

شروق اسماعيل^(١)

د. خالد ابو عصبه^(٢)

سياسة اسرئيل الصحية إزاء الفلسطينيين في اسرئيل (القسم الثاني والأخير)*

مقدمة

يتعرض لها المجتمع العربي الفلسطيني في اسرئيل مثل مرض السكري وأمراض الأوعية الدموية ومرض القلب. تعرض كذلك القسم الأول من المقال الى بعض الخصوصيات والمميزات الصحية، مثل ظاهرة السمنة والتدخين وزواج الأقارب والحوادث المنزلية. هذه الظواهر يتميز بها العربي الفلسطيني مقارنة مع المجتمع اليهودي.

سنحاول في هذا المقال التطرق الى السياسة الصحية المتجهة إزاء الجمهور العربي اذا كان ذلك من قبل وزارة الصحة أو صناديق المرضى المختلفة.

تطرقنا في العدد السابق بشكل عام إلى العضلات الصحية التي تواجه المواطن الفلسطيني في اسرئيل، فقد بيّنا أن المكانة السياسية والاجتماعية والثقافية للمجتمع الفلسطيني داخل اسرئيل لها انعكاساتها بالضرورة على الوضع الصحي للمواطنين العرب. فرغم تحسن الحالة الصحية في السنوات الأخيرة لدى المجتمع الفلسطيني داخل اسرئيل إلا أنه ما زالت هناك فوارق شاسعة لصالح الجمهور اليهودي، اذا كان ذلك في مجال وفيات الرضع أو في متوسط العمر للفرد. كما ووقفنا على بعض الأمراض المزمنة التي

السياسة الصحية

دخل قانون التأمين الصحي الحكومي، لعام ١٩٩٤ حيز التنفيذ

(١) باحثة في قسم الابحاث الصحية - معهد بروكديل - القدس

(٢) مدير معهد مسار للابحاث والتخطيط الاستراتيجي والاستشارة - جت

* (نشر القسم الأول في العدد ١٣)

صندوق المرضى مكابي، لثوميت، ومؤوحدت). ومع ذلك، ٧٠٪ من الجمهور العربي أعضاء في صندوق المرضى العام (مقارنة مع حوالي ٦٠٪ من مجمل الجمهور في اسرائيل)، والباقيون مؤمنون في الصناديق الثلاثة الأخرى (مراقب الدولة، ٢٠٠٢).

استخدام متدنٍ للخدمات الصحية

هناك شعور عند المختصين أن مدى استخدام الجمهور العربي الفلسطيني في اسرائيل للخدمات الصحية المتاحة ضئيل نسبياً. أن مثل هذا الإدعاء يعتمد على معطيات من مصادر عديدة، حيث تشير هذه المصادر الى قلة دراية هذا الجمهور في طريقة إستغلالهم للخدمات الصحية المعروضة عليهم. البحث الذي أعده بريل ويوفال (١٩٩٩) يشير الى وجود فجوات بين السكان العرب واليهود حول هذا الأمر في مجالات صحية عدة، يظهر ذلك بالنسبة لأنماط ونسب استخدام خدمات الأطباء المختصين، وأطباء أصحاب إختصاصات دقيقة وعينية، مثل: جراحة كف اليد، وطب الجهاز الهضمي، والمهنيين في مجال الصحة النفسية، كما ويظهر ذلك في كل ما هو متعلق بالتزود بالخدمات الوقائية (مثل قياس ضغط الدم)، بنسبة اصحاب التأمين الصحي التجاري، وفي الفجوة القائمة بين الجمهورين في نسبة المعرفة حول التأمين المكمل (بريل ويوفال ١٩٩٩).

إمكانية الوصول وتوفير الخدمات الصحية

يمكن الإشارة بشكل عام، الى تحسن في التوجه وتوفير جزء من الخدمات المطروحة للجمهور العربي. وبالرغم من ذلك، ما زلنا نجد وحتى بعد دخول القانون حيز التنفيذ، انه بقيت هناك فجوات شاسعة بين الوسط العربي واليهودي في استخدام الخدمات الصحية، خصوصاً في الطب الإختصاصي. فعلى سبيل المثال، يظهر من خلال بحث اجراء غرينشتاين وآخرون (٢٠٠٢) أنه لم يطرأ أي تغيير على مدى السنوات في الفجوات القائمة بين نسبة الزيارات لدى الأطباء الأخصائيين ما بين الجمهور العربي واليهودي. تفسير ذلك على ما يبدو، يعود من جانب واحد الى قلة العرض لخدمات الأخصائيين من طرف اطباء العائلة، ومن جانب آخر، يعود ذلك لعدم توفر خدمات طبية أخصائية في أماكن سكنهم وفي صعوبة او امكانية الوصول اليها بسبب وجودها في المدن

منذ بداية كانون الثاني للعام ١٩٩٥، بموجب هذا القانون يتم تحديد غطاء تأمين صحي عام لكل الجمهور في اسرائيل سواء عمل الشخص أم لم يعمل، وهكذا تم إلغاء جانب واحد في عدم المساواة بين العرب واليهود في مجال الخدمات الصحية، ووُسعت التغطية في كل ما هو متعلق بالتأمين الصحي بين الجمهور العربي (حيث أنه قبل سن القانون كان هناك حوالي ١٢٪ من الناس غير مؤمنين، أي أنهم منعوا من تلقي خدمات صحية مجاناً). كذلك، أقر القانون الاختيار الحر للانضمام الى صندوق المرضى الذي يرغب الشخص تلقي العلاج من خلاله، كما وتم توحيد سلة خدمات لكافة الجمهور، تم كذلك وضع أسس لطريقة تمويل كل صندوق مرضى حسب عدد أعضائه وحسب أعمارهم، بغض النظر عن مستوى دخلهم، كما كان متبعاً قبل إقرار هذا القانون (غرينشتاين وآخرون ٢٠٠٢، بريل ويوفال، ١٩٩٩).

