مجموعة من التدابير الفعالة والمصممة لتخفيف آثار النزاع عن مجتمعات اللاجئين في الأرض الفلسطينية المحتلة. وتتألف هذه التدابير من برامج توفر فرصاً للعمل ومساعدات نقدية وعينية ومعونات غذائية وعمليات لإعادة تشييد وإصلاح البنى التحتية التي لحقت بها الأضرار من جراء القتال والقيام في حالات الطوارئ بتقديم الرعاية الطبية والنصح والدعم النفسي ورصد انتهاكات القانون الإنساني والتبليغ عنها.

٦٠- وأسهم برنامج الصحة في توفير الرعاية لأربعة أجيال من اللاجئين الفلسطينيين وكفالة تطورها الإنسانية وهو يواجه الآن تحديات مردّها عن تغير احتياجات السكان المستفيدين منه وتدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش في ظلها اللاجئون.

٦١- والواقع أن ازدياد الوعي بالاعتلال الناشئ عن الأمراض غير السارية أمر له آثاره على الوكالة من حيث قدرتها على تحمل تكاليف العلاج المرتفعة ومدته. ومن ثم تظل ضرورة إيجاد حل لمسألة العبء المزدوج الذي تشكله الأمراض السارية وغير السارية من أهم التحديات التي تواجهها الأونروا.

٦٢- أما حالة التغذية ولاسيما حالة الفئات المستضعفة بين اللاجئين كالفقراء المعدمين والحوامل والأطفال والمجتمعات الريفية المعزولة فلا بد من رصدها والقيام بتدخلات فعالة. وتلبية لتلك الحاجة يتعين تنفيذ برامج تغذية تكميلية محددة تشمل توزيع سلال الأغذية وإثراء منتجات مثل الدقيق بالحديد والقيام بحملات للتزويد بالفيتامين A.

٦٣- وقد أدى الاختلال المزمن بين احتياجات السكان اللاجئين ومطالبهم من ناحية والموارد البشرية والمالية المتاحة للبرنامج من ناحية أخرى إلى إعادة النظر بشكل مستمر في الأنشطة وتحديد درجة أولوية كل منها بما يتماشى مع قيود الميزانية. وسوف يستلزم الجهد الرامي إلى تلبية احتياجات اللاجئين الفلسطينيين

تعبئة موارد بشرية ومالية إضافية والحصول على دعم من الأفراد والحكومات والمؤسسات في جميع أنحاء العالم.

٦٤- ويعدّ ضمان الجودة من شواغل برنامج الصحة الرئيسية. ومن ثم يلزم إجراء دراسات نوعية للوصول إلى تحديد الفترات المثلى للاتصال بين الطبيب والمريض بتفادي مدد الانتظار الطويلة وتقييم مدى جودة الرعاية في المراكز الصحية والمستشفيات المتعاقد معها. ومن شأن التحليل الوافي لحصائل الزيارات ولطبيعة الزيارات المتكررة أن يتيح العناصر الرئيسية التي يمكن الركون إليها في إعادة تنظيم الخدمات وزيادة الكفاءة.

٦٥- ولا بد من إنشاء آليات تعويض للحد من آثار القيود المفروضة على حركة المرضى في الأرض الفلسطينية المحتلة والتي تعوق وصول موظفي الأونروا إلى مقار عملهم وتوفير الإمدادات الطبية. وسوف تواصل الوكالة العمل على تلبية الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الطبية.

٦٦- وبصرف النظر عن الصعوبات التي تواجهها الوكالة فهي لا يسعها أن تنفض يديها من الاحتياجات الصحية ذات الأولوية من قبيل خدمات الصحة النفسية والكشف عن حالات السرطان ومعالجتها والتأهيل البدني. ومن المتوقع أن يصبح بلوغ أعلى مستويات ممكنة من المعافاة النفسية أحد الأهداف الرئيسية في السنوات المقبلة بالنظر إلى تزايد الفقر وعزلة اللاجئين الاجتماعية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وبالإضافة إلى ذلك، سيصبح اكتشاف أمراض السرطان والتعامل معها في مراحلها الأولى مشكلة حيث إن العبء الأكبر من الجهد سيقع على كاهل نظام الرعاية الصحية شأنه شأن الزيادة المتوقعة في الطلب على خدمات التأهيل البدني.

الاستنتاجات

٦٧- بالنظر إلى ما تتسم به الصحة من أهمية قصوى باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان الأساسية لا يمكن فصله عن سائر حقوق الإنسان، تقتضي الضرورة بشدة أن تبذل جميع الجهات صاحبة المصلحة قصارى جهودها لتكفل للاجئين الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة فرص الحصول بشكل مستدام على الرعاية الصحية.

٦٨- ومن الضروري أن تكفل جميع الأطراف احترام امتيازات وحصانات موظفي الأونروا بما يتماشى مع مركزها كوكالة محايدة تماماً تابعة للأمم المتحدة وأن يضمن أمنهم في كل الأوقات. ولا بد من كفالة وصول موظفي الأونروا الصحيين إلى مقار عملهم وإلى المجتمعات المحلية المعزولة احتراماً للقوانين والاتفاقات الدولية.

٦٩- ومن الأمور الحيوية في هذا الصدد أن يجدد المجتمع الدولي دعمه المالي لتمكين الأونروا من مواصلة أنشطة برنامجها الصحي المقررة وتذليل الصعوبات اللوجيستية الراهنة ومواجهة الزيادة في تكاليف الإمدادات وتكثيف الخدمات لتلبية احتياجات اللاجئين المتنامية ومواصلة التصدي لحالة الطوارئ الإنسانية في الأرض الفلسطينية المحتلة التي تبدو وكأنها بلا نهاية.

= = =