

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

تتشرف المديرية العامة بأن تسترعي انتباه جمعية الصحة إلى التقرير المرفق وهو من وضع مدير
الصحة في وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) لعام ٢٠٠٧.

الملحق

تقرير مدير الصحة في وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، (الأونروا)، لعام ٢٠٠٧

الوضع العام

١- أدت الحرب الأولى التي اندلعت بين العرب وإسرائيل إلى تجريد ثلاثة أرباع من السكان الفلسطينيين من ممتلكاتهم قسراً وطردهم من فلسطين في الفترة الممتدة بين عامي ١٩٤٧ و ١٩٤٩. وأنشأت الجمعية العامة للأمم المتحدة في أعقاب هذا الحدث وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) للاضطلاع بولاية مساعدة اللاجئين الفلسطينيين المسجلين في مجالات الصحة والتعليم والإغاثة الاجتماعية في الأرض الفلسطينية المحتلة والبلدان التي تستضيف هؤلاء اللاجئين (الأردن ولبنان والجمهورية العربية السورية).

٢- ولا تزال الأرض الفلسطينية المحتلة تعاني أشد المعاناة من الآثار الاقتصادية والاجتماعية الطويلة. والملاحظ أن الوضع يتجه نحو تضيق الخناق والإمعان في عزل قطاع غزة وزيادة تعسر الاتصال داخل الضفة الغربية. وتؤدي القيود المفروضة على حركة السكان الفلسطينيين والبضائع في قطاع غزة وخارجها وداخل الضفة الغربية إلى عرقلة الحصول على الخدمات الأساسية مثل الخدمات الصحية، وتحديد الأنشطة التجارية وتعطيل عمليات الوكالة، (الأونروا). وعقب انتخاب المجلس التشريعي الفلسطيني في عام ٢٠٠٦، أدى احتجاز الحكومة الإسرائيلية لضريبة الدخل والضريبة المفروضة على القيمة الإضافية ومقاطعة المانحين للسلطة الفلسطينية إلى نشوء أزمة مالية حادة. ^١ وأدى عدم دفع الأجور لموظفي القطاع العام إلى تنظيم إضرابات خطيرة. وقد استؤنف دفع الأجور بعد رفع الحظر الدولي في حزيران/يونيو ٢٠٠٧، غير أنه تم تضيق الحصار على قطاع غزة؛ حيث تم تأخير تسليم شحنات الأدوية والمستهلكات الأساسية على حدود القطاع في الآونة الأخيرة.

٣- في نهاية عام ٢٠٠٧ بلغ عدد اللاجئين الفلسطينيين المسجلين في وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى ١,٨ مليون شخص يعيشون في قطاع غزة (قرابة مليون شخص) والضفة الغربية (أقل من ٧٥٠ ٠٠٠ بقليل) ويمثلون قرابة ٤٦٪ من عدد الفلسطينيين في الأرض المحتلة والبالغ عددهم ٣,٩ مليون نسمة. ويعيش ٤٧٪ منهم في قطاع غزة في ثمانية مخيمات و ٢٥٪ في الضفة الغربية في ١٩ مخيماً (ويعيش من تبقى منهم في المدن والقرى بين السكان الذين استضافوهم). ورغم الكثافة السكانية العالية في الأرض المحتلة فإن قطاع غزة يتسم بكثافة شديدة، حيث يمثل القطاع أحد الأماكن الأشد اكتظاظاً في العالم. وتبلغ نسبة كثافة السكان في الضفة الغربية ٤٣٩ نسمة في الكيلو متر المربع (مقابل ٤١١ نسمة في عام ٢٠٠٦). في حين بلغت نسبة الكثافة السكانية في قطاع غزة ٤٠٣٣ نسمة في الكيلومتر المربع (مقابل ٣٧٨٠ في عام ٢٠٠٦) حيث يعيش ١,٤ مليون شخص في منطقة تبلغ مساحتها ٣٦٥ كيلومتراً مربعاً.

١ وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى. نداء الطوارئ لعام ٢٠٠٨، متاح على شبكة الإنترنت على الموقع التالي: <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

٤- واللاجئون الفلسطينيون المسجلون الذين يعيشون في الأرض المحتلة هم من الشباب بنسبة يتعادل فيها الجنسان؛ ويمثل الأطفال الذين لم يتجاوزوا ١٨ سنة نسبة ٤٤٪ من هؤلاء السكان (٣٩٪ منهم في الضفة الغربية و ٤٧٪ في قطاع غزة) و ٦٨٪ منهم هم أيضاً من الأطفال الذين لم يبلغوا بعد ١٨ سنة أو نساء في سن الإنجاب. ورغم أن نسبة الخصوبة آخذة في التراجع فإنها تظل مرتفعة (٤,٦ في قطاع غزة و ٣,١ في الضفة الغربية) بمعدل ستة أفراد في الأسرة الواحدة (٥,٧٧ في الضفة الغربية و ٥,٧٤ في قطاع غزة) (انظر الجدول ١).

٥- وتقدم خدمات الرعاية الصحية العمومية في البلدان المستضيفة مساعدة كبيرة في فترة ما بعد الولادة وفترة الولادة الحديثة. وحسب المسح الأخير الذي أجرته (الأونروا) عام ٢٠٠٣ فإن معدلات وفيات الرضع هي مماثلة للنسب في البلدان المستضيفة. ويبدو أن أهم أسباب وفيات الرضع هي انخفاض الوزن عند الميلاد والتشوهات الخلقية وعدوى السبيل التنفسي. ويؤكد هذا اتجاهًا معممًا في تراجع الإصابة بالأمراض المعدية في المنطقة. وتتسبب الأمراض غير السارية باستمرار في حالات الوفيات والمرضاة (انظر الجدول ١).

٦- ويبدو أن ترفاق الانخفاض في معدلات الخصوبة ووفيات الرضع وصغار الأطفال خلال هذه السنوات، مع زيادة الكشف عن الأمراض وعلاجها مثل السكري وفرط ضغط الدم اللذين يصيبان بصفة خاصة الكبار من الأمور التي ستؤدي إلى انخفاض متوسط العمر المأمول بين السكان اللاجئين. غير أنه من المحتمل أن يؤدي ارتفاع نسبة الفقر المدقع والبطالة، لاسيما في الأرض الفلسطينية المحتلة، إلى مضاعفة العبء الاقتصادي الذي تتكبده الأسر وارتفاع نسبة الإعاقة (التي تم تحديدها حسب نسبة الأطفال دون ١٥ سنة والكبار الذين تجاوزوا ٦٠ سنة). وتشير البيانات المسجلة في عام ٢٠٠٧ إلى أن نسبة الإعاقة بلغت ٨٩,٦٪ في قطاع غزة و ٧٥,٤٪ في الضفة الغربية.

٧- وأدى تدهور الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية بين السكان اللاجئين الفلسطينيين في الأرض المحتلة إلى ارتفاع نسبة السكان الذين يعيشون دون خط الفقر (يبلغ إنفاق الفرد في اليوم ٢,٨ دولار أمريكي). ويعود زيادة الطلبات في ما يتعلق بالرعاية الصحية بين السكان اللاجئين إلى كل من العوامل الديمغرافية وتضخم عدد الفئات الأشد استضعافاً من الفقراء الجدد الذين لا يجدون جهة بديلة لتزويدهم بخدمات الرعاية الصحية.

الخدمات الصحية التي تتيحها الأونروا

٨- تمثل الأونروا أوسع عملية إنسانية في المنطقة، إذ تقدم المساعدة إلى قرابة نصف سكان الأرض الفلسطينية المحتلة. وعلى الرغم من تزايد عدم استقرار ظروف العمل فإن الوكالة تواصل تنفيذ أحد أكثر النظم الصحية مردودية في المنطقة. وتعمل الوكالة من خلال مكنتين في الضفة الغربية وقطاع غزة. إذ توتي في الأرض المحتلة خدمات صحية أولية شاملة للاجئين الفلسطينيين المسجلين وذلك من خلال شبكة تتكون من ٥٧ مرفقاً من مرافق الرعاية الصحية الأولية. ويتيح أحد المستشفيات في الضفة الغربية والمستشفيات المتعاقد معها الرعاية الصحية الثانوية والتخصصية. كما يتم إيتاء الخدمات الصحية البيئية في المخيمات.

