

قراءة في الوضع الصحي للمجتمع الفالسطيني في إسرائيل

د. نهاية داوود

في
الأقلية الفلسطينية في إسرائيل
معلومات أساسية حول الأوضاع
الاجتماعية والاقتصادية

تحرير:
طاقم مدى الكرمل



مدى الكرمل
Mada | HaKarmel
Research Center

مدى الكرمل
المركز العربي للدراسات الاجتماعية التطبيقية

w w w . m a d a - r e s e a r c h . o r g

قراءة في الوضع الصحي للمجتمع الفلسطيني في إسرائيل

د. نهاية داوود

«الصحة للجميع» يتطلب توفير ظروف وموارد أساسية تتضمن «السلام والمأوى والتعليم والغذاء والدخل والنظام البيئي المستقرّ والموارد المستدامة والعدل الاجتماعي والمساواة»²، وعليه، يمكننا استنباط أن الصحة شأن سياسي. كذلك تؤكد وثيقة بانكوك (وعنوانها «نحو تعزيز الصحة في عالم معولم»³؛ وشعارها «الصحة في السياسة») على دور السياسة في التأثير على صحة المجتمعات وتنميتها صحياً.

تؤكد هذه الوثائق على تحقيق مبدأ المساواة في الصحة، وبخاصة بين المجموعات المهمشة والنخب المسيطرة، سواء أكان هذا داخل الدول أم بين الدول. كذلك تؤكد هذه الوثائق مسؤولية الدولة ودورها في الحماية الصحية والتعزيز الصحي للمجموعات المهمشة داخلها (الأقليات الإثنية والعرقية والجنسية والفقراء اقتصادياً). ولكن بالرغم من الجهود المبذولة في العديد من الدول، بات عدم المساواة في الصحة بين الفئات المهمشة والفئات المسيطرة يهدد استقرار الكثير من الأنظمة، وتسعى العديد من الدول في العالم إلى التغلب على هذه المشكلة (Braverman & Gruskin, 2003). وينبع عدم المساواة في الصحة -غالباً- من التفاوت في

الوضع الصحي للمجتمعات هو عبارة عن مرآة تعكس محصلة وضعها السياسي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. وقد جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للصحة أنها «حالة من الرفاه الجسماني والاجتماعي والنفسي وليس فقط انعدام المرض أو تغييره» (WHO, 1948). لذلك، عند تقييم الوضع الصحي للمجتمع، لا يجوز النظر إلى الصحة من المنظور البيولوجي الجسماني، وتجاهل واقع المجتمع وتاريخه، بل ينبغي التعامل مع الخطاب الصحي باعتباره في صميم الخطاب السياسي للمجتمعات وجزءاً لا يتجزأ منه.

وفقاً لمواثيق دولية عديدة لحقوق الإنسان، تُعتبر الصحة حقاً أساسياً. فمثلاً، تنص وثيقة «الما-آتا» من سنة 1978 (وشعارها «الصحة للجميع») على «أن الصحة هدف اجتماعي يستدعي الحصول عليه سعي العديد من القطاعات الاقتصادية والاجتماعية، إضافة إلى القطاع الصحي نفسه»¹. تعتمد هذه الوثيقة مبدأي المساواة والعدالة في الصحة ركيزة أساسية تعتمد عليها دول العالم، عند وضعها للسياسات الصحية، وعند تخطيطها لجهاز صحي عادل. كما أكدت وثيقة «أوتاوا» الدولية للتعزيز الصحي لاحقاً (سنة 1986) أن الحصول على

1. لقراءة النص الكامل باللغة الانجليزية لوثيقة الما آتا، تمكن العودة إلى موقع الإنترنت لمنظمة الصحة العالمية، بالتحديد: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

2. لقراءة النص الكامل باللغة الانجليزية لوثيقة «أوتاوا» تمكن العودة إلى موقع الإنترنت لمنظمة الصحة العالمية، بالتحديد: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

3. لقراءة النص الكامل باللغة الانجليزية لوثيقة بانكوك، تمكن العودة إلى موقع الإنترنت لمنظمة الصحة العالمية، بالتحديد: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

سأحاول اقتراح بعض إستراتيجيات العمل التي من شأنها تعزيز صحة المجتمع العربي الفلسطيني في الداخل.

