

# ضحايا في الظلال

تقييم الصحة الإيجابية في ما بعد الأزمة في غزة



صندوق الأمم المتحدة للسكان

بالشراكة مع منظمة الصحة العالمية و وزارة الصحة الفلسطينية

تشرين الأول/أكتوبر 2014



**المؤلفون:**

- د. علي نشأت الشعار - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
د. سوسن حماد - وزارة الصحة  
اعتماد أبو ورد - منظمة الصحة العالمية

**المجموعة التوجيهية الفرعية للصحة الإنجابية:**

- د. محمد الكاشف - وزارة الصحة  
د. محمود ضاهر - منظمة الصحة العالمية  
د. يونس عوض الله - اليونيسف  
د. علي نشأت الشعار - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
هبة الشريف حمارنة - منظمة أطباء العالم (MDM)
- د. سوسن حماد - وزارة الصحة  
إينا بلومل - منظمة الصحة العالمية  
د. مريم وادي - الأونروا  
أسامة أبو عيطة - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
جمال حواجري - منظمة إنقاذ الطفل

**اللجنة الاستشارية الفنية والمراجعة التدقيقية:**

- أ. بسام أبو حمد - جامعة القدس  
د. نديم العديلي - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
د. مها العدوي - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
أندرز تومسن - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
رشا أبو شنب - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
زياد يعيش - صندوق الأمم المتحدة للسكان
- د. أسعد رملوي - وزارة الصحة  
د. هينيا الدقاق - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
مولي فير - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
إينا بلومل - منظمة الصحة العالمية  
ريم عمارنة - صندوق الأمم المتحدة للسكان

**جمع البيانات والإشراف الميداني:**

- د. سوسن حماد  
رشا المغني  
منير عقيلي  
عبد الله سالم  
سميرة داود  
كريمة الأشقر
- اعتماد أبو ورد  
وفاء أبو حشيش  
عزة رزق  
نانة المصري  
سماح الزراعي  
صابرين نشبت
- جهاد أبو عويمر  
ميسرة كفارنة  
ريم قطاوي  
حنان زقوت  
أماني جودة
- وفاء نجيلي  
سنا أبو سمرة  
وفاء خليفة  
فاطمة دريلي  
ساما سحر

**التحرير والتصميم الفني:**

- محمد نصر - صندوق الأمم المتحدة للسكان  
لورا بوالصّة - صندوق الأمم المتحدة للسكان

**للمراسلات بشأن هذا التقرير، يرجى الاتصال مع:**

صندوق الأمم المتحدة للسكان - مكتب فلسطين القطري

أندرز تومسن، ممثل الصندوق: [thomsen@unfpa.org](mailto:thomsen@unfpa.org)

د. علي نشأت الشعار: [shaar@unfpa.org](mailto:shaar@unfpa.org)

صندوق الأمم المتحدة للسكان، دولة فلسطين، هاتف: +972 2 581 7292، [www.unfpa.ps](http://www.unfpa.ps)

## تمهيد

تفخر وزارة الصحة الفلسطينية بأن تقدم هذه الدراسة التي تعكس أثر الأزمة على شعبنا في غزة. لقد كان وقع هذه الحرب شديد الوطأة على حياة جميع الأسر وأسفرت عن كم هائل من الدمار في البنية التحتية المدنية، كما كان لها تأثير ملموس على الصحة عموماً وعلى الصحة الإنجابية خصوصاً، إذ أودت بحياة نساء حوامل وحرمت الآلاف من الوصول إلى الخدمات الأساسية. يأتي هذا التقييم بمثابة جهد جماعي بين وزارة الصحة والشركاء الوطنيين والدوليين. ويشكل تقييم الصحة الإنجابية، جنباً إلى جنب مع تقييم نظام الصحة الذي أجرته منظمة الصحة العالمية، مرجعاً بارزاً يمكن أن تسترشد به جهودنا في الإغاثة والإنعاش وتطوير نظام الصحة في غزة. وتعرب وزارة الصحة الفلسطينية عن شكرها لصندوق الأمم المتحدة للسكان على تمويل هذه الدراسة والاضطلاع بها، وتتطلع نحو بناء شراكة مثمرة في تطبيق التوصيات التي خرجت بها الدراسة.

د. جواد عواد

وزير الصحة

دولة فلسطين

باسم المكتب القطري لصندوق الأمم المتحدة للسكان في فلسطين، يشرفني أن أشهد صدور هذا التقييم لأثر الأزمة في غزة على الصحة الإنجابية. يأتي هذا التقرير ثمره جهد مشترك بين وزارة الصحة الفلسطينية والهيئات المحلية والدولية التي عملت دون كلل على الكشف عن ديناميكيات تأثير هذه الأزمة على الفئات الأكثر ضعفاً في المجتمع الفلسطيني في غزة. إن عنوان الدراسة "ضحايا في الظل" يعكس الواقع المرير الذي ينشأ غالباً عندما يتم إغفال احتياجات الصحة الإنجابية في خضم الأزمات وما يترتب على ذلك من عواقب وخيمة، تعاني منها النساء والفتيات بشكل خاص. أود أن أهنئ مؤلفي هذا التقرير الذين قاموا بعمل مميز لتصوير هذا الواقع المهم. ويحدوني الأمل بأن نتيج نتائج التقرير وتوصياته للشركاء أن يعملوا معاً لإرساء قاعدة صلبة لجهود الاستجابة الإنسانية والإنعاش المبكر، والتي لا بد من بذلها وبصورة ملحة من أجل تحسين إتاحة الرعاية الصحية، وخاصة في مجال الصحة الإنجابية، لحماية كرامة وحقوق الأسر والنساء والفتيات في غزة وفي فلسطين بشكل عام.

أنرز تومسن

ممثل صندوق الأمم المتحدة للسكان

مكتب دولة فلسطين

## شكر وتقدير

يود صندوق الأمم المتحدة للسكان أن يعرب عن شكره وتقديره لوزارة الصحة الفلسطينية ممثلة بمعالى الوزير د. جواد عواد وكل من د. محمد الكاشف ود. سوسن حماد على دعم وتيسير العمل الميداني وإتاحة الوصول الحر إلى المرافق الصحية.

كما يود الصندوق أن يعرب عن شكره وعميق تقديره لطواقم جمع البيانات الذين أظهروا مستوى لا يضاهى من التفاني والالتزام والمهنية في إجراء هذا التقييم المهم على درجة عالية من الجودة.