٩- واضطرت الوكالة، بسبب القيود المفروضة، إلى مضاعفة تغطية الرعاية الصحية كيما تحافظ على مستويات الرعاية. فقامت بتعيين أعداد كبيرة من العاملين الصحيين وأنشأت العيادات الجواله في الضفة الغربية. كما ضاعفت عدد المراكز الصحية في قطاع غزة.

١٠- وهناك، في الوقت الحالي، ٣٨ مرفقا من مرافق الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية؛ منها ٢٣ مركزا صحيا و ١٥ نقطة صحية؛ ومن المراكز الصحية الثلاثة والعشرين يوجد ١٧ مركزا داخل المخيمات وستة مراكز في القرى والمدن حيث تعيش أعداد كبيرة من الأسر اللاجئة، وهناك ١٩ مركزا توتي خدمات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، منها خمسة مرافق في المخيمات اضطلعت بدورين مختلفين خلال ١٥ سنة. وأنشئ في عام ٢٠٠٧ مركز صحي في الشوكة (في جنوب قطاع غزة).

١١- وفي عام ٢٠٠٧ أتاحت (الأونروا) خدمات العلاج والوقاية على نطاق واسع لأكثر من مليون لاجئ في الأرض الفلسطينية المحتلة. ومن هذه الخدمات التمنيع وصحة الأمومة وتنظيم الأسرة وبرامج توقي ومكافحة الأمراض السارية وغير السارية. وتبلغ نسبة هؤلاء اللاجئين ٦٧٪ في الضفة الغربية و ٨٠٪ في قطاع غزة حيث يحصل اللاجئون على حد أدنى من الخدمات الصحية البديلة ويعتمدون اعتمادا كبيرا على الوكالة في تقديم المساعدة الطبية.

خدمات العيادات الخارجية

١٢- مقارنة بعام ٢٠٠٦ ارتفع عدد الاستشارات الطبية في عام ٢٠٠٧ من ٣,١ مليون إلى ٣,٦ مليون استشارة في قطاع غزة ومن ١,٦ مليون إلى ١,٧ مليون استشارة في الضفة الغربية. حيث تضاعف العبء الواقع على النظام الصحي، إذ يزور الطبيب الواحد حوالي ١١٦ مريضا في اليوم في قطاع غزة و ٨٨ مريضا في الضفة الغربية. وأتاحت الوكالة، (الأونروا)، خلال عام ٢٠٠٧، الرعاية الصحية في مرحلة ما قبل الولادة إلى ٤٠٣ ٣٧ من النساء الحوامل في قطاع غزة و ٩٥٦ ١٣ في الضفة الغربية، كما شملت الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الولادة ٤٦ ٠٠٠ امرأة وأتاحت الوكالة خدمات تنظيم الأسرة لأكثر من ٥٠ ٠٠٠ امرأة، وقدمت الرعاية إلى ٦١٠ ١٣١ أطفال دون سن الثالثة وخدمات الرعاية في المدارس إلى أكثر من ٢٥٠ ٠٠٠ طفل من الأطفال المسجلين في المدارس التابعة للوكالة. وهناك أكثر من ٧٠ ٠٠٠ شخص ممن يعانون من السكري و/ أو فرط ضغط الدم. ويتم، بانتظام، رصد حالة هؤلاء المرضى وتلقيهم خدمات الرعاية.

الفرق الصحية الجواله

١٣- تعمل فرق العمل الصحية الجواله التي تتألف من طبيب وممرضة ممارسه وتقني مختبرات وصيدلي مساعد وسائق منذ شباط/ فبراير ٢٠٠٣ في الضفة الغربية. والغرض من هذه الفرق هو تخفيف العبء الإضافي الواقع على النظام الصحي. وهي تستهدف، في الأساس، تسهيل الحصول على الخدمات الصحية في المواقع المتضررة من الإغلاق ونقاط التفتيش والحدود العازل. وتقدم الفرق مجموعة كاملة من الخدمات الطبية الأساسية. وتضطلع العيادات الصحية الجواله بدور طبي حاسم منذ بدء عملها. حيث قدمت الرعاية الطبية لعدد كبير من اللاجئين الفلسطينيين الذين ارتفع عددهم من ٦٩ ٥٠٠ لاجئ في عام ٢٠٠٣ إلى ١٢٢ ١٣٣ لاجئا في عام ٢٠٠٧.

خدمات الرعاية المقدمة في المستشفيات

١٤- شهد عدد المرضى الذين تم قبولهم في المستشفيات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة زيادة قدرها ٧٪ حيث ارتفع العدد من ١٧ ٥٧٢ إلى ١٨ ٩٨٠ مريضا.

١٥- وعلاوة على الخدمات الخارجية التي يقدمها المستشفى تدير الأونروا مستشفى يوفر ٦٣ سريراً في قفيلية في الضفة الغربية. وقد أنشئ هذا المستشفى في عام ١٩٥٠ وهو يقدم للاجئين والمرضى من غير اللاجئين في شمال الضفة الغربية خدمات الرعاية الصحية والجراحة وطب النساء وخدمات التوليد. ويوجد في المستشفى ١٤ سريراً خاصاً بالجراحة و ١٢ سريراً خاصاً بالطب العام و ٢٠ سريراً خاصاً بطب الأطفال و ١٥ سريراً خاصاً بطب النساء والتوليد وسريرين للعناية المركزة، إضافة إلى خمسة أسرة خاصة بقسم الطوارئ. وفي عام ٢٠٠٧ أشارت التقديرات إلى أن معدل استخدام الأسرة في اليوم بلغ نسبة ٥٥,٦٪ من أصل ٦٥٤٥ من المرضى الذين أقاموا في المستشفى.

خدمات المختبرات

١٦- يبلغ عدد المختبرات العاملة في الأرض المحتلة نحو ٣٧ مختبراً في الضفة الغربية و ١٦ في قطاع غزة وهي تقدم خدمات مختبرية شاملة. وزُودت جميع هذه المختبرات بأجهزة مؤتمتة لتحليل الدم كما تم توفير أجهزة تحليل خاصة بالكيمياء السريرية على صعيد المناطق. وازداد عدد الفحوصات التي أجريت، خلال عام ٢٠٠٧، بنسبة ١٢,٨٪ في قطاع غزة و ١١,٣٪ في الضفة الغربية.

صحة الفم

١٧- تُقدم الخدمات في مجال صحة الفم في ١٣ عيادة وثلاث وحدات متنقلة للعناية بالأسنان في قطاع غزة وفي ٢٢ عيادة ووحدة متنقلة واحدة للعناية بالأسنان في الضفة الغربية. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٧، أظهرت الاتجاهات السائدة في مجال الاستفاده من هذه الخدمات زيادة نسبتها ٧٪ في الاستشارات المقدمة بشأن العناية بالأسنان وزيادة قدرها ٨٪ في أنشطة التنظير الشعاعي مقارنة بعام ٢٠٠٦، مع زيادة عبء أعمال العناية بالأسنان في قطاع غزة من ٤٣ إلى ٥٧ استشارة يومية مقدمة في هذا الصدد.

خدمات العلاج الطبيعي

١٨- تُشغَل الأونروا منذ عام ٢٠٠٠، ست وحدات للعلاج الطبيعي في جميع أنحاء الأرض الفلسطينية المحتلة، وهي تقدم طائفة واسعة من خدمات العلاج الطبيعي وخدمات التأهيل، بما فيها العلاج باليد، والعلاج بالحرارة، والعلاج الكهربائي، والعلاج الرياضي في إطار برنامج للتوعية بهذا العلاج. وفي عام ٢٠٠٧، بلغ عدد المرضى الذين عُولجوا ٩٤٥ ١٠ مريضاً، أي بزيادة نسبتها ١٢,٣٪ بالمقارنة بعام ٢٠٠٦. ومثّل المرضى الذين يعانون من عقابيل الصدمات النفسية والإصابات ممن حظوا بالدعم أثناء الغارات العسكرية، ما نسبته ٢٥,٣٪ من مجموع عدد المرضى.