قبل دخول قانون التأمين الصحي الحكومي حيز التنفيذ، لم يكن باستطاعة كافة الجمهور العربي الإنتماء إلى عضوية صناديق المرضى وذلك لعدة أسباب، خاصة بسبب مستوى الدخل المنخفض نسبياً، مقارنة مع التكاليف العالية في الانتساب لعضوية تلك الصناديق. الأمر الذي أدى الى وضع صحي متردٍ نسبياً لدى المواطنين العرب مقارنة مع المواطنين اليهود. فنسبة الأعضاء العرب في صناديق المرضى كانت أكثر انخفاضاً وإمكانية الوصول للأطباء الأخصائيين أو لمنشآت الخدمات الصحية كانت محدودة أكثر. تشير الإحصائيات قبل دخول القانون حيز التنفيذ إلى أن نسباً منخفضة منهم زاروا الأطباء، يشمل ذلك أطباء العائلة، الأطباء المختصين وأطباء الأسنان (غرينشتاين وآخرون، ٢٠٠٢، بريل ويوفال، ١٩٩٩).

مع البدء بالعمل وفق القانون خلق الأمر تنافساً شديداً بين صناديق المرضى لضم المواطنين العرب الى عضويتها، عند الوقوف على اسباب هذا التنافس بين هذه الصناديق يتبين لنا بأن هنالك سببين على الأقل: أ) ثقافة الإستهلاك للخدمات الصحية لدى الجمهور العربي ما زالت متدنية مقارنة مع الجمهور اليهودي، في حين ان صناديق المرضى تتقاضى تمويلها الحكومي حسب العدد العام للمؤمنين. ب) يدور الحديث عن مجتمع صغير السن، مما يعني بان استهلاكه للخدمات الصحية قليل لفترات زمنية طويلة. وفعلاً، كنا نجد في الماضي فروعاً لصندوق المرضى العام على الاغلب، نجد اليوم في المدن والقرى العربية فروعاً لأكثرية صناديق المرضى (مثل:

لكن، من إستيضاح أجري مع أطباء عائلة رجال في بلدات عربية أخرى، يظهر أنهم لا يرون مشكلة في توجه النساء لطبيب العائلة. في السنوات الأخيرة، لا يواجه أطباء العائلة مشاكل في التوجه أو في الإبلاغ من جانب النساء عن مشاكل طبية، وكذلك عند الحديث عن أمور خاصة وحساسة. بالرغم من ذلك، عند الحديث عن أمراض نسائية تصيب الأعضاء التناسلية، أغلب النساء يفضلن التوجه لطبيبة أمراض نسائية، وليس لطبيب، ولكن يجدر الذكر أنه بعكس التوجه لطبيب نساء عربي، فإن إمكانية التوجه لطبيب نساء يهودي، على الأغلب، مقبولة عندهن.

اليهودية (غرينشتاين وآخرون، ٢٠٠٢).

العلاج بالمستشفيات

معضلة أخرى هي نسبة المحتاجين لتلقي العلاج والرقود في المستشفيات، فهذه النسبة أعلى لدى الجمهور العربي منها لدى الجمهور اليهودي، ويعود ذلك الى عدم وجود مراكز لخدمات الطوارئ في المدن والقرى العربية، وإذا وجدت مثل هذه المراكز، فهي قليلة جداً وغالباً ما تكون في المراكز السكنية كثيفة السكان مثل المدن. تشير المعطيات بشكل واضح إلى ان استخدام الجمهور العربي لمراكز خدمات الطوارئ يكون غالباً بعد ساعات العمل (أي بعد حدوث الاصابات بضع ساعات) الامر الذي يزيد من احتمال الحاجة الى المعالجة والمكوث في المستشفى.

بالإضافة الى ما جاء، هناك أيضاً سبب آخر لتلقي العلاج في المستشفى وهو عدم وجود خدمات صحية جماهيرية في البلدان العربية مثل: معهد رنتجن (أشعة إكس) والطب الجراحي، مما يجعل طبيب العائلة مصراً تحويل المرضى الى المستشفيات لتلقي مثل هذه الخدمات.

يتضح من استجواب الأطباء ان أمام المريض العربي، والذي يحتاج للعلاج في ساعات الليل، إحتمالان: أ) التوجه لطبيب خاص مع تحمل النفقات العالية على حسابه الخاص. ب) التوجه للمستشفى. المشكلة أكثر تعقيدا في نهايات الأسبوع حين يضطر المريض للإنتظار أحياناً يوماً ونصف اليوم لتلقي العلاج الطبي، إنتظار كهذا قد يسبب تردي حالاتهم الصحية، وفي النهاية لا بد من تحويلهم للمستشفى.