كما يعرب الصندوق عن تقديره لدائرة الصحة في الأونروا، واتحاد لجان العمل الصحي، وجمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، ومجلس كنائس الشرق الأدنى، وجمعية الهلال الأحمر في قطاع غزة، على تعاونهم وتيسيرهم إمكانية الوصول إلى مرافقهم الصحية لغايات جمع البيانات.

ويتوجب توجيه جزيل الشكر للأونروا على ما قدمته من مساهمة فنية وتعاون وتيسير لجمع البيانات في الميدان، مما أتاح سهولة الوصول إلى المرافق الصحية ومراكز الإيواء في مختلف أنحاء قطاع غزة.

كما نوجه الشكر الجزيل لمنظمة اليونيسف على ما قدمته من تعاون وتفانٍ ومساهمة فنية في هذا التقييم.

وقد كان للشراكة البناءة والدعم المقدم من مكتب منظمة الصحة العالمية في القدس وفي غزة دور أساسي في تنفيذ هذا التقييم، ونحن نأمل أن يساهم التقييم في جهود مجموعة قطاع الصحة الساعية إلى معالجة الثغرات في جهود الاستجابة الإنسانية والإنعاش.

يشرفنا أيضاً أن نقدم الشكر إلى المنظمات الوطنية والدولية الأعضاء في المجموعة الفرعية الخاصة بالصحة الإنجابية، والذين ساهموا في إثراء عملية إعداد مفاهيم التقييم وأدواته وقاموا بدور أساسي في مراجعة هذا التقرير وخروجه بصورته النهائية.

أخيراً وليس آخراً، بودنا أن نعرب عن تقديرنا للتوجيه الأكاديمي والمهني الذي قدمه الأستاذ بسام أبو حمد في تصميم التقييم وإنجازه.

## جدول المحتويات

1. ملخص تنفيذي ..... 1
2. مقدمة ..... 5
3. تقييم الصحة الإنجابية ..... 7
- 1-3 السياق ..... 7
- 2-3 المنهجية ..... 7
- 3-3 جمع البيانات ..... 11
- 4-3 النتائج الرئيسية ..... 12
- 1-4-3 الأثر على صحة الأمهات ..... 12
- 1-1-4-3 وفيات الأمهات ..... 12
- 2-1-4-3 الأثر على تقديم خدمات الصحة الإنجابية ..... 13
- 3-1-4-3 الأثر على المستشفيات وأقسام الولادة ..... 18
- 4-1-4-3 رعاية المواليد ..... 22
- 5-1-4-3 الأثر على الرعاية الصحية الأولية ..... 24
- 2-4-3 مراكز الإيواء ..... 31
- توفر خدمات الصحة الإنجابية ..... 33
- مشكلات الصحة الإنجابية: ..... 34
- 3-4-3 المجتمعات المضيفة ..... 38
4. الإستنتاجات ..... 39
5. التوصيات ..... 40
6. المراجع ..... 41
7. الملحقات ..... 41

## قائمة الجداول

الجدول رقم 1: العينة

الجدول رقم 2: وسائل جمع البيانات الكيفية المستخدمة حسب النوع والموقع

الجدول رقم 3: المعلومات الأساسية البارزة عن مستشفيات الولادة المشمولة بالتقييم

الجدول رقم 4: نسبة الكادر المتوفر أثناء الأزمة بالمقارنة مع الوضع السابق للأزمة

الجدول رقم 5: نمط الخدمات وعبء الحالات في مستشفيات الولادة الخاضعة للدراسة

الجدول رقم 6: الرعاية الصحية الأولية

الجدول رقم 7: نسبة العاملين الذين انتظموا في العمل أثناء الأزمة بالمقارنة مع الفترة السابقة للأزمة

الجدول رقم 8: الأوضاع العامة في مراكز الإيواء

## قائمة الأشكال

الشكل رقم 1: وفيات الأمهات من سنة 2008 إلى 2014

الشكل رقم 2: الولادات الطبيعية

الشكل رقم 3: الولادات الطبيعية حسب المستشفى

الشكل رقم 4: عدد الولادات القيصرية

الشكل رقم 5: الولادات قبل الأوان في مستشفيات وزارة الصحة

الشكل رقم 6: انخفاض وزن الولادة

الشكل رقم 7: وفيات الأجنة داخل الرحم/ولادة طفل ميت

الشكل رقم 8: الوفيات في وحدات العناية بالمواليد (نسبة الوفيات)

الشكل رقم 9: استخدام رعاية الحمل في جميع المرافق

الشكل رقم 10: تسجيل حالات جديدة في عيادات رعاية الحمل

الشكل رقم 11: زيارات متابعة الحمل

الشكل رقم 12: استخدام تنظيم الأسرة في عيادات وزارة الصحة (حالات جديدة)

الشكل رقم 13: استخدام تنظيم الأسرة في عيادات وزارة الصحة (حالات متابعة)

## 1. ملخص تنفيذي

شكل العدوان الأخير، وهو الثالث على قطاع غزة خلال السنوات الست الماضية، محصلة لحصار وإغلاق استمر لفترة تزيد عن السبع سنوات. ولقد تسبب الإغلاق المفروض على قطاع غزة لفترة طويلة في تدهور كبير في ظروف حياة المواطنين من حيث ارتفاع نسبة البطالة والفقر، وتعطيل التنمية، وتدهور مستوى الخدمات الصحية بقدر ملموس.

في المرحلة التي سبقت التصعيد الأخير على القطاع، أظهرت تقارير منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، ورقة مناقرة، حزيران/يونيو 2014) التحديات الكبيرة التي تواجه النظام الصحي الفلسطيني وقدرته على تقديم الخدمات الصحية الروتينية بسبب النقص الحاد في الموارد.

لقد أدى العدد الكبير للضحايا والجرحى الذين كانوا في حالة حرجة خلال العدوان الأخير على غزة إلى زيادة العبء على الخدمات الصحية بشكل غير مسبوق وإرهاق نظام الخدمات، بما في ذلك قدرته على التعامل مع الوضع الطارئ. وبعد ثلاثة أسابيع من بدء الحرب، أعلنت وزارة الصحة الفلسطينية أن 50% من الأجهزة الطبية في مستشفيات غزة غير قابلة للاستخدام وأن النسبة المتبقية معرضة للعطل إذا استمرت الحاجة لتشغيلها بهذا المستوى المرتفع (محاضر / اجتماع مجموعة الصحة في 31 تموز/يوليو 2014).