إذا نظرنا إلى الوضع الصحي للسكان الفلسطينيين في البلاد، وفقاً للعديد من المؤشرات الصحية المتداولة دولياً، ووفقاً للإحصائيات الرسمية لدولة إسرائيل، وجدناه متدنياً بكل تلك المقاييس. فإن تناولنا صحة الطفل، على سبيل المثال، نجد أن نسبة وفيات الأطفال (منذ لحظة الولادة حتى جيل سنة) لدى السكان الفلسطينيين تبلغ ضعفي هذه النسبة بين السكان اليهود، حيث إن نسبة وفيات الأطفال بين العرب تبلغ 8.2 بالألف مقابل 3.6 بالألف بين اليهود. والأنكى من ذلك أن الفرق النسبي بين المجموعتين يحافظ على نفسه ثابتاً منذ قيام إسرائيل حتى يومنا هذا. وتبلغ النسبة أربعة أضعاف عند العرب البدو في النقب، أي 14.6 بالألف (ICDC, 2004). كذلك تشير إحصائيات من الخدمات الصحية العامة («كلايت») أن نسبة فقر الدم (الأنيميا) عند الأطفال الفلسطينيين هي ضعفا النسبة عند الأطفال اليهود في نفس الجيل (9-18 شهراً)، حيث إن نسبة فقر الدم بين العرب هي 22.5%، مقابل 10.5% بين الأطفال اليهود. شملت هذه الدراسة 66411 طفلاً من جميع أنحاء البلاد. وقد أظهرت هذه الدراسة وجود علاقة بين فقر الدم لدى الأطفال وفقر الدم لدى أمهاتهم، مما قد يعني أن فقر الدم لدى الأطفال يتعلّق بعوامل أُسرّية لها علاقة بالوضع الاقتصادي للأسرة، وهو ما يؤثر بدوره على تغذية كل من الأم والطفل (Meyerovitch et al., 2006). كذلك تزيد نسبة الإصابات والحوادث البيئية لدى الأطفال الفلسطينيين بما يقارب المرّة والنصف عن نظيرتها بين الأطفال اليهود. وفي دراسة أجرتها باحثات من الجامعة العبرية في 23 غرفة طوارئ في مستشفيات مختلفة بالبلاد، تبين أن نسبة التوجّه إلى غرفة الطوارئ بين اليهود كانت أعلى عند حصول حوادث بين الأطفال (عمر 17-0)، حيث إن العرب يتوجّهون غالباً إلى العيادة المحليّة، بينما كان ينبغي أن يتوجّهوا إلى غرفة الطوارئ لنجاعتها الأكبر في حالات الخطورة، وفي حالة توجّههم إلى غرفة الطوارئ، يصلون -في الغالب- متأخرين، نظراً للمسافة التي عليهم أن يقطعوها

الاحتياجات بين المجموعات المهمّشة والمجموعة المسيطرة (بين أصحاب رأس المال والمعدومين)، في حين أن الخدمات الصحيّة وغيرها من الخدمات الاجتماعية توزّع بشكل «عام» ضمن سلّة «موحّدة» للجميع، دون الأخذ بعين الاعتبار نقطة الانطلاق أو خصوصيات كل مجموعة ومجموعة، والحاجات المختلفة للمجموعات السكانية المختلفة. يؤدّي هذا إلى استمرار وجود الفجوات في مجال الصحة، بل وتعميقها.

في العقود الأخيرة، حصلت نقلة نوعية في توجّهات «صحة المجتمع» في العالم، وبدأت «الحركة الجديدة لصحة المجتمع» (The new public health)، التي بدأت في مطلع الثمانينيات مع بداية حركة التعزيز الصحيّ، تُركّز على العوامل البيئية -كالفقر وشح الموارد الاقتصادية والأوبئة الاجتماعية والأوضاع السياسية- كعوامل أساسية من حيث تأثيرها على صحة المجتمع، في حين كانت العوامل البيولوجية والأمراض المعدية تُعتبر في الماضي -منذ القرن الثامن عشر حتى بدايات القرن العشرين- العوامل الأبرز من حيث التأثير على صحة المجتمع (Naidoo & Wills, 2000).