كوادر مهنية

قضية أخرى لها علاقة بجودة الخدمات الطبية، هي النقص الحاد والضغط الذي يعاني منه المهنيون بسبب قلة الكوادر المهنية خاصة الممرضات والأخصائيين في الطب المكمل في الوسط العربي،

إنفاقات على الصحة

عبء دفع الرسوم للخدمات الصحية (أدوية، رسوم زيارة عند الطبيب وهكذا) هو عبارة عن مشكلة جدية يعاني منها الجمهور العربي. من معطيات بحث لجوييت-معهد بروكديل حول رأي الجمهور في مستوى الخدمات وأداء جهاز الصحة من سنة ٢٠٠١، يظهر أنه تقريباً منذ سنة ١٩٩٩ طراً ارتفاع ملحوظ في تطرق وسائل الاعلام في الوسط العربي لقضية العبء المادي بسبب رسوم الصحة، وكذلك طراً ارتفاع ملحوظ بنسبة الاشخاص المستجوبين الذين صرحوا بأن قيمة الرسوم الصحية باهظة وغير معقولة (جريس وبرملي-غرينبرغ، ٢٠٠٢).

لم يقف الأمر عند هذا الحد، بل يطرح موضوع الخدمات الصحية الخصوصية وهي خدمات صحية اضافية لما يمنحه القانون مؤخراً أكثر وأكثر على جدول الأعمال اليومي الجماهيري في إسرائيل، بتقدير أن هذا النوع من الخدمات سيمس الجمهور العربي، والشرائح الاجتماعية الفقيرة والمستضعفة الأخرى (مثل الشرائح الاجتماعية الشرقية والمهاجرين). تكمن الخشية في أن مثل هذه الخدمات الاضافية يستطيع الحصول عليها فقط من يملك القدرة المادية من شرائح اجتماعية واقتصادية محدودة، الامر الذي يعيد الوضع الى ما قبل اقرار القانون، والذي كان أحد أهدافه الأساسية المساواة بين أفراد الجمهور في تلقي الخدمات الصحية.

فاذا تم الالتفاف بهذه الطريقة او بأخرى على قانون التأمين الصحي الحكومي، فسوف تعمل صناديق المرضى المختلفة على التمييز بين من هو «مواطن عادي» وبين من هو «مواطن صاحب امتياز خاص».

ملاءمة ثقافية للخدمات

إحدى القضايا الأكثر إلحاحاً بما يتعلق بالخدمات الصحية المعروضة للجمهور العربي خاصة في مجال برامج تحسين الصحة، هي مدى ملاءمتها لثقافة هذا الجمهور. من خلال الإستجابات التي أجريت مع مربين للصحة في المؤسسات المختلفة يظهر أن جزءاً من برامج تطوير الصحة جرى ملاءمتها ثقافياً، لأن جزءاً منها أقيم خصيصاً للجمهور العربي (خصوصاً في قضايا خاصة مثل زواج الأقارب) وجزءاً آخر من الملائمة التي تمت كانت فقط من الناحية اللغوية.

مجموعات خاصة

الجمهور العربي ليس متجانساً، من الممكن الإشارة لمثل هذا التباين في كل مجال تقريباً، حسب المنطقة، أو وفق الخلفية الدينية، الجنس، الجيل الخ...، هذا التباين يظهر خصوصاً في مجال الصحة. ممكن الإشارة بشكل واضح إلى فوارق في المستوى الصحي بين النساء والرجال، وبين الشباب والشيوخ وهكذا الأمر بين السكان وفق الموقع الجغرافي لمنطقة سكنهم.

صحة النساء

صحة النساء العربيات هي إحدى القضايا التي يصعب التعامل معها وحتى محاولة حلها في مجال صحة الجمهور العربي الفلسطيني. بشكل عام، فإن النساء العربيات يواجهن مشاكل صحية وعوامل خطرة كثيرة خاصة بهن. المجتمع العربي في إسرائيل هو مجتمع أبوي ذكوري الطابع، وذلك من حيث بنيته الاجتماعية والتوجه العام، أكثر مما هو الأمر عليه في المجتمع اليهودي. هذه المكانة الاجتماعية الخاصة التي يحظى بها الرجل العربي تنعكس كذلك على الناحية الصحية، فهي أسوأ عند النساء مقارنة بالرجال، فمثلاً، نسبة وفيات الرضع في الوسط العربي، مرتفعة أكثر عند البنات (سبيرسكي وآخرون، ١٩٩٩).

السمنة الزائدة

السمنة هي مشكلة شائعة عند النساء العربيات، فهن يعانين من زيادة في الوزن أعلى بكثير من النساء اليهوديات. نسبة النساء اللواتي يعانين من زيادة في الوزن من العربيات في جيل ٢٥-٦٤

خصوصاً في الجنوب. كنتيجة لذلك، فالخدمات ليست بالجودة المطلوبة، أو أنها غالباً ما تكون جزئية. النقص في الكوادر المهنية في الأساس، يكمن في قلة عدد الممرضات وأخصائيي العلاج بالنطق. هنالك أطفال كثيرون يعانون من صعوبات لغوية وصعوبات بالإتصال لا يحظون بالخدمات الأساسية والضرورية المطلوبة لهم، أو أنهم يتلقون خدمة غير مهنية (مراقب الدولة، ٢٠٠٢). النقص الكبير في الكوادر يكمن أيضاً في المناصب الإدارية وخدمات الصحة الجماهيرية.