كان تأثير الأزمة على النساء كبيراً، حيث قتلت أكثر من 250 امرأة بما في ذلك 16 امرأة حاملاً. ويسبب الدمار الذي لحق بستة مستشفيات، وخطورة تنقل العاملين الصحيين إلى أماكن عملهم في بعض مواقع قطاع غزة، توقفت ستة أقسام ولادة عن العمل (تقرير وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية عن الوضع رقم 11، 29 آب/أغسطس-5 أيلول/سبتمبر). وبالنظر إلى تدفق أعداد كبيرة من الجرحى، تم تحويل أقسام الولادة جزئياً أو كلياً للتعامل مع الحالات الجراحية. نتج عن ذلك كله تراجع الخدمات المقدمة للنساء الحوامل بما في ذلك العلاجات الجراحية، والخروج المبكر من المشافي بعد الولادة.

أوكل لصندوق الأمم المتحدة للسكان مهمة تنفيذ هذا التقييم لما بعد الأزمة بهدف مراجعة حجم ونطاق الأثر الذي تسبب به العدوان الأخير في غزة على الصحة الإنجابية، وذلك بالتعاون مع الشركاء الوطنيين والدوليين ذوي العلاقة، وبما يتماشى مع التقييم الإجمالي الذي أجري على نظام الصحة في أعقاب الأزمة في غزة ضمن مجموعة قطاع الصحة وبقيادة منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة الفلسطينية.

إدراكاً لأهمية التواصلية في تقديم الرعاية الصحية على المستوى المجتمعي وفي مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية وفي ضوء التجارب السابقة التي شهدت انقطاع هذا التواصل في أحداث سابقة، فقد سعى التقييم للبحث في هذه المستويات الثلاثة وفي حلقات الصلة فيما بينها بهدف جمع الدلائل والبيانات حول قدرات الاستجابة والعمل والنتائج المتحققة فيما يخص الصحة الإنجابية على كافة هذه المستويات وعلى كل منها على حدة.

ولضمان جودة المعلومات وصحة الاستنتاجات والتوصيات في هذا التقييم، تم استخدام منهجية بحث تجمع بين وسائل البحث الكمي والكيفي. وفيما اختصت وسائل البحث الكيفي بالجزء الأعظم من البيانات التي جمعت من الميدان من مجموعة واسعة من الأطراف المعنية والأشخاص ذوي الاطلاع، فقد تم تجميع بيانات كمية من سجلات المرافق وقوائم المراجعة والأدبيات المنشورة.



جاءت أدوات جمع البيانات الكمية متوافقة مع المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية، وقام طاقم البحث بالتحقق منها. أما بالنسبة للوسائل الكيفية، فقد تم إعداد أداة شاملة تتناول منظور مختلف الأطراف المعنية حول الأزمة وتحدد القضايا الناشئة بخصوص الصحة والحقوق الإنجابية.

أظهرت نتائج الدراسة أن جميع مستشفيات قطاع غزة، بما فيها أقسام الولادة، قد دخلت الأزمة مثقلة بنقص شديد في الإمدادات الطبية واللوجستية، وهو ما تدل عليه النواقص في مخزون الأدوية والمستهلكات. ونتيجة للعدد الهائل من الإصابات ذات المستوى العالي من الخطورة، فقد تم تكريس أقسام الولادة، بما فيها غرف العمليات التابعة لها، لاستقبال الجرحى ومعالجتهم. وجرى استقبال الجرحى من النساء في أقسام الولادة وكان على أطباء التوليد المناوبين أن يجروا لهن عمليات جراحة عامة عند الاقتضاء. كما تعرض العديد من أفراد الطواقم الصحية في المستشفيات إلى عبء إضافي عندما اضطرتهم الظروف إلى أن يساعدوا في معالجة أفراد من أسرهم وأن يشهدوا وفاة عدد منهم أمام أعينهم.

جرى كذلك استخدام المستشفيات الرئيسية في قطاع غزة كمراكز لإيواء أسر نزحت عن مساكنها، مما زاد من الأعباء اللوجستية التي تتحملها مرافق هذه المستشفيات. ففي ذروة العدوان، أقام حوالي 20,000 شخص في حديقة مستشفى الشفاء واستخدموا مرافقه وموارده، كالمراحيض والممرات ومواد النظافة والطعام.

وأدت صعوبة التنقل والمواصلات أثناء العدوان أيضاً إلى نقص كبير في العاملين ونقص حاد في الأدوية اللازمة لإنقاذ حياة المرضى، مثل المضادات الحيوية والمادة الخافضة للتوتر السطحي (surfactant). والنقص في هذه الأخيرة (وهي عبارة عن دواء يستخدم لتعزيز مستوى نضج الرئتين عند المواليد) تسبب بإطالة فترة بقاء المواليد في المستشفى في ظروف التهوية الصناعية، وزاد من خطر إصابتهم بالعدوى وغيرها من المضاعفات، مما أدى إلى ارتفاع معدل الوفيات بينهم.

كان دائماً يجري دعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية في وحدات المواليد من خلال تشجيع الترابط المبكر بين الأم وطفلها عن طريق التماس المباشر وبدء الرضاعة الطبيعية. وحيثما يكون التواصل المباشر غير ممكناً، تستدعي سياسة المستشفيات تشجيع الأم على أن تجلب حليبها المعصور إلى المستشفى لإعطائه لطفلها. إلا أن هذه الممارسة قد توقفت بالكامل تقريباً أثناء العدوان نتيجة لتعذر حضور الأم أو نقل حليبها إلى المستشفى لإرضاع الوليد، وبالتالي اضطرت المستشفيات إلى إعطاء المواليد الذين في رعايتها حليباً صناعياً.

كانت 50% فقط من مراكز الرعاية الصحية تعمل أيام الحرب. كما لم يكن بمقدور العاملين الصحيين الوصول إلى أماكن عملهم بسبب الوضع الأمني، وبالتالي فقد كان حوالي نصف المرافق التي خضعت للدراسة تعاني من نقص الموارد البشرية العاملة فيها. وفي المرافق التي توفرت فيها الطواقم بنسبة كاملة، كان العاملون الصحيون يحضرون إلى أقرب مرفق صحي إلى مكان إقامتهم بصرف النظر عن الجهة المشرفة عليه. فضلاً عن ذلك، تمكنت بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية من التدبر مع نقص العاملين من خلال الاستفادة من الممارسين الصحيين العاملين في القطاع الخاص والمتواجدين في المنطقة.