اعتماداً على ما ورد، ليس من الصعب التنبؤ بالوضع الصحيّ للفلسطينيين في هذه البلاد. فبالرغم من أن إسرائيل كانت من ضمن الدول التي صادقت، بل وشاركت، في إقرار المواثيق الدولية الأنفة الذكر، وبالرغم من أن قانون الصحة العامّ الذي سنّ عام 1995 ينصّ بشكل واضح، لا يقبل أكثر من تأويل، على المساواة والعدالة في تقديم الخدمات الصحيّة للجميع، وعلى الرغم من تحسّن المستوى الصحيّ العامّ في المجتمع الفلسطينيّ في إسرائيل، هنالك فروق صارخة بين المجتمع الفلسطينيّ واليهوديّ، من حيث الوضع الصحيّ، وتوافر الخدمات الصحيّة، ومناليتها، وجودتها، ومدى ملاءمتها ثقافياً للسكان العرب الفلسطينيين مواطني إسرائيل.

من خلال هذه الورقة المقتضبة، سأقوم بتوضيح بعض الفروق الأساسية في الصحة، ومن ثمّ أحلّل العوامل التي أدت إلى نشوء هذه الفروق. بعد ذلك،

الوفيات جرّاء هذه الأمراض بين النساء العربيات 26.2% و 25% بين الرجال العرب (جيل 65-74). أمّا بين اليهود، فكانت النسبة 21.9% بين الرجال و 18.8% بين النساء في نفس الجيل. ويشكّل مرض السكرّي، الذي يُعتبر مرض العصر، آفةً مجتمعيّة تهّدّد بالكثير من الأمراض الناجمة عن تعقيدات هذا المرض (ICDC, 2004). ينتشر مرض السكرّي بنسبة عالية جدّاً بين النساء العربيات، وهي ظاهرة معاكسة لما يحدث في العالم العربيّ، حيث ينتشر أكثر في صفوف الرجال. فوفقاً للمسح الاقتصادي الاجتماعيّ الأوّل للمجتمع الفلسطينيّ في الداخل، والذي قامت به كلّ من «جمعيّة الجليل» و «مدى الكرمل»، بالتعاون مع مختصّين في مجالات بحثيّة مختلفة (كالتعليم والعمل وغيرهما)، فإنّ نسبة السكرّي بين النساء العربيات هي 3.8% وبين الرجال 3% (The Galilee Society, 2005). أمّا في الأردنّ -مثلاً- فالنسبة 14.9% في صفوف الرجال و 12.5% بين النساء (WHO, 1999). نسبة الوفيات التي تُعزى لمرض السكرّي بين النساء العربيات، في مجموعة الجيل 65-74، تبلغ 17.8%، مقابل 9.2% بين النساء اليهوديات في نفس الجيل، وبين الرجال العرب تبلغ نسبة الوفيات من السكرّي 12.3%، مقابل 6.6% بين الرجال اليهود (ICDC, 2004).

من ناحية ثانية، تشكّل الأمراض النفسيّة تهديداً جسيماً على صحّة المجتمع العربيّ، إذ إنّهُ يُتوقّع أن تكون قد ارتفعت نظراً لوضعيّة المجتمع العربيّ السياسيّة والاجتماعيّة الاقتصادية، حيث ترتفع هذه الأمراض نتيجة لضغوط يتعرّض لها المجتمع في غياب عوامل داعمة نفسيّة واجتماعيّة، فقد وجدت نهاية داوود (Daoud, 2007) أنّ التكافل الاجتماعيّ، والدعم النفسيّ والمادّي والمعلوماتي الذي يحصل عليه الفرد في المجتمع العربيّ في إسرائيل، قليلان جدّاً؛ وهو ما قد يشير إلى حالة من التفكك الاجتماعيّ التي يمرّ فيها مجتمعنا، والتي قد تضرّ بالصحة كما ورد في أبحاث سابقة (Kawachi et al., 1997). زد على ذلك أنّ ضغوطاً نفسيّة أخرى، نابعة من الإحساس بالتمييز، قد تضرّ بالصحة كما أظهرت العديد من الأبحاث في العالم.