خدمات التصوير بالأشعة

١٩- هناك أربع عشرة وحدة للتصوير بالأشعة قيد التشغيل في الأرض الفلسطينية المحتلة (تسع منها في الضفة الغربية وخمس في قطاع غزة) وهي تستقبل المرضى المحالين من المراكز الصحية للأونروا. وتُستكمل هذه الخدمات باتفاقيات تعاقدية تبرم مع مستشفيات وعيادات خاصة للتصوير بالأشعة. وخلال عام ٢٠٠٧، بلغ عدد صور الأشعة السينية العادية ٥١٠ ٦٠ صورة، منها ٣٦٩ ٣١ صورة في قطاع غزة و ٢٩ ١٤١ صورة في الضفة الغربية.

صحة البيئة

٢٠- واصلت خدمات صحة البيئة التابعة للأونروا التي تشغل ٢٠ مهندساً و ٣٤٠ عاملاً من عمال النظافة، تركيزها على مسألة الحفاظ على مستويات مقبولة لإدارة النفايات الصلبة وتزويد مخيمات اللاجئين بمياه نقية وخدمات إصحاح لائقة. وفي عام ٢٠٠٧، تمكنت مخيمات اللاجئين من الحصول على مياه نقية، بينما بلغت نسبة المخيمات الموصولة بشبكات الصرف الصحي في الضفة الغربية ٩٥٪ وفي قطاع غزة ٨٥٪. وواظبت شعبة صحة البيئة على إبقاء جميع شبكات الصرف الصحي في المخيمات قيد التشغيل من خلال القيام بزيارات تفتيش للتأكد من شروط النظافة فيها بانتظام وتسليك بالوعات المجاري.

برنامج صحة المجتمع النفسية

٢١- يُعدّ الإجهاد التالي للرضوح وغيره من الاضطرابات النفسية والسلوكية، وهي من العواقب الموثقة للتعرض لأحداث تورث الصدمات،^١ من الأولويات الصحية التي بدأت تظهر فيما يتعلق باللاجئين الفلسطينيين. وما انفكت الظروف المعيشية القاسية المزمنا مع انعدام الاستقرار السياسي منذ أمد طويل ونفسي العنف وانسداد الأفق تذيب سكان الأرض الفلسطينية المحتلة الأمرين، ولاسيما الأطفال والمرافقين منهم. وأدى ارتفاع مستوى العنف منذ شهر أيلول/ سبتمبر ٢٠٠٠ إلى تفشي مظاهر الدمار وهدم المنازل وفرض الحصار وحالات الإغلاق وحظر التجول والزج بالسكان المدنيين في حبال الفقر. وقد عمل الجدار العازل على تفكيك الأسر والحد من سبل الوصول إلى المدارس والعمل والخدمات الأساسية، مما أسهم في تدهور الصحة النفسية وخصوصاً بين الشباب الفلسطينيين.^٢

٢٢- وتواصل الأونروا تركيزها بشكل خاص على وضع استراتيجيات على جميع مستويات الوكالة ترمي إلى تحقيق العافية النفسية والاجتماعية، ولاسيما بين الأطفال والشباب. ويجري الآن تنفيذ برامج منظمة للصحة النفسية في قطاع غزة والضفة الغربية؛ وقد بدأت هذه البرامج في عام ٢٠٠٢ كمشاريع دعم نفسي واجتماعي توظف مستشارين في هذا المضمار، وتوسعت بعدها إثر توظيف خبير دولي فيها في عام ٢٠٠٥ لتصبح ما يعرف اليوم باسم برامج صحة المجتمع النفسية. وخصصت وكالة الأونروا ٢٤٦ مستشاراً للعمل في المدارس و ٣٤ آخرين للمراكز الصحية و ٢٨ مستشاراً للمراكز المجتمعية في جميع أرجاء الأرض المحتلة، وقدمت مجموعة من الخدمات بهدف تعزيز وضع آليات بناءة تمكن اللاجئين من التصدي لما يحدث والتأقلم مع الأزمات والوقاية مما يترتب عليها من عواقب نفسية طويلة الأجل.

برنامج المكملات الغذائية

٢٣- يفيد برنامج الأونروا للمعونة الغذائية الحوامل والأمهات المرضعات اللاتي يحصلن على خدمات الرعاية الصحية الوقائية في مرحلة الحمل ويخضعن للإشراف في مرافق الرعاية الصحية الأولية للأونروا. ويهدف البرنامج المدعوم بشكل كامل بواسطة المساهمات العينية، إلى تلبية الاحتياجات الفسيولوجية والتغذوية الإضافية للنساء في سن الإنجاب وإلى مكافحة حالات العوز التغذوي الناجمة عن ارتفاع معدل الخصوبة وقصر الفترات الفاصلة بين الولادات. وفي عام ٢٠٠٧، قدمت الأونروا معونات غذائية إلى أكثر من ٥٠ ٠٠٠ منقعة (٣٦ ٠٠٠ منهم في قطاع غزة و ١٥ ٠٠٠ منقعة في الضفة الغربية).

١ Qouta S, El Sarraj E. 'Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip'. Arabpsynet Journal 2004.

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

الوضع الوبائي

٢٤- عندما بدأت الأونروا عملياتها في عام ١٩٥٠ كانت حالة اللاجئين الصحية سيئة للغاية. وقد عانى اللاجئون من ارتفاع معدل وفيات الرضع وانتشار سوء التغذية بشكل كبير وارتفاع معدلات المراضة والوفيات من جراء الأمراض السارية، كالمalaria والتهابات المعدة والأمعاء والسل والتراخوما والأمراض الجنسية المقترنة بارتفاع معدلات المراضة ومستويات وقوع الوفيات. وكانت ظروف الصحة البيئية مروعة، حيث سكن معظم اللاجئين في خيام أو ثكنات جماعية، وكانوا يجلبون المياه من نقاط توزيع عمومية وكانت المراحيض والحمامات المشتركة هي مرافق الإصحاح الوحيدة المتاحة لهم. وبيّن الشكل التطور الذي طرأ لاحقاً على برنامج الأونروا الصحي.

الأمراض السارية

٢٥- في عام ١٩٥٤، بدأ تنفيذ برنامج موسع للتمنيع في العيادات الصحية الخاصة بالأمهات والأطفال لحماية اللاجئين من الخناق والكزاز والشاهوق والجدي والسل والحميات المعوية، وشنت حملات جماعية لتنيع الأطفال في سن الدراسة وسن ما قبل الدراسة. وبمرور السنين، أدخلت الأونروا لقاحات أخرى، وهي اللقاحات المضادة لشلل الأطفال والتهاب الكبد B وتوليفة اللقاحات المضادة للحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. وانخفضت معدلات المراضة والوفيات الناجمة عن الأمراض السارية في الأرض الفلسطينية المحتلة بفضل تحسين الظروف الصحية فيها منذ الستينات وبفضل الأنشطة الرائدة التي اضطلعت بها الوكالة فيما يتعلق بإدخال لقاحات الأطفال فيها. وتحققت تغطية تمنيعية عالية بين اللاجئين الفلسطينيين في الأرض المحتلة، ويمكن الآن مكافحة الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات مكافحة تامة.

٢٦- وفي عام ٢٠٠٧، بلغت نسبة تطعيم الرضع البالغين من العمر ١٢ شهراً ١٠٠٪ في قطاع غزة ٩٩,٦٪ في الضفة الغربية، في حين بلغت فيهما معدلات تغطية الأطفال الذين يبلغون من العمر ١٨ شهراً من الحاصلين على جرعات تطعيم معززة ٩٨,٤ و ٩٩,٣٪ على التوالي. ولم يُبلغ عن حصول أي حالة شلل، أو شلل رخو حاد، أو حالة إصابة بالكوليرا أو بالكزاز أو بالشاهوق بين اللاجئين ولا عن وقوع أية فاشيات أمراض.