استمرت العمليات العسكرية لفترة 51 يوماً، وشهد شهراً تموز/يوليو وآب/أغسطس قصفاً مكثفاً. ومن الجدير بالذكر أن شهر آب/أغسطس شهد انخفاضاً في نطاق العمليات العسكرية وحدتها، وشهد فترة هدنة تم الإعلان عنها في الأول من الشهر أفضت إلى وقف إطلاق النار في 13 يوماً بالإجمال خلال الشهر. وهذا الأمر يفسر بوضوح ارتفاع معدلات استخدام خدمات الصحة الإنجابية خلال شهر آب/أغسطس في كافة المرافق.

تضررت خدمات تنظيم الأسرة خلال الأزمة، حيث تبين حدوث انخفاض بنسبة 60-90% في عدد المستفيدين في شهر تموز/يوليو. وفيما تحسن معدل استخدام خدمات تنظيم الأسرة خلال شهر آب/أغسطس، إلا أنه لم يعد إلى المستويات السابقة للعدوان. ومع أن وسيلة الحقن يمكن أن تكون ملائمة كوسيلة متوسطة المدى لتنظيم الأسرة في ظروف الطوارئ، إلا أن الملاحظ أنه لم يتم استخدام ديبو-بروفيرا خلال أيام الحرب إلا بواسطة النساء اللواتي كن يستخدمن هذه الوسيلة من قبل.

بسبب الارتفاع الشديد في عدد الأشخاص الذين نزحوا عن مساكنهم في فترة زمنية قصيرة، فقد كانت متطلبات الاستجابة لاحتياجاتهم تتجاوز قدرات مؤسسات المعونة الإنسانية العاملة في الميدان. فحسب تقرير مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، نزح ما مجموعه 500,000 نسمة، وهو ما يشكل 28% من عدد سكان قطاع غزة. وهذه الأعداد شكلت عشرة أضعاف التقديرات التي قدمتها مؤسسات الإغاثة كأسوأ سيناريو في خطط الاستجابة الطارئة قبل العدوان. بالتالي، فقد كانت النواقص واضحة أثناء فترة الأزمة في توفير الحجم الكافي والمجال الملائم من المعونات. أجري التقييم الراهن في الوقت الذي شهد عودة غالبية النازحين إلى أماكن سكنهم الأصلية وكان هناك 53,000 شخص فقط من النازحين لا يزالون يقيمون في 12 مدرسة تابعة للأونروا. لذا فمن المتوقع أن يتطلب فهم الوضع الحقيقي خلال فترة العدوان مضاعفة كلا الرقمين عشر مرات.

بما أن السكان كانوا ينزحون عن مساكنهم في عجلة من أمرهم بعد أن يتم إشعارهم بأن منزلهم سيتعرض للقصف بعد وقت قصير، فقد كانوا يهرعون إلى مراكز الإيواء دون أن تتاح لهم الفرصة لأخذ لوازمهم الشخصية وكانوا يتركون مدخراتهم ومقتنياتهم وراءهم. وبالتالي، كانوا يأتون إلى مدارس الأونروا في الغالب دون أن تكون لديهم أية مقتنيات شخصية أو ملابس أو نقود أو حتى أية مستندات ثبوتية. وفي وقت التقييم، كان تنظيم الخدمات والبيئة والموارد المتاحة في المراكز التي تشرف عليها الأونروا وهيئات المعونة الأخرى قد بدأ في التحسن، وهو ما يتوقع أن يحسن الظروف المعيشية للأسر النازحة.

قامت الأونروا، بعد وقف إطلاق النار، بتوظيف عاملين صحيين في مراكز الإيواء بهدف تقديم الخدمات الطبية العامة الأساسية والتنظيف الصحي. ونشير المعلومات التي تم جمعها من مراكز الإيواء إلى أن هذه الخدمات قد أصبحت متاحة للمقيمين في المراكز بعد أن كانت غائبة في وقت العدوان، حيث لم تكن الرعاية الطبية تتاح إلا من خلال طواقم متنقلة تزور مراكز الإيواء أو من خلال التوجه إلى المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة أو الأونروا أو المؤسسات الأهلية. إلا أنه يفاد بأن هذا الخيار لم يكن في المتناول بسبب تعذر الحركة أثناء العدوان وعدم توفر النقود اللازمة للمواصلات أو لدفع ثمن الأدوية، إلى جانب خشية النساء على الأخص من ترك الأطفال بمفردهم في مراكز الإيواء أثناء الخروج للالتماس الرعاية الصحية.

تشير البيانات التي تم جمعها خلال التقييم إلى أن الخدمات الصحية التي تتوفر في مراكز الإيواء لدى الأونروا تنقصها خدمات الصحة الإنجابية، وبالتالي تتم إحالة المحتاجين لها إلى مرافق خارجية. ولوحظ أن مركز الإيواء في دير البلح فقط قد وظف قابلة ضمن الطاقم الصحي العامل لديه. ولكن حتى في هذا المركز الذي تتوفر فيه قابلة، لم يكن يجري تقديم خدمات الصحة الإنجابية، والتي كانت غائبة عن مراكز الإيواء باستثناء المركز الموجود في حي النفاح في غزة.

أفادت نساء عديدات من مراكز الإيواء والتجمعات السكانية المضيفة للنازحين بحدوث حالات من العنف القائم على النوع الاجتماعي. وبسبب حساسية هذا الموضوع خلال فترات الأزمات، فقد أجرى صندوق الأمم المتحدة للسكان تقييماً خاصاً يركز على هذه المشكلة، وسيتم عرضه على حدة.

إن ظروف المعيشة المتردية لدى الأسر في غزة ومستويات البطالة العالية قد تفاقمت بعد الحرب وتدفق الأسر النازحة للإقامة لدى أقاربهم دون أن يملكو أية موارد. وما زاد الوضع سوءاً أن هذه الأسر لم تكن مسجلة للحصول على المعونات، مما زاد من اعتمادهم على الأسر المضيفة لهم. وأدى هذا الأمر إلى درجة عالية من الضيق وانخفاض مستوى المعيشة لدى كل من الأسر المضيفة والنازحة، وأضاف إلى أعباء النزوح أبعاداً اقتصادية ونفسية إضافية.