للوصول إلى المستشفى. لذا، كانت نسبة الوفيات بين الأطفال العرب بعد الحوادث أعلى بـ 2.5 مرّة -14 حالة وفاة بين الأطفال العرب، مقابل 6 حالات وفاة بين اليهود- النسبة دائماً من بين 100,000 (Gofin et al., 2000). وتعود أسباب الحوادث، وفقاً للباحثات أنفسهنّ، إلى عوامل تتعلّق بالبيئة المحيطة بالطفل. وعند تصنيف الحوادث، تبين أنّ نسبة 39% هي حالات وقوع عن الدرج، ونسبة 39% هي حالات وقوع عن السطح، بينما تكون الإصابات بين الأطفال اليهود -في المعتاد- داخل البيت (25%) أو في ساحات اللعب (22%).

معدّل العمر، الذي يشكّل مؤشراً هاماً عالمياً للوضع الصحيّ، يكون أقلّ بثلاث إلى أربع سنوات بين الفلسطينيين في البلاد منه عند اليهود: 77.9 سنة بين النساء الفلسطينيات و 74.7 بين الرجال الفلسطينيين، مقابل 81.9 سنة بين النساء اليهوديات و 78.1 بين الرجال اليهود (ICDC, 2004). ويلاحظ في العقود الثلاثة الأخيرة ارتفاع حادّ وبالغ في الأمراض المزمنة التي لم يعرفها المجتمع الفلسطينيّ في السابق. على سبيل المثال، رُصد ارتفاع حادّ في نسبة الإصابة بمرض السرطان على أنواعه. وتبيّن الإحصاءات حدوث ارتفاع بنسبة 45.2% في الإصابة بالسرطان بين الرجال العرب (من 138.3 لـ 100,000 سنة 1980-1982، إلى نسبة 200.8 لـ 100,000 في السنوات 1998-2000)، وارتفاع بنسبة 67.5% بين النساء العربيات (من 84.9 لـ 100,000 في السنوات 1980-1982، إلى نسبة 142.2 في السنوات 1998-2000). وتبرز بشكل خاصّ حالات الإصابة بسرطان الرتتين عند الرجال العرب وسرطان الثدي عند النساء العربيات. ومن الجدير ذكره أنّ نسبة الشفاء من هذه الأمراض تكون متدنيّة لدى العرب أكثر بكثير ممّا عند اليهود؛ ممّا يدعو إلى القلق. فنسبة الوفيات من سرطان الثدي، على سبيل المثال، بين النساء العربيات تكون 11.5 لـ 100,000 مقابل 25.2 بين اليهوديات، إلا أنّ نسبة الإصابة بين العربيات هو أقلّ بكثير قياساً إلى النساء اليهوديات -35.8 مقابل 92.9 لـ 100,000 (ICDC, 2004). الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية كذلك في ارتفاع مستمرّ، فوفقاً للمعطيات من سنة 1999، كانت نسبة

يدعو إلى المزيد من البحث للكشف عن هذه الظاهرة، إذ من الصعب الاعتقاد أن العاملين في الجهاز الصحي لا يتأثرون بالجوّ السائد في المجتمع الإسرائيليّ تجاه العرب. وربما يكون الشعور بالرضى عن الخدمات الصحيّة هذا نابغاً عن توقّعات متدنّية لدى السكّان العرب من هذا الجهاز، وقد يكون هناك شعور بالفعل أنّ مستوى الخدمات الصحيّة متساو كما وُجد في بحث سابق (Daoud, 2007). وذلك مقابل خدمات أخرى لا يحظى بها المواطن العربيّ. وربما جاءت ردود الفعل هذه لتحظى بإعجاب المؤسّسة عند مجتمع أقلّيّة يريد أن يحظى باهتمام الدولة في هذا المجال (Daoud, 2007).