٢٧- ولم تسجل إصابات كثيرة بالأمراض السارية، مثل السل والأيدز والعدوى بفيروسه (لم يُكشف سوى عن ١٠ حالات إصابة بالسل في قطاع غزة وثلاث حالات في الضفة الغربية في عام ٢٠٠٧)، ولكن العدوى الناجمة عن تدهور الظروف الصحية البيئية، من قبيل التهاب الكبد الفيروسي والحميات المعوية، لا تزال تهدد الصحة العمومية، مما يعكس أنماط توطنها الملاحظة في الإقليم.

٢٨- وازداد عدد حالات الإصابة بالحمى التيفية والإسهال الدموي في قطاع غزة مقارنة بعام ٢٠٠٥، بيد أن هذه الزيادة لم تلاحظ في الضفة الغربية. ويمكن أن تكون هذه النتيجة مؤشراً مبكراً على تدهور ظروف القطاع الصحية برغم تدخلات الأونروا فيه.

٢٩- ويعتد داء البروسيلات من الأمراض المتوطنة الحيوانية المصدر وهو ينتشر في بلدان حوض البحر المتوسط، وخصوصاً في المجتمعات الريفية. وظلت حالات الإصابة به بين اللاجئين المشمولين برعاية الأونروا منخفضة في عام ٢٠٠٧ بواقع ١,٨ حالة إصابة لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة في الضفة الغربية و ٠,٤ حالة إصابة في قطاع غزة.

الأمراض غير السارية

السكري وفرط ضغط الدم

٣٠- لقد بدأ مستوى وعي اللاجئيين بالأمراض غير السارية يزداد، ويُتوقع على أساس الاتجاهات الوبائية السائدة حالياً حصول زيادة في عبء المرض خلال السنوات المقبلة. وسوف تضطر الأونروا إلى التصدي للعواقب الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على تنامي انتشار حالات العجز الناجمة عن الأمراض غير السارية والعبء الاقتصادي الذي يمثله تزايد عدد المرضى المصابين بأمراض مزمنة من المحتاجين إلى رعاية صحية.

٣١- وبحلول نهاية عام ٢٠٠٧، أحيط ما مجموعه ٧٠ ٧٨٦ مريضاً بالسكري و/ أو فرط ضغط الدم برعاية المراكز الصحية للأونروا الموجودة في الأرض الفلسطينية المحتلة (٦٧٥ ٤٤ مريضاً في قطاع غزة و ١١١ ٢٦ مريضاً في الضفة الغربية).

حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار

٣٢- لانتزاع حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار، وبالأخص، فقر الدم الناجم عن عوز الحديد ونقص الفيتامين A، من مشاكل الصحة العمومية الوخيمة، وهي تعزى على الأرجح إلى تضافر العديد من الأسباب التي تقف وراءها. وحُدثت حالات عوز العناصر التغذوية الناجمة عن قلة تناول الغذاء، بسبب الفقر أو عدم توفر أنواع معينة من الأغذية، و/ أو زيادة الاحتياجات البيولوجية أثناء فترة الحمل مثلاً، على أنها أسباب تقف وراء حالات عوز المغذيات الزهيدة المقدار في جميع أنحاء الأرض المحتلة. ومع ذلك، فقد ذكر وجود حالات ارتفاع في تركيز الميثيموغلوبين في الدم بسبب ملوثات بيئية سامة، كمادة النترات،^١ وحالات مثل التلاسيميا،^٢ على أنها من الأسباب التي تقف وراء الارتفاع الملاحظ في مستوى نقشي فقر الدم، وخصوصاً في صفوف المجتمعات المغلقة والمجتمعات التي تعاني من مصاعب، مثلما هي الحال في قطاع غزة.

٣٣- وكشف آخر مسح أجرته الأونروا (في عام ٢٠٠٦) بشأن انتشار فقر الدم بين اللاجئيين الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة النقاب عن أن نسبة انتشاره بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و ٣٦ شهراً بلغت ٥٧,٥% في قطاع غزة و ٣٧,١% في الضفة الغربية، بينما بلغت نسبة انتشاره بين الحوامل ٤٤,٩% و ٣١,١% فيهما على التوالي. ويعد فقر الدم الناجم عن سوء التغذية في إقليم شرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية مشكلة معتدلة من مشاكل الصحة العمومية (حيث تتراوح نسبة انتشاره من ٢٠,٠% إلى ٣٩,٩%)؛^٣ بيد أن حالته تبعث على القلق بوجه خاص في قطاع غزة حيث يُعتبر في كلتا فئتي السكان الخاضعتين للدراسة مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العمومية. وتختلف معدلات انتشاره الملاحظة في قطاع

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

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

٣ McLean E, Egli I, Cogswell M, de Benoist B, Wojdyla 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.

غزة والضفة الغربية اختلافاً كبيراً، مثلما هو متوقع بالنسبة لاختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية في كلتا المنطقتين.

الصحة النفسية

٣٤- عقد أخصائيو التوعية خلال عام ٢٠٠٧ ما مجموعه ٢١ ٢٠٥ جلسات تثقيفية حول الصحة النفسية استفاد منها قرابة ٣٠٠ ٠٠٠ نسمة. كما عقدوا اجتماعات حضرها الآباء واضطلعوا بأنشطة أخرى استفاد منها ما يزيد على ٤٠٠ ٠٠٠ نسمة. والهدف من ذلك هو إذكاء الوعي وبناء القدرات اللازمة للتصدي للعواقب النفسية والاجتماعية لحالات الطوارئ والصدمات النفسية المزمنة.

٣٥- وعقد أخصائيو التوعية خلال العام المنصرم ٢٤١٦٠ جلسة استشارية فردية و١٠ ١٥٩ جلسة جماعية (لمجموعة من الناس بلغ عددها ٣٢ ١٠٥ من الأشخاص) في الأرض الفلسطينية المحتلة، وبلغ ذلك العدد ٨٩٥٣ منتقماً من خلال ٣٧٨٠ زيارة منزلية قاموا بها. وكان السلوك العدواني وانعدام الحافز من الاضطرابات الأكثر شيوعاً التي لوحظت في عام ٢٠٠٧. كما وضع البرنامج تدخلات مجتمعية تشمل كلا من احتياجات الزبائن العادية والتدخلات المنفذة في حالات الطوارئ.

٣٦- وتتسم الحالة بالخطورة بوجه خاص في قطاع غزة حيث تشير التقديرات إلى أن ربع عدد السكان مصاب بأعراض اضطرابات نفسية تستدعي التدخل نتيجة تعرضهم لصدمات نفسية.^١ ويرتفع بين الأطفال معدل انتشار الأعراض التي تجعلهم عرضة للإصابة باضطرابات الإجهاد التالي للرضوح (٦٨٪ من الطلبة الذين تعرضوا لذلك عقب وقوع انفجار البريخ في شباط/فبراير ٢٠٠٨) كما أن بؤار مقاومة العلاج بدأت تظهر. وارتفع متوسط عدد الجلسات التي يحتاجها المريض قبل تحسن حالته أو شفائه من ٣,١٧ جلسات عند بدء تطبيق البرنامج إلى ٦,٧ جلسات في تموز/يوليو ٢٠٠٧. ويحتاج المرضى إلى متابعة لفترة طويلة وتواجه الأسر صعوبات أكبر في السيطرة على أطفالها.

الوضع السياسي والاجتماعي والاقتصادي في الأرض الفلسطينية المحتلة

أثره في صحة اللاجئين

٣٧- لقد أوشك الاقتصاد الفلسطيني منذ عام ٢٠٠٠ على الانهيار، حيث تزايدت معدلات البطالة وتفاقت شدة الفقر وتراجع حجم الأنشطة التجارية،^٢ لاسيما بين اللاجئين. كما يعاني السكان من أزمة إنسانية متواصلة، وهي أزمة اتسع نطاقها وطال أمدها مما يسهم في تفشي الفقر وارتفاع معدلات حالات الفقر المدقع.^٣

١ Zaqout I. Enhancing resilience in Refugee Population in the Gaza Strip, chronically stressed population. A report of the UNRWA Mental Health programme in the Gaza Strip. Amman, UNRWA, 2008.