## 2. مقدمة

شكل العدوان الأخير، وهو الثالث على قطاع غزة خلال السنوات الست الماضية، محصلة لحصار وإغلاق استمر لفترة تزيد عن السبع سنوات. ولقد تسبب الإغلاق المفروض على قطاع غزة لفترة طويلة في تدهور كبير في ظروف حياة المواطنين من حيث ارتفاع نسبة البطالة والفقر، وتعطيل التنمية، وتدهور مستوى الخدمات الصحية بقدر ملموس.

في المرحلة التي سبقت التصعيد الأخير على القطاع، أظهرت تقارير منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، ورقة مناصرة، حزيران/يونيو 2014) التحديات الكبيرة التي تواجه النظام الصحي الفلسطيني وقدرته على تقديم الخدمات الصحية الروتينية بسبب النقص الحاد في الموارد.

ونتيجة للإغلاق المشدد، كانت هناك صعوبة بالغة في توريد الأجهزة الطبية وقطع الغيار، مما أخلّ بالقدرة على تشغيل جزء كبير من الأجهزة الطبية اللازمة في وحدات العناية المركزة وأقسام الجراحة، بما فيها أقسام الولادة، وفي أقسام الأشعة.

لقد أدى العدد الكبير للضحايا والجرحى الذين كانوا في حالة حرجة خلال العدوان الأخير على غزة إلى زيادة العبء على الخدمات الصحية بشكل غير مسبوق وإرهاق نظام الخدمات، بما في ذلك قدرته على التعامل مع الوضع الطارئ. وبعد ثلاثة أسابيع من بدء الحرب، أعلنت وزارة الصحة الفلسطينية أن 50% من الأجهزة الطبية في مستشفيات غزة غير قابلة للاستخدام وأن النسبة المتبقية معرضة للعطل إذا استمرت الحاجة لتشغيلها بهذا المستوى المرتفع (محضر اجتماع مجموعة الصحة في 31 تموز/يوليو 2014).

كان تأثير الأزمة على النساء كبيراً، حيث قتلت أكثر من 250 امرأة بما في ذلك 16 امرأة حاملاً. وبسبب الدمار الذي لحق بستة مستشفيات، وخطورة تنقل العاملين الصحيين إلى أماكن عملهم في بعض مواقع قطاع غزة، توقفت ستة أقسام ولادة عن العمل (تقرير وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية عن الوضع رقم 11، 29 آب/أغسطس-5 أيلول/سبتمبر). وبالنظر إلى تدفق أعداد كبيرة من الجرحى، تم تحويل أقسام الولادة جزئياً أو كلياً للتعامل مع حالات جراحية. نتج عن ذلك كله تراجع الخدمات المستعجلة اللازمة للنساء الحوامل بما في ذلك العلاجات الجراحية، وتراجع خدمات الرعاية في فترة النقاهة بسبب الخروج المبكر من المشافي بعد الولادة.

ومن الآثار الأخرى التي أفيد بها حدوث تزايد في مضاعفات الحمل، مثل الإسقاط والنزف والولادة قبل الأوان. وقد تفاقت الزيادة في المضاعفات التي تحدث لدى النساء الحوامل بسبب النقص الشديد في الموارد البشرية والمادية المتوفرة في المستشفيات، وأدى ارتفاع عدد الحالات التي بحاجة إلى رعاية في وحدات العناية بالمواليد إلى الإخلال بجودة رعاية المواليد. وقد تم التبليغ عن ارتفاع معدل الوفيات بين المواليد في مستشفى الشفاء إلى الضعف (من 7% إلى 14.5%).

وفقاً لتقارير وزارة الصحة، تضرر 50 مركزاً للرعاية الصحية الأولية وأغلق 30 مركزاً حسب 28 آب/أغسطس بسبب تعرضها لأضرار مادية وقربها من مواقع العمليات العسكرية الجارية (تقرير منظمة الصحة العالمية عن الوضع رقم 10، 28 آب/أغسطس 2014). وفيما تضمنت هذه المراكز الصحية 11 مركزاً للاستجابة الطارئة، فإن القدرة على تقديم خدمات الصحة الإنجابية ورعاية التوليد الطارئة للنساء في المناطق النائية قد تضررت، ولا تتوفر معلومات عن مدى كفاية جودة الرعاية المقدمة للنساء في هذه المناطق.

وتأثرت خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمومة على مستوى الرعاية الأولية والثانوية نتيجة الانخفاض في القدرات وتحويل الاهتمام والموارد نحو ضحايا العدوان المباشرين. وعانت النساء الحوامل والموليد من تزايد في المضاعفات التي تهدد حياتهم وفي معدلات الوفيات بسبب الأزمة، وتراجع القدرات اللازمة لتقديم رعاية ذات جودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية وأقسام الولادة ووحدات العناية بالموليد.

في ذروة العدوان، نزح أكثر من 500,000 شخص عن مساكنهم والتمسوا المأوى في مدارس الأونروا والمدارس الحكومية وفي مساحات مجتمعية أخرى، مثل المساجد والكنائس وحدائق المستشفيات والبنى التحتية الشاغرة. والتجأ حوالي 170,000 شخص نازح إلى مساكن أقرباء من عائلاتهم الممتدة (مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، التقييم السريع الأولي، 27 آب/أغسطس 2014). إن تدمير البيوت، والدمار المحيط، وظروف المعيشة المتردية، والفقر الشديد، ونقص الموارد الأساسية داخل غزة وفي مراكز الإيواء على وجه الخصوص، كل ذلك يشكل تربة خصبة لنشوء المشكلات الصحية والاجتماعية في أوساط الأسر النازحة، وخاصة تلك المتعلقة بالبيئة والنظافة ومشكلات الصحة النفسية والإنجابية.

لقد طرأ ارتفاع في المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية داخل المجتمعات النازحة، وترافق ذلك مع غياب الخدمات الأساسية، بما فيها الصحة الإنجابية والدعم النفسي-الاجتماعي للنساء والفتيات والأطفال. ويشكل تزايد مستويات العنف وانتشار الأمراض المعدية تهديداً خطيراً للصحة العامة يقارب مستويات الكارثة (محضر اجتماع مجموعة الصحة في 31 تموز/يوليو 2014).