عند محاولة الإجابة عن السؤال حول سبب قيام هذه الفجوات في الصّحة بين المجتمع العربيّ الفلسطينيّ مقارنة مع المجتمع اليهوديّ، لا بدّ من التطرّق إلى التطوّر التاريخيّ للجهاز الصحيّ في هذه البلاد. فمنذ قيام إسرائيل حتّى الثمانينيات، كان تطوير الخدمات الصحيّة داخل المجتمع العربيّ شديد البطء (Shuval & Anson, 2000). كان جلّ الاهتمام مركزاً على الاحتياجات الصحيّة للمهاجرين اليهود الجدد، فد «صندوق المرضى» كان، فُقبل إنشاء دولة إسرائيل، أحد أذرع الوكالة الصهيونيّة اليهوديّة وكانت له أهداف قوميّة واضحة (Shuval & Anson, 2000). في المقابل، جرى تهميش الاحتياجات الصحيّة للفلسطينيّين الذين بقوا في البلاد بعد النكبة (Shuval & Anson, 2000). في سنة 1948، أُسس قسم خاصّ للخدمات الصحيّة للأقلّيّات في وزارة الصّحة، عمل قرابة السنتين، وجرى حلّه بادّعاء أنّه تجب معالجة الأمور الصحيّة للعرب تماماً مثل سائر السكّان في الدولة (Shvarts et al., 2003). لم تساعد هذه السياسة أيضاً على تحسين الخدمات الصحيّة للعرب كما تُوضّح المعطيات الأنفة الذكر. زد على ذلك أنّه بعد نكبة 1948 دُمّرت جميع البنى التحتيّة في المجتمع الفلسطينيّ، وسعت وزارة الصّحة الإسرائيليّة إلى طمس معالم الجهاز الصحيّ الفلسطينيّ المحليّ، الذي اعتمد غالباً على ما يسمّى اليوم بالطبّ البديل

ترافق الضغوط النفسيّة هذه مشاكلُ صحيّة فسيولوجيّة عديدة، كارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب وغيرها (Kreiger et al., 2005).

وفي ما يتعلّق بالفجوات في توافر الخدمات الصحيّة ومناليتها، تشير الأبحاث إلى فروق واضحة بين المجتمعين العربيّ واليهوديّ (Chernichovsky & Anson, 2005; Balikov, 2004). فبالرغم من أنّ قانون الصّحة العامّ ينصّ على المساواة في المنالّة للخدمات، وعلى توفيرها بالجودة ذاتها للجميع، نجد أنّ بعض الخدمات، كخدمات الاختصاصيين والمختبرات ومراكز التشخيص المبكر على أنواعها، مثل المورغرافيا وفحص كثافة العظام، ومراكز نموّ وتطوّر الطفل وخدمات الإسعاف الأوّليّ والمستشفيات وغيرها، تتوافر أكثر في المدن أو التجمّعات السكّنيّة اليهوديّة، وتندم أو تكاد تكون معدومة، في المدن والقرى العربيّة. على سبيل المثال، عند مقارنة الخدمات الصحيّة في 10 تجمّعات سكّنيّة عربيّة مقابل 10 تجمّعات سكّنيّة يهوديّة، ذات وضع اقتصاديّ متشابه، وُجدت عيادتان فقط لعلاج أمراض القلب للأطفال في التجمّعات العربيّة، مقابل 6 عيادات في التجمّعات السكّنيّة اليهوديّة. كما لم توجد أيّ عيادة للطبّ النفسيّ أو علاج الهرمونات أو الكلى في البلدات العربيّة، بينما وُجدت مثل هذه العيادات في البلدات اليهوديّة (Balikov, 2004). وتشير الدراسات القليلة عن عدم المساواة في الخدمات الصحيّة إلى وجود فجوات في جودة الخدمات ومدى ملاءمتها من الناحية الثقافيّة للمجتمع العربيّ (Epstein et al., 2006).