أنظمة صحية

قسم من المستجوبين ادعوا اللامساواة في قسم من الانظمة لخدمات الصحة الجماهيرية. فمثلاً، إدخال أجهزة لتنقية المياه مشروط بأن يكون عدد سكان البلدة أعلى من ٥٠٠٠ نفر. وكما هو معروف، فإن الكثير من البلدات العربية هي صغيرة وتعداد سكانها أقل من ٥٠٠٠ شخص، والتي لا تفي بالشرط، لذلك فإنهم لا يحظون بعملية تنقية مياه الشرب.

ومثال آخر هو النظام الذي يوجب إضافة « فوليك أسيد » أو حامض الفوليك (مادة ضرورية للنساء الحوامل) للخبز العادي المنتج في مخازن معروفة، لكن هذا النظام ليس سارياً على الأرغفة التي تنتج في البلدان العربية. كما هو معروف فإن الجمهور العربي يستهلك كثيراً من الخبز من الانتاج المحلي، لذلك فهو لا يحظى بهذه الزيادة من الفوليك أسيد.

الميزانيات

عدد من الإدعاءات التي سمعت من قبل المستجوبين في بحث أجراه بربل ويوفال (١٩٩٩) يدور حول الميزانيات الموجهة للخدمات الصحية في الوسط العربي. قلة الموارد تؤدي لقلّة وجود المحطات الصحية للعائلة (الصحيات) في البلدات العربية وغيابها المطلق في البلدات البدوية غير المعترف بها في النقب. بسبب نقص في الكوادر الطبية المهنية لمعالجة الأطفال العرب ذوي الإحتياجات الخاصة ونقص في الأدوات والأجهزة التكنولوجية المتقدمة في المؤسسات الصحية الموجودة. إضافة لذلك، ادعى قسم من المستجوبين أن هنالك سياسة تمييز بالميزانيات الموجهة للعيادات في البلدات العربية مقارنة مع البلدات اليهودية، إلا أنه لا يوجد برهان قياسي لهذا الإدعاء.

يصل الى ٣٢.٧٪، مقابل ٢٣.٧٪ عند اليهوديات. الظاهرة أكثر سوءاً عند النساء العربيات فوق جيل ٥٥ : ٧٠٪ منهن يعانين من السمعة الزائدة، مقابل ٣٦٪ عند النساء اليهوديات (المركز الوطني لمراقبة الامراض، ٢٠٠٣). يذكر أن «السمعة» في ثقافة الوسط العربي، وخصوصاً عند النساء الكبار في السن، تفهم على انها «مؤشر لصحة جيدة». لا شك ان وجهة النظر هذه تضع امام العاملين في مجال تحسين الصحة ومقدمي الخدمات الطبية تحدياً صعباً في تمرير برامج لتحسين الوضع الصحي أو عند التدخل لعلاج مرضى السكري مثلاً.

مرض السكري وأمراض الأوعية الدموية

بعض النساء من الوسط العربي يعانين من تدني المستوى الصحي أيضاً مقارنة مع النساء اليهوديات: فنسبة الوفيات إثر أمراض القلب لديهن هي أعلى، وجود مرض السكري المبلغ عنه والوفيات جراء هذا المرض هو الضعف عندهن؛ اما نسبة مقاومتهن لمرض السرطان فهي متدنية جداً خاصة سرطان الثدي (مراقب الدولة، ٢٠٠٢).

إنتشار سرطان الثدي، سرطان عنق الرحم، وسرطان المبيض يزداد بوتيرة سريعة أكثر لدى النساء العربيات. صحيح أن نسبة الإصابة بالسرطان مازالت منخفضة بكثير عند النساء العربيات، لكن، الفجوة بين نسبة الإصابة ونسبة الوفيات أكبر بكثير عند النساء اليهوديات، هذه الفروق تنبع، على ما يبدو، بسبب تشخيص متأخر لمرض السرطان أكثر عند النساء العربيات (مراقب الدولة، ٢٠٠٢).

خلل في الإتصال مع الأطباء

توجد في قسم من البلدات العربية مشكلة إتصال بين نساء تحت العلاج وبين أطباء عائلة رجال، خصوصاً بكل ما يتعلق بمشاكل طبية حساسة. بالمقابل، يوجد بشكل عام إتصال جيد بين النساء والمرضات في العيادات، والأخيرات يكن في الكثير من الأحيان مصدر معلومات للنساء بما يتعلق بالمشاكل الصحية (ألنكوا وجروس، ٢٠٠٢).

لكن، من إستيضاح أجري مع أطباء عائلة رجال في بلدات عربية

أخرى، يظهر أنهم لا يرون مشكلة في توجه النساء لطبيب العائلة. في السنوات الأخيرة، لا يواجه أطباء عائلة مشاكل في التوجه أو في الإبلاغ من جانب النساء عن مشاكل طبية، وكذلك عند الحديث عن أمور خاصة وحساسة. بالرغم من ذلك، عند الحديث عن أمراض نسائية تصيب الأعضاء التناسلية، أغلب النساء يفضلن التوجه لطبيبة أمراض نسائية، وليس لطبيب، ولكن يجدر الذكر أنه بعكس التوجه لطبيب نساء عربي، فإن إمكانية التوجه لطبيب نساء يهودي، على الأغلب، مقبولة عندهن.