٢ UNRWA Health Department. Impact of the humanitarian crisis in the occupied Palestinian territory on people and services, Amman 2003.

٣ UNDP. Poverty in the occupied Palestinian territory 2007. Development Times, Issue No. 1, July 2007.

٣٨- ويشير التقرير بشأن التطورات الاجتماعية والاقتصادية^١ الذي أصدرته الأونروا في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٧، إلى التدهور الحاد الذي يشهده الوضع الاقتصادي في الأرض الفلسطينية المحتلة وما يترتب عليه من تراجع في الناتج المحلي الإجمالي للفرد بنسبة ٣٠٪ خلال السنوات السبع الماضية. وفي القطاع الخاص، وهو قطاع يمثل ٥٤٪ من العمالة في قطاع غزة، ساهمت القيود المفروضة على التنقل في حدوث انخفاض ملحوظ في أنشطة البناء (١٢,٩٪) وفي الصناعات (٦,٨٪).^٢ ومما يفسر التراجع في قطاع غزة إلى حد ما أن معظم الأنشطة التجارية هناك تتجه نحو التصدير وتعتمد على إسرائيل في الحصول على المواد الخام. وقد بلغ معدل البطالة في قطاع غزة الآن نسبة تقارب ٤٠٪، ويتوقع ارتفاع هذا المعدل في المستقبل.^٣

٣٩- وبحلول منتصف عام ٢٠٠٦ كانت معدلات الفقر قد ارتفعت بنحو ٣٠٪ في جميع المناطق، بينما تفتى الفقر المدقع لدى ما يقارب ٨٠٪ من السكان اللاجئين في قطاع غزة، وهي زيادة في المعدل تبلغ ٥٤٪ بالمقارنة مع الوضع الذي كان سائداً في عام ٢٠٠٥. وفي عام ٢٠٠٧، بلغ متوسط إنفاق الأسر على الغذاء نحو ٦٢٪ من دخلها الإجمالي مقابل ٣٧٪ في عام ٢٠٠٤. واستجابة لهذا الوضع زادت الأونروا حجم معوناتها الغذائية لتلبية احتياجات السكان الذين ما انفكوا يتزايدون فقراً. وقد شهدت السنوات العشر الماضية تزايداً في عدد الأسر التي تعتمد على معونة الأونروا الغذائية؛ بلغ عشرة أضعاف حيث يتجاوز عدد السكان المعتمدين على المعونة الغذائية الآن المليون نسمة - أي ما يمثل ثلاثة أرباع سكان غزة.

٤٠- أما المعونة الإنسانية المقدمة حتى الآن فهي لا تكفي لتخفيف وطأة الفقر. وفي عام ٢٠٠٦ بلغ حجم المساعدة التي قدمتها الأونروا للاجئين الفقراء في الأراضي الفلسطينية المحتلة ما يناهز ١٠٠ مليون دولار أمريكي. وتشير البيانات إلى أن القضاء على الفقر الذي تعاني منه أسر اللاجئين سيقتضي تخصيص ٤٨٤ مليون دولار أمريكي إضافية لتغطية المساعدة الإنسانية اللازمة.^٥

٤١- ويشكل الفقر واعتلال الصحة حلقة مفرغة، ذلك أن الفقر يؤدي إلى اعتلال الصحة بما يحمله من مخاطر صحية وبيئية متزايدة، ونفاقم سوء التغذية وانعدام الأمن الغذائي، علاوة على ضعف فرص الحصول على المعارف والمعلومات وقلة حيلة الناس في ما يتعلق بالاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. بينما يؤدي اعتلال الصحة، في الوقت نفسه، إلى انخفاض دخل الأسرة وتقليص قدرات الناس وإنتاجيتهم وتدهور نوعية حياتهم.^٦ وما يلاحظ الآن من تزايد الاحتياج للرعاية الصحية، لاسيما بين سكان قطاع غزة، ما هو إلا نتيجة لقلّة درجة المرونة الاجتماعية والاقتصادية التي يعاني منها عدد ما انفكّ يتزايد من اللاجئين المستضعفين، مما يؤدي إلى اعتمادهم، اعتماداً شبه كلي على المساعدات الإنسانية.

١ UNRWA, 2007. *Prolonged crisis in the occupied Palestinian territory: recent socio-economic developments (Report No. 2)*. Gaza, Palestine: United Nations Relief and Works Agency, November 2007.

٢ UNRWA. *Prolonged crisis in the occupied Palestinian territory: recent socio-economic developments, 2007*. Resource available on web <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

٣ The Gaza Strip: a humanitarian implosion - a report issued by Catholic Agency for Overseas Development, Amnesty International, CARE International UK, Christian Aid, Médecins du Monde UK, Oxfam, Save the Children UK and Trocaire, March 2008. Available at <http://i1.cnn.net/cnn/2008/images/03/06/gaza.implosion.pdf>, accessed on the 25 March 2008.

٤ UNRWA. UNRWA in 2006, in *Official Report of United Nations Relief and Work Agency for Palestine Refugees in the Near East*, 2006. Resource available on web <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

٥ UNRWA: 'Emergency Appeal 2008' resource available on web <http://www.un.org/unrwa/publications/pubs07.html>.

٦ UNRWA Health Programme Five Year Strategy 2008-2012. Amman, UNRWA Health Department, 2008.

٤٢- كما أن النزاع يضيف مخاطر صحية أخرى، وهي لا تقتصر على الإصابات والوفيات والعجز فحسب، بل تشمل أيضاً زيادة عدد النازحين وتفاقم اللامساواة القائم، إلى جانب التمييز والتهميش والحيلولة دون الوصول إلى الخدمات الصحية. وبالإضافة إلى ذلك فإن التعرض المستمر لشوروز النزاعات مع ما يعنيه ذلك من أخطار على حياة الناس يشكل عاملاً آخر من المحددات الاجتماعية للصحة، إذ يؤدي إلى تفاقم حالات التوتر والكرب، ومن ثم وقوع الناس فريسة للمرض.^١

٤٣- وما زالت القيود المفروضة على الحركة تمثل مشكلة معقدة في وجه سكان الأراضي الفلسطينية المحتلة، حيث تسهم صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية في تدهور الوضع الصحي للشعب الفلسطيني باطراد. ويؤكد كل من مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية وبرنامج الأغذية العالمي على أن مواصلة نظام الإغلاق هو السبب الرئيسي للأزمة الإنسانية التي يعاني منها سكان الأراضي المحتلة؛ فهي تحدّ من قدرة الفلسطينيين على الحصول على الخدمات الأساسية كالرعاية الصحية والتعليم، وتؤدي إلى عزل أفراد المجتمع عن أراضيهم وأماكن عملهم.

٤٤- وتختلف المشاكل التي يعاني منها اللاجئون باختلاف أنواع القيود المفروضة على حركة السكان والسلع في قطاع غزة والضفة الغربية. وقد أعربت الأونروا ومنظمة الصحة العالمية مجدداً عن قلقهما إزاء نتائج سياسة الإغلاق الصارمة المفروضة في قطاع غزة وما تحدثه من أثر في صحة سكانه وفي حقهم في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه. فالأوضاع المتفجرة التي يعيشها السكان هناك وفرض الإغلاق التام عليهم يؤديان إلى عواقب وخيمة كتلك الأوضاع التي شوهدت في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨، حيث تعطل عمل محطة توليد الكهرباء ومضخات مياه الآبار ومحطات معالجة مياه الصرف، وذلك نتيجة لنقص الوقود، حيث انقطعت المياه عن الكثير من المساكن وتزايدت مخاطر فيضان مياه الصرف. كما تمت عرقلة أنشطة الصحة البيئية الروتينية التي تقوم بها الأونروا، مما يشكل خطراً آخر على الأوضاع الصحية للاجئين الفلسطينيين.