من المهمّ الإشارة إلى أنّه على الرغم من أنّ الأبحاث والمعطيات تشير إلى التمييز الصارخ في الخدمات الصحيّة والوضع الصحيّ، وُجدت معظم المسوح التي فحصت رضى العرب عن الخدمات الصحيّة أنّ نسبة الراضين عن هذه الخدمات تفوق نسبة غير الراضين مقارنة مع اليهود (Farfel et al., 1997). ولكن نتائج هذه الأبحاث لا تتطابق مع بحث آخر وُجد أنّ النساء العربيّات شعرن بالتمييز عند تلقّي الخدمات الصحيّة (Daoud in process1)، ممّا

خاصّ. فالتأمين الصحيّ، فُيبل سنّ القانون، كان مشروطاً بالانضمام إلى نقابة العمّال العامّة (الهستدروت) أو منافساتها، ومن لم ينضمّ إلى «الهستدروت» لم يكن مؤمّناً صحّيّاً (Shuval & Anson, 2000)؛ وهو ما حال دون تلقّي نحو ربع السكّان العرب الخدمات الصحيّة من خلال التأمين، ودفعهم إلى شرائها من حسابهم الخاصّ. الأمر ذاته يتعلّق بسياسة إضافة فيتامين B12 إلى طحين الخبز غير العربيّ، مع العلم أنّ نسبة كبيرة من النساء العربيات يعانين من نقصه، وكذلك عدم إضافة الفلوريد إلى المياه إلاّ في المدن الكبيرة التي يزيد تعداد سكّانها عن أغلبية المدن العربيّة. هذه وتلك تندرجان في السياسات الصحيّة التي لا تأخذ حاجات المجتمع العربيّ بعين الاعتبار.

إنّ عدم مراعاة الخصوصيّة الثقافيّة للمجتمع العربيّ، وعدم توجيه القوى العاملة بالصحة وتدريبها للعمل في المجتمع العربيّ، كان لهما تأثير بالغ على الصحة. فممنذ قيام إسرائيل، لم تُراعَ مثل هذه الحاجة، ولا يزال الكثيرون من الفلسطينيين يشعرون بالاعتراّب عند استعمالهم للخدمات الصحيّة. فعلى سبيل المثال، ليست ثمة خدمات ترجمة في الكثير من المراكز الصحيّة والمستشفيات، وهي خدمات قد تساعد على التواصل مع مقدّمي الخدمات. كذلك استغلّت الخصوصيّة الثقافيّة استغلالاً سلبياً، فاستغلّ مبنى الحمولة في سبيل تحقيق صفقات بين صناديق المرضى والحمايل، بموجبها يُضَمّ أبناء حمولة كاملة لطبيب عائلة معيّن (لكونه ابن الحمولة)، ممّا يؤدّي إلى نشوء مشاكل في استعمال الخدمات الصحيّة لطبيب الأسرة بين النساء العربيات، لأنّ النساء يخجلن من كشف أنفسهنّ على طبيب تربطهنّ به قرابة عائليّة (Elnekave & Gross, 2004; Daoud in process1).

أضف إلى ذلك أنّه لم تجر حتّى الآن دراسة الاحتياجات الصحيّة للمجتمع العربيّ دراسةً شاملة، ولذا لم يوجّه العرب إلى دراسة موضوعات صحيّة ملائمة لاحتياجات مجتمعهم. فنجد اليوم الكثير من

أو الطبّ العربيّ، واعتبرته «متخلّفاً». على سبيل المثال، عملت وزارة الصحة على إزالة كلّ أثر للداية (المرأة التي كانت تساعد النساء أثناء فترة الحمل والولادة البيتيّة، وترعاها بعد الولادة)، بينما قامت دول عديدة بتعزيز دور الداية عبّر تأهيلها مهنيّاً، وجعلها ذات مهنة قانونيّة، لما في هذا الدور من منفعة لصحة الأمّ والطفل (Daoud in process1). ومن الجدير ذكره أنّه عولجت أمور صحيّة معيّنة بما يخدم مصلحة الدولة. فحرصاً منها على السيطرة الديموغرافيّة -مثلاً- قامت إسرائيل بتسجيل كلّ ولادة عبّر تشجيع الولادات داخل المستشفيات الإسرائيليّة، وحرمان من لم تلد داخل المستشفى من منحة الولادة (Kanaaneh, 2002)، وذلك بذريعة أنّها تريد خفض نسبة وفيات الأطفال والأمّهات.