### 3. تقييم الصحة الإنجابية

أوكل لصندوق الأمم المتحدة للسكان مهمة تنفيذ هذا التقييم لما بعد الأزمة بهدف مراجعة حجم ونطاق الأثر الذي تسبب به العدوان الأخير في غزة على الصحة الإنجابية، وذلك بالتعاون مع الشركاء الوطنيين والدوليين ذوي العلاقة، وبما يتماشى مع التقييم الإجمالي الذي أجري على نظام الصحة في أعقاب الأزمة في غزة ضمن مجموعة قطاع الصحة وبقيادة منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة الفلسطينية.

ضمن هذا التعريف، وإقراراً بطبيعة الأزمة في غزة، اتفق صندوق الأمم المتحدة للسكان والشركاء على إدراج صحة الأمهات والمواليد ضمن المتسلسلة (الإخصاب-الحمل-الولادة-النفاس)، إلى جانب مجالات الصحة الإنجابية الحاسمة التي تتضمنها "حزمة الخدمات الأولية الدنيا" المقررة دولياً، مثل رعاية التوليد الطارئة، والعنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي، والأمراض المنقولة بالجنس، وتنظيم الأسرة.

وإدراكاً لأهمية التواصلية في تقديم الرعاية الصحية على المستوى المجتمعي وفي مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية وفي ضوء التجارب السابقة التي شهدت انقطاع هذا التواصل في أحداث سابقة، فقد سعى التقييم للبحث في هذه المستويات الثلاثة (المستوى المجتمعي والأولي والثانوي) وفي حلقات الصلة فيما بينها بهدف جمع الدلائل والبيانات حول قدرات الاستجابة والعمل والنتائج المتحققة فيما يخص الصحة الإنجابية على كافة هذه المستويات وعلى كل منها على حدة.

### 1-3 السياق

هناك عدة جوانب بيئية رئيسية أخذت بالاعتبار في هذا التقييم:

- الوضع الأمني الهش: أجري هذا التقييم بطريقة سريعة وبأقصر وقت ممكن، فيما أولي الاهتمام بالحد من تأثير ذلك على صحة البيانات المجمعة والنتائج وجودتها.
- من أجل تجنب ازدواجية التقييمات التي تجريها الأطراف المختلفة اعتماداً على ولاية كل منها ونطاق عملها، تم إشراك الهيئات الشريكة والأطراف المعنية الرئيسية أعضاء المجموعة الفرعية للصحة الإنجابية في التخطيط للتقييم ووضع إطاره العام ومنهجيته وأدواته، وخاصة في الجوانب التي تتقاطع مع مجالات اهتمامهم وولاياتهم.
- قدمت وزارة الصحة الفلسطينية والأونروا والمؤسسات الأهلية الدعم لطواقم التقييم وقدمت مساهمات في وضع المنهجية والأدوات.
- يعد تقرير التقييم جزءاً لا يتجزأ من التقييم الوطني، وتم إجراؤه بواسطة فريق جمع البيانات من وزارة الصحة.

### 2-3 المنهجية

سعيًا لضمان جودة المعلومات وصحة الاستنتاجات والتوصيات في هذا التقييم، تم استخدام منهجية بحث تجمع بين وسائل البحث الكمي والكيفي. وفيما اختصت وسائل البحث الكيفي بالجزء الأعظم من البيانات التي جمعت من الميدان من

مجموعة واسعة من الأطراف المعنية والأشخاص ذوي الاطلاع، فقد تم تجميع بيانات كمية من سجلات المرافق وقوائم المراجعة والأدبيات المنشورة.

تم استخراج العينة من مرافق الرعاية الصحية (المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية) ومراكز الإيواء والمجتمعات المحلية بطريقة تكفل تمثيل المناطق الجغرافية المختلفة في قطاع غزة، ومختلف مقدمي الرعاية الصحية، وقطاعات الرعاية التي عملوا فيها أثناء الأزمة، على النحو الموضح في الخارطة التالية:

الخارطة رقم 1: خارطة تقييم الصحة الإنجابية



الجدول رقم 1: العينة

المحافظة	مستشفيات ولادة ووحدات عناية مركزة للمواليد	مراكز للرعاية الصحية الأولية	مراكز إيواء	مجتمعات محلية مضيقة
شمال غزة	مستشفى العودة/قسم الولادة	مركز شهداء جباليا الصحي (وزارة الصحة) مركز جباليا الصحي (الأونروا)	مدرسة ذكور بيت حانون الإعدادية مدرسة قليبو	بيت لاهيا جباليا
مدينة غزة	مستشفى الشفاء/قسم الولادة مستشفى الحرازين للولادة مستشفى الشفاء/وحدة العناية المركزة للمواليد مستشفى النصر/وحدة العناية المركزة للمواليد	مركز الزيتون الصحي (وزارة الصحة) المركز الصحي لمجلس كنائس الشرق الأدنى (قطاع أهلي)	مملكة البحرين مدرسة إناث غزة الإعدادية أ	مدينة غزة
دير البلح	مستشفى الأقصى/قسم الولادة	مركز شهداء دير البلح (وزارة الصحة)	مدرسة دير البلح	دير البلح
خان يونس	مستشفى ناصر/قسم الولادة المستشفى الأوروبي/وحدة العناية المركزة للمواليد	مركز بندر الصحي (وزارة الصحة) مركز عيسان (جمعية الهلال الأحمر) مركز أبو طعيمة (جمعية الإغاثة الطبية)	مدرسة ذكور أحمد عبد العزيز الإعدادية أ	المغازي خان يونس
رفح	مستشفى الهلال الإماراتي للتوليد	مركز تل السلطان الصحي (وزارة الصحة) مركز تل السلطان الصحي (الأونروا)	مدرسة ذكور رفح الإعدادية أ	رفح
المجموع	9	10	7	7

كانت أدوات جمع البيانات الكمية متوافقة مع المعايير الدولية لمنظمة الصحة العالمية، وتم التحقق منها بواسطة فريق البحث. وتم استخدام شكل نهائي من هذه الأدوات في نسختين: واحدة لجمع البيانات من مستشفيات الولادة وأخرى من مراكز الرعاية الصحية الأولية. كما تم تصميم أداة ثالثة لمراكز الإيواء (الملحق رقم 1 - أدوات منظمة الصحة العالمية لجمع البيانات الكمية).