٤٥- ومع أن إيتاء الخدمات التي تقدمها الأونروا في مراكز الرعاية الصحية الأولية لم يتأثر بنقص الوقود؛ إلا أن تلك المراكز لم تستثن من تدابير تقليص استهلاك الوقود التي فرضت إبان الأزمة. ومن جانب آخر، تقوم الأونروا بتأمين رعاية المرضى من اللاجئين في المستشفيات، وذلك بإحالتهم إلى المستشفيات التي تديرها وزارة الصحة والمنظمات الخيرية الخاصة. ومن ثم فإن أية إعاقة هامة لتقديم خدمات الرعاية الثانوية ستؤثر حتماً في اللاجئين الذين يتعذر عليهم بلوغ جهات بديلة أخرى لغرض الحصول على الرعاية الصحية اللازمة لهم.

٤٦- وثمة مصدر آخر للقلق وهو الضعف الذي يعاني منه النظام الصحي في قطاع غزة والآثار غير المباشرة المترتبة عليه بالنسبة للوكالة. وقد أبلغ نحو نصف مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة بشأن توقف الخدمات التشخيصية والعلاجية فيها، وبشأن الصعوبات التي تعوق المحافظة على مخزونات الأدوية الصالحة واللقاحات وغيرها من الإمدادات الطبية، وذلك بسبب تعطل خدمات التبريد وعدم التيقن من توافر وسائل نقل السلع الطبية مما يقيد توفير الرعاية الصحية لسكان غزة، الذين يشكل اللاجئون ٧٠٪ منهم. والنتيجة هي ازدياد العبء على الأونروا التي هي المنظمة الدولية الرئيسية التي تقدم الخدمات الصحية في قطاع غزة.

١ Watts S, Siddiqi S, Shukrallah A, Karim K, Serag H. Social determinants of health in countries in conflict: the Eastern Mediterranean perspective, Draft Version 2. Health Policy and Planning Unit, Division of Health Systems, Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, June 2007.

٤٧- أما خدمات الرعاية الصحية المتخصصة فهي غير متاحة في قطاع غزة. وقد أدى إغلاق الحدود المتكرر إلى تزايد صعوبة حصول مرضى هذا القطاع على تلك الخدمات. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، انخفض معدل المرضى الذين يمنحون تصاريح مغادرة قطاع غزة للحصول على الرعاية الطبية من ٨٩,٣٪ في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٧ إلى ٦٤,٣٪ في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧، وهو ما لم يُعهد من قبل. وتجدر الملاحظة بأن هؤلاء المرضى، حتى مع حصولهم على تصاريح الخروج يُحرمون في معظم الأحيان من الوصول إلى نقاط العبور نفسها؛ وقد أبلغ عن ٢٧ حالة من هذا القبيل في شهر تشرين الأول/أكتوبر وحده. ولم يعد في الإمكان ضمان نظام الإحالة الفعلية للاجئين الفلسطينيين. وأكثر المرضى الفلسطينيين تأثراً بهذه المشكلة هم أولئك المرضى المصابون بأمراض تهدد حياتهم أو ممن يحتاجون لرعاية طبية طارئة،^١ وقد أكد نظام منظمة الصحة العالمية لرصد وصول المرضى إلى خدمات الرعاية الصحية المتخصصة غير المتاحة في قطاع غزة ٢٠ حالة وفاة (شملت خمسة أطفال) بسبب نقص خدمات الإحالة في الفترة بين تشرين الأول/أكتوبر وكانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧.

٤٨- وفي الضفة الغربية، مازال نظام الإغلاق يشكل عقبة أمام قدرة الوصول إلى أماكن العمل والأسواق وخدمات الصحة والتعليم، حيث ارتفع عدد الحواجز المادية، بما فيها نقاط التفتيش، من ٥٢٨ حاجزاً إلى ٥٦٣ حاجزاً بين شهري كانون الثاني/يناير وأيلول/سبتمبر ٢٠٠٧. وهناك ما لا يقل عن مليون شخص يعيشون على بعد كيلومتر واحد من أحد جانبي الجدار، وقد أصبح العبور إلى القدس الشرقية أمراً بالغ المشقة إذ يقطن ربع سكانها البالغ عددهم ٢٣٠ ٠٠٠ نسمة شرق الجدار الفاصل. ولا توجد في الوقت الحاضر سوى أربع نقاط لدخول المدينة يسمح عن طريقها بدخول سكان الضفة الغربية الفلسطينيين الذين يحملون تصاريح الدخول المناسبة. ويعوق تقييد الحركة نتيجة لنظام الإغلاق بصورة عامة وللجدار الفاصل بوجه الخصوص إلى حد كبير قدرة الأونروا على توفير المساعدات الإنسانية والصحية للاجئين في الضفة الغربية.

أثر الوضع السائد على عمليات الأونروا

٤٩- يواجه برنامج الأونروا الصحي في الوقت الحاضر مشكلتين رئيسيتين هما صعوبة تحرك الموظفين والسلع وارتفاع أسعار السلع، بما في ذلك الأدوية والسلع الأساسية الغذائية، فضلاً عن تفاقم المشاكل اللوجستية وما يترتب على ذلك من زيادة في تكاليف تنفيذ العمليات الناجم عن سياسة الإغلاق المفروضة على الأراضي الفلسطينية المحتلة. وقد تحملت الأونروا تكاليف إضافية قدرت بمبلغ ٢,٠٤ مليون دولار أمريكي، وذلك بسبب القيود المفروضة على الحصول على السلع ورسوم مرورها وخزنها، فضلاً عن التكاليف المتكبدة عند التأخير في استلام البضائع وتحميلها.

٥٠- وفي عام ٢٠٠٧ بلغت ميزانية الأونروا المخصصة للصحة ما يزيد بقليل على ١١٣ مليون دولار أمريكي (خصص منها ٨٨٥ ٤٢٥ ٧٣ دولاراً أمريكياً لقطاع غزة و ١٠٢ ٧١٣ ٣٩ دولاراً أمريكي للضفة الغربية). وقد تسببت الصعوبات المالية التي تلاحقها الوكالة في تخلفها عن تسديد تكاليف إيتاء جميع الخدمات، بما فيها الخدمات التي تنطوي على مخاطر ضئيلة، والخدمات المقدمة في المستشفيات أو تسديد نفقات العلاج المنفذ للحياة مثل خدمات غسل الكلى. وذلك فضلاً عن الارتفاع الذي شهدته تكاليف الأدوية بمعدل ٢٠٪ خلال العام الماضي بما يقلص قدرة البرنامج الشرائية.

١ UNRWA. Health situation in Gaza. United Nations Relief and Work Agency for Palestine Refugees in the Near East Report, 21 January 2008.

٢ Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. West Bank closure count and analysis occupied Palestinian Territory, September 2006.

٥١- من جانب آخر، أدى تضاعف تكاليف السلع الأساسية الغذائية إلى وضع الوكالة في موقف صعب يحتم عليها أن تقرر إذا ما كان يجب أو لا يجب عليها التوقف عن توفير الإمدادات الغذائية التي يستفيد منها جميع اللاجئين من أجل ضمان توفير المساعدة لأشد الفئات ضعفاً.

٥٢- وسجلت حالات تأخير لشحنات الأدوية الأساسية والسلع الاستهلاكية على حدود قطاع غزة، وتم السعي إلى إيجاد حلول بديلة لتوصيلها عن طريق معبر كيريم شالوم (الأونروا ومنظمة الصحة العالمية)، ولكن المحافظة على إمكانية توصيل الإمدادات الطبية مشروط بالتوصل إلى ضمانات طويلة الأجل. وبالرغم من اكتمال إنشاء مركزين صحيين في عام ٢٠٠٧ في كل من تل سلطان رفح وخان يونس، فإن هذين المركزين غير قادرين على أداء وظائفهما نظراً لعدم حصولهما على الإذن باستيراد المعدات والأثاث، بينما توقف إنشاء المركز الصحي في جباليا بسبب عدم توافر مواد البناء.