ويكمن الجزء الآخر من الإجابة عن السؤال الوارد أعلاه في عدم وجود سياسات صحيّة ملائمة لاحتياجات المجتمع العربيّ صحّيّاً، حيث إنّ هذه السياسات وضعت بناءً على الاحتياجات الخاصة بالمجتمع اليهودي. وعدم وجود سياسة، في حدّ ذاته، يشكل سياسة أيضاً. من جهة ثانية، إنّ تبني سياسة «المساواة» في الخدمات قد يولّد مشكلة في مناليّة الخدمات، نظراً لوجود احتياجات مختلفة لدى قطاعات مختلفة من المجتمع. على سبيل المثال، إذا نظرنا إلى الخدمات الصحيّة في مراكز رعاية الأمّ والطفل، نجد أنّه جرى تحديد ملاكات الممرّضات حسب عدد العائلات في البلدة، لا حسب عدد أفراد العائلة. إنّ عدم مراعاة حجم العائلات العربيّة يؤدّي إلى ضغوط بالغة على الممرّضات، وبالتالي من شأنه التقليل من نجاعة الخدمة التي يجب أن ينالها كلّ من الأمّ والطفل في مراحل الحمل وبعد الولادة.

وثمة مثال آخر: انضمام 25% من العرب الذين لم يكونوا مؤمّنين فُيبل سنّ قانون الصحة العامّ في سنة 1995 إلى صفوف المؤمّنين صحّيّاً (Farfel et al., 1997)، حيث إنّ انضمامهم جاء على وجه الصدفة بعد سنّ قانون الصحة العامّ، ولم يأت لأنّه جرى النظر في وضع العرب غير المؤمّنين صحّيّاً والتخطيط لشملهم ضمن التأمين الصحيّ بشكل

المختلفة، ابتغاءً لتحديد العوائق والعمل على إزالتها ووضع برامج خاصة بالتعزيز الصحيّ، وتخصيص الميزانيات لذلك. فمثلاً من المهمّ إقامة لجنة مهنيّة صحيّة قُطريّة تُعنى بشؤون التنمية الصحيّة للفلسطينيين، حيث تقوم بدراسات مستمرة لتقويم الوضع الصحيّ للمجتمع على اختلاف فئاته (أطفال؛ نساء؛ رجال؛ مسنّين؛ عمّال، وإلخ...)، وتقدّم التوصيات الملائمة معتمدةً على نتائج الدراسات. يكون لهذه اللجنة دورها كذلك في حالات الطوارئ (كتقديم خدمات صحّة نفسيّة خلال الحرب، وغيرها).

2. خلق بيئة داعمة للصحة، عبّر تعزيز دور الجمعيات الأهلية والتعاون مع المؤسسات الصحيّة الرسمية ومؤسسات مجتمعيّة أخرى، بغية تحسين مستوى الخدمات الصحيّة. من الاقتراحات التي قد تساعد في خلق هذه البيئة انضمامُ البلدات العربيّة إلى المشروع الدوليّ إلى «المدن المعرّزة للصحة» (Donchin M. et al., 2006). تقوم المدن أو القرى التابعة لهذا المشروع بدراسة الوضع الصحيّ داخل البلدة، والعمل على تحويلها إلى داعمة للصحة وفقاً لمخطّط يوضع بالتعاون بين المجلس المحليّ أو البلدية والسكان. على سبيل المثال، هناك برامج تهتمّ بإنشاء أماكن ترفيه وملاعب للأطفال التي تُقيم أيضاً من الحوادث التي تكثُر في مجتمعنا. وثمة برامج أخرى تعمل على الوقاية من حوادث الطرق (التي تكثُر في المجتمع)، وأخرى على تنظيم البناء من حيث الأمان والوقاية من الحوادث البيئيّة التي ترتفع نسبتها بين أطفالنا وغيرها.

3. تعزيز دور المجتمع المدنيّ، وتقوية العمل الجماهيريّ، ووضع برامج جماهيريّة تساعد على التمكين المجتمعيّ في الموضوعات الصحيّة. وهنا يأتي دور الجمعيات والمراكز الجماهيريّة؛ إذ رغم أهميّة الموضوع، هنالك عدد قليل جداً من الجمعيات التي تهتمّ بالشؤون الصحيّة للمجتمع. بالطبع يتطلّب هذا، أولاً، إحداث نقلة نوعيّة في إدراك أهميّة الصحة ومستوى الوعي للقضايا والحقوق الصحيّة، وبخاصّة عند قيادة العمل الأهليّ في المجتمع.