أما بالنسبة للبيانات الكيفية، فقد تم إعداد أداة شاملة تتناول منظور مختلف الأطراف المعنية حول الأزمة وتحدد القضايا الناشئة بخصوص الصحة والحقوق الإنجابية (الملحق رقم 2 - أدوات صندوق الأمم المتحدة للسكان لجمع البيانات الكيفية).



تم إعداد جميع أدوات جمع البيانات الكيفية بالإنجليزية، ثم ترجمت إلى العربية لاستخدامها في الميدان بواسطة فريق البحث. وأثناء جمع البيانات الكيفية، تم توفير ترجمة مهنية والتحقق من البيانات قبل إدخالها في الحاسوب وتحليلها وكتابة التقرير. أما أدوات جمع البيانات الكمية فقد تم إعدادها واستخدامها بالإنجليزية بالاعتماد على أفراد الطاقم الحاصلين على مستوى عالٍ من التعليم في مجال التمريض والقبالة. وجرى إدخال جميع البيانات باللغة الإنجليزية.

جرى جمع البيانات الثانوية من خلال مراجعة تقارير الوضع الصادرة عن وزارة الصحة ومكتب تنسيق الشؤون الإنسانية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. فضلاً عن ذلك، أجريت مراجعة لسجلات خدمات المرافق وبياناتها لشهري تموز/يوليو وآب/أغسطس 2014، ومقارنتها مع خط الأساس المتوسط لسنة 2013، وذلك لتقييم مدى التقلب في معدلات الاستخدام والاستقبال ونتائج الرعاية الصحية أثناء فترة العدوان.

تم استخدام أدوات لجمع البيانات الكمية والكيفية من أجل الحصول على بيانات أولية من المرافق والمجتمعات المحلية. يستعرض الجدول أدناه الوسائل المستخدمة في جمع البيانات والتقييم الميداني بشكل عام:

الجدول رقم 2: وسائل جمع البيانات الكيفية المستخدمة حسب النوع والموقع

المجموع	خان يونس ورفح	غزة والمنطقة الوسطى	شمال غزة	وسيلة جمع البيانات
9	3	4	2	مقابلة فردية مع مدير قسم الولادة
1		1		مجموعة بؤرية مع العاملين في أقسام الولادة
10	5	3	2	مقابلة فردية مع مدير مركز الرعاية الصحية الأولية
1		1		مجموعة بؤرية مع العاملين في مراكز الرعاية الصحية
7	2	3	2	مجموعة بؤرية في مراكز الإيواء - نساء
7	2	3	2	مجموعة بؤرية في المجتمعات المضيفة - نساء
7	2	3	2	مقابلة فردية مع نساء في مراكز الإيواء
10	5	3	2	مقابلة فردية مع نساء في مراكز الرعاية الصحية الأولية
4	1	2	1	مقابلة فردية مع نساء في أقسام الولادة
7	2	3	2	مجموعة بؤرية مع رجال في مراكز الإيواء
6	1	2	3	مجموعة بؤرية مع رجال في المجتمعات المضيفة
69	23	28	18	المجموع

سعيًا لضمان التحقق من المعلومات بشكل سليم وتعزيز صلاحية النتائج، تم استهداف الأطراف المعنية التالية في جمع البيانات:

1. نقاشات جماعية مع الفئات المستهدفة: تم إجراء مجموعات بؤرية مع الفئات التالية:

- أ. نساء في سن الإنجاب يقمن في مراكز الإيواء.
- ب. نساء حوامل من المجتمعات الأشدّ تضرراً.
- ج. نساء حوامل في ضيافة أقرباء لهن.
- د. نساء مرضعات.
- هـ. رجال يقيمون في مراكز الإيواء.
- و. رجال يقيمون لدى أسر مضيفة.
- ز. مهنيون صحيون في مستشفيات الولادة ومراكز الرعاية الصحية الأولية ووحدات العناية المركزية للمواليد.

2. مقابلات فردية مع الأطراف المعنية:

- أ. مسؤولين صحيين رئيسيين (وزارة الصحة، والأونروا، وجمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، واتحاد لجان العمل الصحي، والهلال الأحمر، ومجلس كنائس الشرق الأدنى).
- ب. مدراء أقسام الولادة ووحدات العناية المركزة للمواليد.
- ج. مدراء الموقع في مراكز الإيواء.

3. مشاهدات ميدانية بخصوص معايير الأمن والسياق البيئي والتفاعل الاجتماعي والمناخ العام في:

- أ. أقسام الولادة.
- ب. مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- ج. مراكز الإيواء.
- د. الأسر المضيفة للنازحين.

4. دراسات حالة معمقة لأسر ونساء عانين من أوضاع صعبة أثناء الأزمة.

### 3-3 جمع البيانات

تم اختيار مجموعة من المهنيين المؤهلين من صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة ومؤسسات أهلية، وتم إشراكهم في تدريب توجيهي لمدة يومين يتناول الهدف من هذا التقييم، ونطاقه، وإطاره، وأدواته. تضمن التدريب أداء أدوار، ومراجعة تفصيلية لكل سؤال في الأدوات، وأخذ الملاحظات الرجعة من المشاركين. وتم التركيز بشكل خاص على الوعي حول أخطار الذخائر غير المنفجرة، حيث تم تدريب طواقم جمع البيانات على كيفية الكشف عن أية مواد مشبوهة وتجنب الوقوع في تماس معها والتبليغ عنها أثناء عملهم الميداني. الغاية من ذلك ضمان سلامة العاملين الميدانيين وأمنهم، وخاصة أن جمع البيانات من الميدان قد بدأ على الفور بعد وقف إطلاق النار الدائم. وبهدف تنظيم العمل الميداني بالشكل السليم، وخاصة في ظل مثل هذه البيئة المتقلبة، تم تقسيم الفريق إلى ثلاث مجموعات مع تعيين قائد لكل فريق وتحديد المهام التي يجب تحقيقها بوضوح. ومن منطلق الحرص على أن تكون البيانات عالية الجودة وإتاحة الفرصة للتحقق منها بشكل عاجل في الميدان، قام المشرفون الميدانيون بالتحقق من البيانات

التي يتم جمعها في نهاية كل يوم، وجرى تحويلها على الفور إلى المكتب المركزي للترجمة وإدخال البيانات. وتضمنت إجراءات ضبط الجودة إعطاء رمز تعريفي خاص بكل نشاط لجمع البيانات حتى يكون بالإمكان إجراء تدقيق شامل ومزيد من التحقق عند الحاجة (الملحق رقم 3 - تنظيم العمل الميداني وتوزيع أعضاء الفريق على المواقع الجغرافية).