٥٣- وثمة صعوبات تنفيذية كبرى نشأت نتيجة لتزايد طلبات تفتيش المركبات التابعة للأمم المتحدة واشتراط مرور موظفيها بنقاط التفتيش المكثف قبل تمكنهم من دخول (منطقة التماس) وهي المنطقة الكائنة بين الجدار الفاصل والخط الأخضر، ومن نتائج تلك الصعوبات تأخر تنفيذ مختلف الأنشطة وارتفاع تكاليفها والحد من نطاق الخدمات، مما يقيد في آخر المطاف قدرة الوكالات على تلبية احتياجات المجتمعات التي يتزايد ضعفها باطراد. ومنذ أيلول/سبتمبر ٢٠٠٧ فرضت نظم جديدة للتفتيش في محطة ريجان التي تتيح الوصول إلى منطقة برطع، وهي منطقة معزولة نتيجة لحاجز الضفة الغربية (محافظة جنين). وبالتالي فإن الأفرقة الصحية الجوّالة التابعة للأونروا لم تعد قادرة، منذ مطلع أيلول/سبتمبر ٢٠٠٧، على إجراء زيارتيها الأسبوعيتين للمرضى. وحتى قبل ذلك الموعد كانت أفرقة الأونروا الصحية تلاقى صعوبات في الوصول إلى سكان هذه المنطقة بسبب تكرار منعها من عبور نقاط التفتيش لغرض الوصول إلى من هم في أمس الحاجة لخدماتها. كما تزايدت صعوبات الوصول إلى القدس بثلاثة أضعاف في مطلع عام ٢٠٠٨، وذلك بعد أن أصبحت طلبات تفتيش المركبات وفحص جوازات السفر الوطنية التي يحملها موظفو الأونروا الدوليون، من الممارسات المتكررة.

٥٤- والقيود المفروضة على الحركة في الضفة الغربية من الأمور التي طالت المرضى وموظفي الأونروا. ففي عام ٢٠٠٧، بلغ مجموع عدد موظفي الأونروا الصحيين الذين منعوا من الوصول إلى أماكن عملهم أو تأخروا عن الوصول إليها ٣٤٨ موظفاً، وذلك في الغالب بسبب الإغلاق. وبلغ إجمالي الوقت الضائع ٢٧٢ ساعة، وهو ما يعادل عمل ٤٢ فرداً/يوماً (يعمل الفرد الواحد من الموظفين الصحيين ٦,٥ ساعة في اليوم الواحد)، وتأثر بذلك الوقت الضائع ١٣٪ من موظفي الضفة الغربية. وفي ١١ آب/أغسطس ٢٠٠٧، تعرض ثلاثة من موظفي الأونروا لمعاملة خشنة ورفس وضرب من قبل جنود قوات الدفاع الإسرائيلية دون سبب واضح، وذلك لدى محاولتهم المرور عبر إحدى نقاط التفتيش في نابلس.

٥٥- والكثير من القيود المفروضة على الوصول إلى الأماكن المذكورة أعلاه، ولاسيما طلبات تفتيش مركبات الأمم المتحدة، هي انتهاكات لاتفاقية عام ١٩٤٦ بشأن امتيازات وحصانات الأمم المتحدة واتفاق كومي - ميكيلومور لعام ١٩٦٧ بين إسرائيل والأونروا، والذي يتعين بموجبه على حكومة إسرائيل تيسير مهمة الأونروا بأكبر قدر ممكن، ولا يستثنى من ذلك إلا الأنظمة أو الاتفاقات التي قد تفرضها اعتبارات الأمن العسكري.

٥٦- ولا يستبعد أن تصبح حركة موظفي الأونروا عبر الضفة الغربية ونقلها للسلع من إسرائيل إلى مناطق الضفة الغربية المحتلة مشكلة أكثر تعقداً، فالبيانات التي تصدرها السلطات الإسرائيلية منذ تموز/يوليو ٢٠٠٧ تشير إلى ضرورة تطبيق "عمليات للتحقق الأمني الكامل" مماثلة لتلك العمليات المطبقة في معبر إيريز على

جميع موظفي الأونروا المتجهين إلى منطقة التماس، وإن نطاق عمليات التحقق تلك سيمتد إلى نقاط العبور إلى القدس (بما فيها القدس الشرقية). وثمة إشارات أخرى صادرة عن السلطات الإسرائيلية تفيد بأنها ستقلص عدد نقاط عبور السلع المتجهة إلى الضفة الغربية، وأنها ستفرض نظاماً "تعاقيماً" على نقل السلع. وإذا ما طبقت هذه القيود الجديدة، فإن الأونروا، وسائر المنظمات الإنسانية الأخرى، ستعاني من آثار لوجستية ومالية غير معهودة، وستفقد كل سيطرتها على سلسلة الإمدادات اللوجستية. ومع ذلك، فإن ذلك النظام لم يطبق حتى نهاية عام ٢٠٠٧.

٥٧- ومع وجود نظام "الترخيص الأمني" هذا، الذي يتجاهل كل الامتيازات والحصانات المصرح بها لموظفي الأمم المتحدة، ستبقى قدرة موظفي الأونروا على الدخول في مناطق عملها مرهونة بظروف طارئة لا يمكن التكهّن بها. وبالتالي فإن ذلك سيتسبب في آثار خطيرة على وصول الموظفين والسلع في الوقت المناسب إلى أماكن العمل وإلى السكان المتضررين المعزولين بفعل الحواجز. وكانت السلطات الإسرائيلية قد فرضت "إغلاقاً تاماً" لمدة ٩١ يوماً في عام ٢٠٠٦ و ٤٥ يوماً في عام ٢٠٠٧.

الخطوات التالية

٥٨- أعدت الأونروا وحسنت على مدى السنين بدعم من المجتمع الدولي مجموعة مفصلة وعالية المردودية من التدابير اللازمة للتخفيف من وطأة آثار النزاع على مجتمعات اللاجئين المحلية في الأرض الفلسطينية المحتلة. وتشمل هذه التدابير برامج التوظيف، والمساعدات النقدية والعينية، والمعونات الغذائية، وإعادة بناء وتصلح البنية التحتية التي لحق بها الضرر من جراء النزاع، والرعاية الطبية في حالات الطوارئ، وتقديم النصائح النفسانية والدعم.

٥٩- ودأب برنامج الصحة على الإسهام في راحة أربعة أجيال من اللاجئين الفلسطينيين وتميئهم البشرية، ولكنه يواجه الآن تحديات تتعلق بتغيّر احتياجات السكان الذين يخدمهم وبتدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي يعيش اللاجئون في ظلها.

٦٠- وأصبح الوعي المتزايد بالمرضاة الناجمة عن الأمراض غير السارية يملّي متطلبات على استدامة هذه الوكالة، وذلك بسبب ارتفاع التكاليف وطول مدد العلاج. هذا بالإضافة إلى الحاجة إلى تحمل العبء المزدوج الذي تمثله الأمراض السارية والأمراض غير السارية، وما زالت هذه الحاجة أحد التحديات الرئيسية أمام الأونروا^١.

٦١- ولابد من رصد حالة التغذية، وخصوصاً تغذية المجموعات الضعيفة بين اللاجئين، مثل من يعيشون في فقر مدقع والحوامل والأطفال والمجتمعات المحلية الريفية المعزولة. وتشمل برامج التغذية التكميلية توزيع سلال الأغذية وتقوية المنتجات الغذائية مثل القمح بالحديد، وشن حملات لتوزيع فيتامين A حسب الحاجة^٢.

١ الأونروا. التقرير السنوي لإدارة الصحة، عمان. إدارة الصحة بالأونروا، ٢٠٠٦.

٢ الأونروا. انتشار فقر الدم بين اللاجئين الفلسطينيين الحوامل والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ أشهر و ٣٦ شهراً في قطاع غزة والضفة الغربية. عمان، إدارة الصحة بالأونروا، ٢٠٠٦.