من خلال فحص إمبيرري عن العلاقة مع الطبيب الثابت للنساء العربيات، يظهر أن نسبة منخفضة نوعاً ما من النساء العربيات صرحن أنهن يتعالجن لدى طبيبة (٨٪) بالمقارنة مع ٥١٪ من النساء الناطقات بالعبرية). بشكل عام، تقدير النساء العربيات للعلاج الذي يتلقينه من طبيبهن الثابت منخفض نسبياً. يمكن

تفسير التقدير المنخفض على ما يبدو في أن لا مناص للنساء من التوجه إلى طبيب من نفس العائلة أو البلد وأيضا في نقص بعدد الطبيبات اللواتي وجودهن في مجتمع محافظ قد يؤثر على نوع العلاقة مع الطبيب. العلاقة السيئة بين النساء العربيات وأطبائهن تظهر على سبيل المثال من خلال النسبة العالية منهن اللواتي أجبن أنهن شعرن بعدم الراحة في التحدث مع طبيب العائلة حول مواضيع متعلقة بصحتهن (٢٢٪) بالمقارنة مع ٨٪ من الناطقات بالعبرية والروسية). (غروس وبرملي-غرين برغ، ٢٠٠٠).

الصحة النفسية

بالنظر الى الصحة النفسية للنساء العربيات، يجب

ان نتذكر أن في خلفية الامور تكمن مكانتهن المتدنية التي تساهم في نشوء توترات نفسيه لديهن. هذه التوترات تؤدي بالنساء أن يعيشن في حالة كبت ونقصان في كل ما هو متعلق بتحقيق الذات. جزء من النساء اللواتي أجريت معهن مقابلات إدعين أنه على الرغم من أن الكثير من النساء يعانين الكآبة، فإنهن لا يتوجهن للعلاج، وذلك بسبب خشيتهن من وصمات العار التي ينسبها مجتمعهن لمشاكل الصحة النفسية.

تظهر المعطيات عن التوجه لخدمات الصحة النفسية انه فقط ٣٪ من المتوجهين هم عرب بالمقارنة مع ٩٧٪ يهود. تفسيرات إضافية ممكنة للفوارق في مدى الإستغلال للخدمات الصحية النفسية بين الوسطين هي خلل في الإتصال وفوارق حضارية. يبدو ان لغة وحضارة مقدمي الخدمات، والذين غالبيتهم من اليهود، تصعب على الوسط العربي إمكانية الوصول إليها، وبوجه خاص على النساء العربيات.

إستشارة وراثية جماهيرية

كما ذكر، نسبة زواج الأقارب في الوسط العربي مرتفعة جداً، بالرغم من انه محفوف بالمخاطر. مع ذلك، نسبة الوعي للمخاطر متدنية. ونسبة التوجهات للإستشارة الوراثية الجماهيرية منخفضة في الوسط العربي.

صحة المسنين

الجمهور العربي في إسرائيل أصغر سناً من الجمهور اليهودي (ابناء ٠-١٩ يكونون ٥١٪ منها). في نهاية سنة ٢٠٠٠، كان ٣٪ من الجمهور العربي من ابناء ٦٥ فما فوق، بالمقارنة مع ١١٪ في الجمهور اليهودي. الجمهور العربي المسن هو أصغر سناً: ثلث المسنين هم أبناء ٧٥ فما فوق، بالمقارنة مع ٤٥٪ من اليهود (برودسكي وآخرون، ٢٠٠١).

حتى العام ١٩٩٣ كان هناك فقط ٣٢ سريراً خاصاً للعلاج المركب في الوسط العربي كلها في الناصرة، بالمقابل إمتنع المسنون وأبناء عائلاتهم من إستعمال الخدمات المعدة لليهود بسبب حواجز اللغة والحضارة، إحساس بالغربة وعدم الإنتماء، وأيضاً لصعوبة الإشتراك المالي من قبل العائلة. (شوبال وانسون، ٢٠٠٠).

السبب الأساسي لعدم تطور خدمات رسمية للمسنين العرب هي مواقفهم السلبية، حيث انه حسب التقليد فإن مسؤولية علاج المسن ملقاة على عاتق العائلة. سبب آخر هو التشكك والتحفظ من جهاز الخدمات الرسمية، والذي نبع من تجربة سلبية سابقة عندما إضطر المسن الإنتظار لخدمة لم تكن متوفرة أصلاً، أو لم تلائم احتياجاته (عزايزة وآخرون، ٢٠٠١).

تلخيص

الوضع الصحي للجمهور العربي تحسن في جزء من الجوانب، في العقود الأخيرة وإزداد سوءاً في جزء آخر، على سبيل المثال بسبب عملية التحديث التي مرّ وما زال يمر بها.