4. تطوير المهارات الفرديّة المتعلقة بالسلوكيات الصحيّة وتشجيعها، وذلك بوضع خطط لتعزيز

المهنيّين الصحيّين من العرب يتخصّصون -بل ويبدعون- في علاج الأمراض السريريّة والإكلينيكيّة، ولكن ليس في مجال صحّة المجتمع؛ بينما في المجتمعات التي مرّت وتمرّ في وضع شبيه بوضعيّة مجتمعنا، هنالك حاجة ماسّة إلى مهنيّين في التنمية الصحيّة والحقوق الصحيّة. كذلك إنّ عدد الاختصاصيين الصحيّين العرب الذين يشاركون في صنع القرار في السياسات الصحيّة عدّدٌ شديد الضالّة -مقارنة بنسبتهم في الدولة بعامة (Daoud in process2).

إضافة إلى ذلك، أدّت التغييرات الكبيرة في الأنماط الحياتيّة التي فُرِضت على المجتمع العربيّ خلال حقبة قصيرة من الزمن نسبياً، إضافة إلى محدوديّة الوعي الصحيّ لدى الجمهور العربيّ بغياب مثقّفين صحيّين عرب واختصاصيين في مجالات صحّة المجتمع في المجتمع العربيّ، أدّت إلى ترسيخ سلوكيات غير صحيّة (كالتدخين -مثلاً)، وظهور سلوكيات سلبية أخرى، كالإدمان على المخدرات والعنف وانعدام التوازن في النظام الغذائيّ (The Galilee Society, 2005). هذه السلوكيات غير الصحيّة ساعدت على ظهور العديد من الأمراض المزمنة.

اقتراحات للتنمية الصحيّة المستدامة في المجتمع الفلسطينيّ في إسرائيل:

في الإمكان تبني إستراتيجيات وثيقة «أوتاوا» كخطوط عريضة تساعد على التنمية الصحيّة داخل المجتمع الفلسطينيّ في الدولة. أكّدت وثيقة «أوتاوا» (1986) «أنّ هدف التنمية الصحيّة هو تمكين الناس من زيادة سيطرتهم على صحّتهم، بل وتحسينها، والوصول إلى حالة من الكمال الجسمانيّ والعقليّ في بيئة صحيّة» (وثيقة «أوتاوا»، 1986). بناءً على ذلك، يجب العمل على:

1. وضع صحّة المجتمع على سلّم أولويّات صانعي القرار على كافّة المستويات في المجتمع (أعضاء كنيسة؛ رؤساء سلطات محليّة؛ مديري الجمعيات الأهلية، وغيرهم). يتطلّب ذلك تعاوناً بين القطاعات

تحصيل هذه الخدمات. كذلك في الإمكان العمل على تأهيل كوادر محلية تقوم بإنشاء صندوق خدمات صحية باللغة العربية.

ختامًا، من الواضح أن استمرار الوضع الحالي للمجتمع الفلسطيني في إسرائيل، من الناحية الصحية، من شأنه أن يؤدي إلى تدهور مستمر في الوضع. لذا، ينبغي تدارك الوضع والعمل على وضع خطط عمل واضحة بغية تنمية المجتمع صحيًا والصمود في وجه العوامل التي تؤثر سلبًا على صحته.

السلوك الصحي، بمساعدة مختصين في صحة المجتمع والصحة الجماهيرية (نحو: برامج صحية لضمان النمو والتطور السليم للطفل؛ تعزيز صحة المرأة؛ تعزيز صحة الرجل؛ برامج لمنع التدخين أو الإقلاع عنه؛ مكافحة الإدمان؛ التغذية السليمة؛ سبل تخفيف الضغوط النفسية؛ وغيرها).

5. إعادة تنظيم الخدمات الصحية بما يلائم احتياجات المجتمع الفلسطيني. يتطلب هذا الأمر إجراء مسح وأبحاث صحية خاصة بالمجتمع الفلسطيني، في سبيل تحديد احتياجاته إلى مثل هذه الخدمات، وتشكيل مجموعة ضاغطة في سبيل