٦٢- ولا يتوقع للمستقبل القريب أن تستجد تغيرات كبيرة في حصول اللاجئين الفلسطينيين على الرعاية العالية الجودة في داخل أو خارج الأرض الفلسطينية المحتلة. وأدى ازدياد الخدمات الطبية التي تقدمها الأونروا، هو ومنظور الالتزام لأجل طويل بصحة اللاجئين، إلى قيام الأونروا بتحديد أولويات للتدخلات، وإعادة تنظيم الخدمات، وزيادة الكفاءة الداخلية، حتى يتسنى الحفاظ على جودة الرعاية.

٦٣- ونشأت آليات تعويضية للحد من عواقب القيود المفروضة في الأرض الفلسطينية المحتلة على تحركات المرضى، وعلى وصول الموظفين إلى مقار عمل الأونروا، وعلى توصيل الإمدادات الطبية. وفي عام ٢٠٠٧ استعانت الأونروا بموظفي دعم برنامج الطوارئ إما لتلبية الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الطبية وإما ليحلوا محل الموظفين الذين استحال عليهم الوصول إلى مقار العمل في قطاع غزة والضفة الغربية. هذا فضلاً عن إتاحة الإمدادات الطبية اللازمة لإشباع حاجات المرضى والاحتفاظ باحتياطي كافٍ لمدة شهرين في كل مركز صحي، وذلك تفاعلياً لأي انقطاع فوري في المخزون في أعقاب إغلاق الممرات. وتم التعاقد مع ثلاثة مستشفيات في الضفة الغربية للتغلب على مشاكل الوصول إلى المستشفيات المتعاقد مع الأونروا، بما فيها مستشفيات القدس الشرقية.

٦٤- وقد وازبت الأونروا على التعاون الوثيق مع السلطة الفلسطينية ومنظمات الأمم المتحدة الأخرى لتحضير "عملية الاستئناف الموحدة" وخطة التنمية المتوسطة الأجل، وتعمل الأونروا الآن على تكثيف روابطها مع منظمة الصحة العالمية (من خلال برنامج العمل الصحي إبان الأزمات) ومع شركاء آخرين محلين من أجل تعزيز التعاون التقني في مناطق الأولوية والمناطق المتعارف عليها، بما في ذلك التعاون على تعزيز التغذية والصحة النفسية، وبرنامج التمنيع الموسع، ومأمونية الأغذية، وأنشطة الدعوة.

٦٥- بالرغم من الصعاب القائمة لا تستطيع الأونروا أن تحيد عن تلبية الاحتياجات الصحية العالية الأولوية التي لم تشبع بعد، مثل الصحة النفسية، والكشف عن السرطان وعلاجه، وخدمات التأهيل البدني. ومن المتوقع أن يصبح بلوغ أرفع مستويات ممكنة من الراحة النفسية أحد المرامي الكبرى في السنوات المقبلة بسبب نمو الفقر والعزلة الاجتماعية للاجئين الفلسطينيين في الأرض المحتلة. أضف إلى ذلك أن كشف الحالات السرطانية وعلاجها سيمثل تحدياً في المستقبل لأن أكبر الجهود ستكون من نصيب نظام الرعاية الصحية^١ وسيزداد الطلب على خدمات التأهيل البدني.

٦٦- ومن بين كبرى العواقب التي ستسفر عنها الأزمة الحالية في الأرض الفلسطينية المحتلة التحول التدريجي للدعم الدولي الذي يقدم إلى الشعب الفلسطيني من غمار المساعدة الإنمائية إلى غمار التصدي للطوارئ. ولا مناص من هذا التحول في هذه الظروف التي يكاد ينهار فيها الاقتصاد، وتستنفد فيها آليات التعامل، وتدمر فيها البنية التحتية، وينقطع فيها نمو مؤسسات المجتمع المدني، ويلحق فيها الضرر بوظائف وخدمات القطاع العام، وتنفذ فيها سياسات العزل والإغلاق الصارمة.

٦٧- بيد أن طبيعة برنامج الصحة هي أن يضمن استمرارية تقديم المساعدات إلى المستفيدين بها. وهناك خلل مزمن في التوازن بين احتياجات وطلبات اللاجئين وبين الموارد البشرية والمالية المتاحة لهذا البرنامج والتي استدعت التفاوض من جديد على الأنشطة ووضع أولويات جديدة لها حتى يتسنى القيام بها في ظل الصعوبات المالية.

١ الأونروا. التقرير السنوي لإدارة الصحة. عمان، إدارة الصحة بالأونروا، ٢٠٠٦.

٦٨- وسيقتضي إشباع احتياجات اللاجئين الفلسطينيين حشد المزيد من الموارد البشرية والمالية والحصول على دعم الأشخاص والبلدان والمؤسسات من جميع أنحاء العالم.

الخلاصة

٦٩- بالنظر إلى الأهمية القصوى للصحة بوصفها حقاً من حقوق الإنسان الأساسية لا غنى عنه لممارسة حقوق الإنسان الأخرى، فمن الأهمية بمكان أن يمارس جميع أصحاب المصلحة قصارى جهودهم ضماناً لحصول اللاجئين الفلسطينيين في الأرض المحتلة على الرعاية الصحية. ولبلوغ هذه الغاية يجب ضمان وصول المجتمعات المحلية المعزولة وجميع موظفي ولسع الأونروا إلى مقار عمل الأونروا.

٧٠- ومن الضروري التشديد على الحاجة إلى أن يعترف جميع الأطراف بأن الأونروا وكالة معونة محايدة، وأن يحترموا امتيازات وحصانات موظفي الأمم المتحدة. ويجب أن يكون أمن جميع موظفي الأونروا مضموناً على الإطلاق ودائماً. ويجب الاعتراف بأن الأعمال الإنسانية التي تؤديها الأونروا أعمال مستقلة، وبأن يتمتع الموظفون الدبلوماسيون وموظفو المعونة الإنسانية المرخصون بحرية الحركة المأمونة على النحو المقرر في القانون الدولي الإنساني.

٧١- ولكي يتسنى للأونروا أن تتصدى للطوارئ الإنسانية التي لا نهاية لها على ما يبدو في الأرض الفلسطينية المحتلة، لابد للمجتمع الدولي من أن يجدد دعمه لهذه الوكالة. ومن الضروري زيادة التمويل بنسبة ٢٠٪ ليتسنى لها الاستمرار في الأنشطة الراهنة لبرنامج الصحة، واجتياز صعوبات الإمداد الراهنة، وتحمل الارتفاع في أسعار السلع الطبية، وتكثيف الخدمات بحيث تشبع احتياجات اللاجئين الآخذة في النمو.

الشكل: تطور برنامج الصحة لدى الأونروا منذ الخمسينات وحتى اليوم



الجدول ١ - المؤشرات الاجتماعية والصحية للمجموعات السكانية التي تخدمها الأونروا في الأرض الفلسطينية المحتلة^١ وبيانات وزارات الصحة في إسرائيل ونخبة من بلدان إقليم شرق المتوسط حسب تقسيم منظمة الصحة العالمية

البلد / الإقليم / السكان	السنة	النسبة المئوية للسكان من عمر صفر إلى ١٤ سنة	معدل الخصوبة	معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي
السلطة الفلسطينية*	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٤٦,٣	٥,٥٧	١٨
الضفة الغربية (الأونروا)	٢٠٠٦-٢٠٠٣	٣٣,٨	٣,١	١٥,٣
قطاع غزة (الأونروا)	٢٠٠٦-٢٠٠٣	٤٠,١	٤,٦	٢٥,٢
إسرائيل	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٢٨,٣٥	٢,٨٥	٥
الجمهورية العربية السورية	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٣٩,٥	٣,٤٧	١٦
الأردن	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٣٧,١	٣,٥٣	١٩
لبنان	٢٠٠٥-٢٠٠٠	٢٧,٣	٢,٣٢	٢٢

* وزارة الصحة.

= = =

١ الأونروا. التقرير السنوي لإدارة الصحة. عمان، إدارة الصحة بالأونروا، ٢٠٠٦