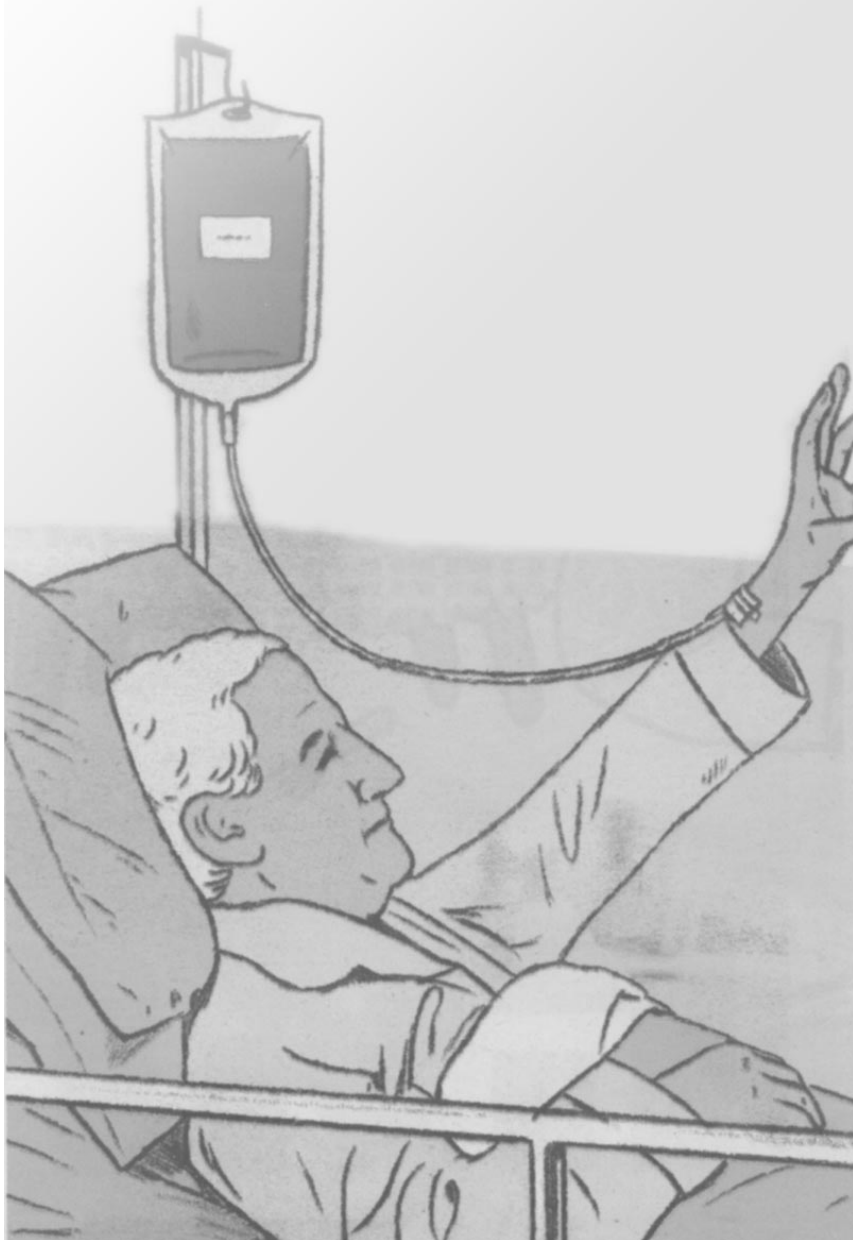
هذه العملية أدت الى ارتفاع في المستوى الاجتماعي-إقتصادي في المجتمع العربي في إسرائيل ولتغيرات جذية في صحة هذا المجتمع. التغيرات في مقاييس الصحة (نسبة الوفيات من الاطفال، ومعدل حياة الانسان) في الجمهور العربي في العقود الاخيرة،

لا توجد معطيات حول مميزات الأمراض النفسية في الوسط العربي، ولذلك فإنه من الصعب جداً ان نتطرق للمعطيات التي تدعم او تناقض هذه الإدعاءات. لكن ومن خلال المعطيات الشحيحة الموجودة حول إمكانيات الوصول إلى خدمات الصحة النفسية ووفرته، فهناك حواجز كثيرة تقف حجر عثرة أمام الجمهور العربي الذي يحتاج لمثل هذه الخدمات: البعد والثمن الاجتماعي مصحوباً بشعور الخجل، الأمر الذي يمنع احياناً الفرد الموجود في ضائقة من التوجه للعلاج (شوبال وانسون، ٢٠٠٠). بشكل عام، التوجيه هو لخدمات صحة نفسية بالبلدان اليهودية، التي تعالج العرب أيضاً (رايبي ١٩٩٨).

تظهر المعطيات عن التوجه لخدمات الصحة النفسية انه فقط ٣٪ من المتوجهين هم عرب بالمقارنة مع ٩٧٪ يهود. تفسيرات إضافية ممكنة للفوارق في مدى الإستغلال للخدمات الصحية النفسية بين الوسطين هي خلل في الاتصال وفوارق حضارية. يبدو ان لغة وحضارة مقدمي الخدمات، والذين غالبيتهم من اليهود، تصعب على الوسط العربي إمكانية الوصول إليها، وبوجه خاص على النساء العربيات (سبيرسكي وآخرون، ١٩٩٩).

التدخل والقيام بفحوصات في فترة الحمل

التدخل في فترة الحمل هو احد المواضيع المعقدة التي يواجهها الاطباء خلال معالجتهم للنساء الحوامل. مثلاً: عندما نتحدث عن فحص ماء الجنين، يواجه الأطباء رفضاً او عدم تجاوب من قبل النساء خصوصاً خشية إكتشاف أمور ليست عادية ومقبولة. إذا وجد مثلاً أن الجنين يعاني من مرض داون فإنهن على الأغلب غير مستعدات للإجهاض. الأطباء أيضاً يصرحون ان جزءاً من علماء الدين يحاولون منع هذه الإجراءات، وان النساء يرضخن لهم ويتنازلن عن العلاج. وحقاً، تشير المصادر إلى فرق واضح بين النساء الحوامل العربيات واليهوديات بمدى استعدادهن للقيام بفحص ماء الجنين. في سنة ١٩٩٢، فقط ١٦٪ من النساء العربيات الحوامل بجيل ٣٧ فما فوق، بالمقارنة مع ٦٨٪ من اليهوديات أجرين الفحص ذاته. هذه المعطيات تعكس فوارق في المعتقدات الدينية والضغط الاجتماعي ومستوى الدراية المتدني ومشاكل في إمكانيات الوصول للفحص (سبيرسكي وآخرون، ١٩٩٩).



تشهد على ذلك. خلال هذه الفترة، طرأ إنخفاض جدي على نسبة وفيات الاطفال العرب، ورافقها ارتفاع في معدل الحياة. على الرغم من ذلك نجد حتى الآن فوارق بين الوستين في البلاد: نسبة وفيات الاطفال من العرب كانت سنة ٢٠٠١ ضعف النسبة من اليهود (المجلس الوطني لسلامة الطفل، ٢٠٠٢)، ومتوسط العمر عندهم اقل بالنسبة لليهود.

في سنة ١٩٩٩ كان متوسط الاعمار عند النساء العربيات ٧٨,١ سنة مقابل ٨٠,٥ سنة عند النساء اليهوديات، وعند الرجال العرب كان متوسط الاعمار ٧٤,٩ سنوات، مقابل ٧٦,١ عند الرجال اليهود (المركز الوطني لمراقبة الامراض، ٢٠٠٣).

نتيجة إضافية لعملية التحديث في المجتمع العربي وانتقاله من مجتمع في طور التطور الى مجتمع متطور، هو الإرتفاع بإنتشار المشاكل الصحية والامراض المزمنة، مثل السكري، امراض الأوعية الدموية والسرطان.

مرض السكري منتشر أكثر في الوسط العربي منه في الوسط اليهودي. في السنوات ١٩٩٩-٢٠٠٠ صرح ١٤٪ من العرب بين الازجاء ٤٥-٦٤ انهم يعانون من هذا المرض مقارنةً مع ٨٪ من اليهود ابناء الجيل نفسه (مكتب رئيس الحكومة الإسرائيلية والدائرة المركزية للإحصاء، ٢٠٠٢).

بالنسبة لأمراض القلب والأوعية الدموية، فإن نسبة أكبر من العرب صرحوا، في السنوات ١٩٩٩-٢٠٠٠، انهم عانوا من نوبة قلبية مقابل (٤٪ و ٧٪، بالتتابع). من جهة أخرى، نسبة الذين عانوا من ضغط دم اقل عند العرب منها عند اليهود (٢٥٪ من العرب ابناء ٥٥-٦٤، مقابل ٣١٪ من اليهود) (مكتب رئيس الحكومة والدائرة المركزية للإحصاء، ٢٠٠٢).

مرض آخر يواجهه الجمهور العربي في السنوات الاخيرة هو مرض السرطان. على مدى الثلاثة عقود الأخيرة، الإصابة بالسرطان بإختلاف أنواعها أخذت بالارتفاع في كل المجموعات الجماهيرية، وخصوصاً عند الجمهور العربي. لكن، نسبة الإصابة عندهم بقيت بشكل عام منخفضة جداً (ما عدا سرطان الرئة عند الرجال)، مقابل النسب في الجمهور اليهودي (مراقب الدولة، ٢٠٠١).

التفسيرات الممكنة لارتفاع نسب الإصابة تتطرق، أيضاً، لتغيير في نمط الحياة ونمط الاكل، والذي يؤثر كثيراً على انتشار الأمراض

المزمنة، ولنسبة الوعي المنخفضة لعوامل الخطر لأمراض القلب، وكذلك للإستغلال غير المثالي للخدمات الصحية للوقاية من الامراض مثل امراض القلب.

إضافة لما ذكر، يظهر من خلال الإستطلاع الحالي عدة مشاكل متعلقة بالسلوكيات الصحية عند الجمهور العربي، مثل التدخين بنسب عالية جداً لدى الرجال، نسبة السمنة المرتفعة عند النساء؛ زواج الاقارب؛ نسبة عالية لحوادث الطرق، حوادث داخل البيت وحوادث غرق. هذه المشاكل تشير الى عدم وعي، أو قلة المعرفة وإنعكاسات ذلك على الوضع الصحي هي سلبية جداً.

قضايا إضافية ظهرت من الاستطلاع تشير الى وجود مشاكل في الاتصال مع الطبيب العربي الذي يمثل الاسلوب الغربي في

الوضع الصحي للجمهور العربي تحسن في جزء من الجوانب، في العقود الأخيرة وازداد سوءاً في جزء آخر، على سبيل المثال بسبب عملية التحديث التي مرّ ومازال يمر بها. هذه العملية أدت الى ارتفاع في المستوى الاجتماعي- إقتصادي في المجتمع العربي في إسرائيل ولتغيرات جديدة في صحة هذا المجتمع. التغيرات في مقاييس الصحة (نسبة الوفيات من الاطفال، ومعدل حياة الانسان) في الجمهور العربي في العقود الأخيرة، تشهد على ذلك. خلال هذه الفترة، طرأ إنخفاض حدي على نسبة وفيات الاطفال العرب، ورافقها ارتفاع في معدل الحياة. على الرغم من ذلك نجد حتى الآن فوارق بين الواسطين

البدوي ويضمن ذلك، عدم الرضى عن الخدمات الصحية الحديثة المقدمة له وعدم الرضى عن وضعه الصحي.

المراجع

- * النقبه وجروس (٢٠٠٢)، « تجربة النساء العربيات الفلسطينيات في المجال الصحي» محاضرة قدمت في حلقة دراسية في معهد بروكديل القدس. (باللغة العبرية)
- * حمو ميخال (١٩٩٨)، « حوادث اولاد في الوسط العربي في دولة اسرائيل»، لدى خالد أبو عصبه، اولاد وابناء شبيبة عرب في اسرائيل- من الوضع القائم نحو جدول عمل مستقبلي، معهد بروكديل القدس، ص: ١٥٥-١٥٩. (باللغة العبرية)
- * مكتب رئيس الحكومة دائرة الاحصاء المركزي (٢٠٠٠)، وفاة الرضع ١٩٩٣-١٩٩٦، مميزات ديمغرافية - اجتماعية، رقم ١١٢٧، (باللغة العبرية)
- * مكتب رئيس الحكومة دائرة الاحصاء المركزي (٢٠٠٢)، الجمهور العربي في اسرائيل، رقم ٢٦، (باللغة العبرية)
- * مراقب الدولة (٢٠٠٢)، تقرير سنوي رقم ٥٢ لسنة ٢٠٠١ وحسابات السنة المالية ٢٠٠٠، رقم ٥٢ ب، مكتب مراقب الدولة- القدس. (باللغة العبرية)
- * كبه، نزيه (١٩٩٨)، « زواج الاقارب كمسبب لأمراض خطيرة»، لدى خالد ابو عصبه، اولاد وابناء شبيبة عرب في اسرائيل- من الوضع القائم نحو جدول أعمال مستقبلي، معهد بروكديل القدس، ص: ١٦٦-١٦٩، (باللغة العبرية)
- * ليفي واستتيا (١٩٩٥)، « جروح في الرأس نتيجة سقوط في

العلاج لجمهور محافظ في أغلبه، ومع مستوى وعي منخفض نسبياً في مجال الصحة.

مع ذلك، وبالرغم من المشاكل التي ذكرناها سالفاً، فإن الإبلاغ بشكل شخصي عن الوضع الصحي، وتفهم الوضع الصحي في الوسط العربي هو أكثر ايجابية منه في الوسط اليهودي، الشيء الذي يطرح سؤالاً حول مدى الملاءمة الثقافية للبحث من ناحية الأسلوب لهذا الجمهور.

إن البدء بقانون التأمين الصحي الحكومي، حسن وضع الجمهور العربي بدرجة معينة، مع ذلك، ممكن الاشارة لفجوات في مجال الخدمات الصحية بينه وبين الجمهور اليهودي.

هذه الفجوات تتعلق بإمكانية الوصول وتوفير الخدمات الصحية، وتعود لقلّة استعمال هذه الخدمات، لتكاليفها الباهظة، لنسبة الإستخدام المرتفعة لغرف الطوارئ في المستشفيات والذي يزيد من نسبة البقاء في المستشفى للعلاج، ونقص في كوادر التمريض والمهنيين، وعدم-المساواة في جزء من أنظمة الخدمات الصحية الجماهيرية، وكذلك لقلّة الملاءمة الثقافية للخدمات المطروحة للجمهور العربي.

الى جانب هذه القضايا العامة التي تميز صحة الجمهور العربي، يمكن الإشارة الى قضايا معينة تتعلق بمجموعات خاصة، ضمنها السمنة، السكري وامراض الاوعية الدموية، مشاكل الصحة النفسية، مشاكل تتعلق بالإتصال مع طبيب العائلة، ومشاكل التدخل اثناء الحمل عند النساء العربيات. بين هذه القضايا يمكن احصاء مشاكل أخرى تتعلق بالتوجه الى بيوت المسنين لأسباب ثقافية، اجتماعية ودينية عند المسنين وهذا بالرغم من نسبة العجز الكبير لديهم.

وفي النهاية، يجب التطرق للقضايا المتعلقة بصحة الجمهور

«Prevalence of Selected Chronic Diseases in Israel». Israel Medical Association Journal 3 : 404-408.

*Wilf-Miron, R (2001) «Trends in Youth Mortality in Israel, 1984-1995». Israel Medical Association Journal 3 :610-614

*Zlotogora , J (2000) Genetic Disorders Among Palestinian Arabs: Autosomal Recessive Disorders in a Single Village. American journal of Medical Genetics 92:344-345

جيل الطفولة لدى مجموعتين اثنتين في شمال اسرائيل»، هرفاء ١٢٩ : ٩-١٢، (باللغة العبرية)

* فرجيل ويوبال (١٩٩٩)، موقف العرب واليهود من جهاز الصحة بعد سنتين من تطبيق قانون التأمين الصحي الرسمي- نتائج استطلاع لدى الجمهور العام، اصدار معهد بروكديل، القدس (باللغة العبرية).
* سبرسكي وآخرون (١٩٩٩)، معلومات حول المساواة، مجلة رقم ٩، مركز أدفا، تل-ايبب.

* شوبال وأنسون (٢٠٠٠)، المهم الصحة- المبنى الاجتماعي والصحي في اسرائيل، اصدار مجلس، الجامعة العبرية، القدس.
*Rennert, G. Peterburg, Y (2001)