### 4-3 النتائج الرئيسية

أدت أعمال القتال في غزة إلى مقتل 2,133 شخصاً، منهم 500 طفل (187 فتاة و313 فتى) و257 امرأة. ومن بين النساء الضحايا، كانت هناك 16 امرأة حاملاً. وتشير بيانات وزارة الصحة إلى إصابة 11,100 فلسطيني، منهم 3,374 طفلاً و2,088 امرأة. ويتوقع أن تنشأ إعاقة دائمة لدى ما يصل إلى 1,000 طفل (مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية - تقرير التقييم الأولي السريع المتعدد القطاعات)، كما تعرض لبتير الأطراف 500 شخص من فئات عمرية مختلفة.

أثناء القتال، اضطرت سكان الجزء الشرقي من قطاع غزة لإخلاء منازلهم تحت القصف المستمر، تاركين ممتلكاتهم وراءهم. فقد نزح أكثر من 500,000 شخص، يمثلون 28% من عدد سكان قطاع غزة، عن مساكنهم والتمسوا المأوى في 89 مدرسة للأونروا (293,000) وفي 17 مدرسة حكومية (49,000)، فيما التمس 170,000 شخص المأوى لدى أسر مضيفة وفي بعض المساحات المجتمعية كالمساجد والكنائس ومجمعات المستشفيات. إن عدد الضحايا والنازحين قد بلغ أضعاف العدد المتوقع في سيناريو الحد الأقصى الوارد في خطة الأمم المتحدة للطوارئ التي تم وضعها بعد عملية "الرصاص المصبوب" في 2008-2009.

حسب تقرير مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية الصادر بعد الحرب، يقدر أن 18,000 مسكن قد تضررت بشكل كامل أو شديد، مما يعني أن 5% من مجموع مساكن غزة أصبحت غير صالحة للسكنى. وحتى بعد وقف إطلاق النار، يقدر أن 108,000 شخص سيقفون بدون مأوى بسبب تدمير منازلهم بشكل كامل، وسيبقون في مراكز الإيواء لدى الأونروا أو لدى الأسر المضيفة في المجتمع المحلي.

### 3-4-1 الأثر على صحة الأمهات

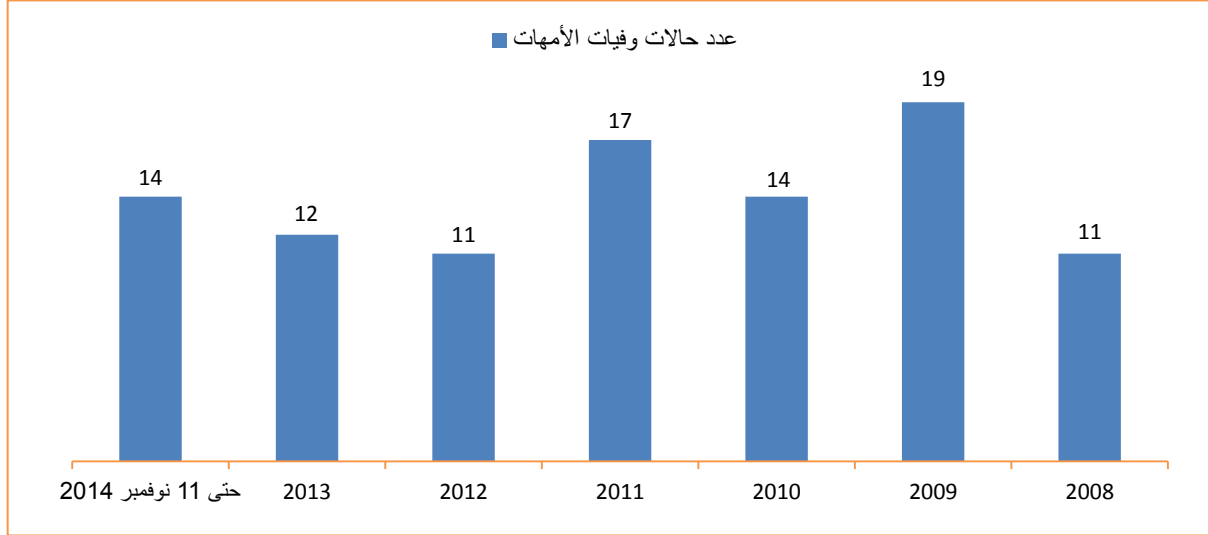
فيما يبلغ عدد سكان غزة 1,8 مليون نسمة، فيقدر وجود حوالي 45,000 امرأة حامل في أي وقت كان، وتجري كل يوم ما يقارب 160 ولادة. ونتيجة العدوان والدمار الشديد الذي لحق بالبنية التحتية المدنية، بما فيها المنازل، فقدت 91 أسرة جميع أفرادها وأزيلت من السجلات المدنية بسبب مقتل جميع أفراد الأسرة، بمن فيهم العديد من النساء الحوامل.

### 3-4-1-1 وفيات الأمهات

عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع وزارة الصحة عن قرب، خلال السنوات السبع الماضية، لتطوير نظام لرصد وفيات الأمهات، واستثمر قدرًا ملموساً من الموارد والجهود الفنية للوقاية من وفيات الأمهات تحت شعار أنه لا ينبغي أن تموت أية امرأة وهي تعطي الحياة. وبفضل الجهود الوطنية المكرسة والشاملة التي يبذلها جميع مقدمي الخدمات الصحية بقيادة وزارة الصحة، أظهر معدل وفيات الأمهات في قطاع غزة انخفاضاً ملموساً في الفترة 2008-2013. ويعتقد بأن الاستثمار الكبير في تحسين جودة رعاية التوليد، وتقوية نظم الإحالة والرعاية المتواصلة ما بين مستويات الرعاية الصحية

المختلفة، واتساع نطاق التثقيف حول علامات الخطر على مستوى المجتمع المحلي، كل ذلك كانت له مساهمة في حدوث هذا الانخفاض.

الشكل رقم 1: وفيات الأمهات من سنة 2008 إلى 2014



خلال الأشهر الستة الأولى من سنة 2014، أفادت وزارة الصحة بست حالات من الوفيات بين الأمهات بسبب السكتة القلبية أو الصدمة الإنتانية أو السرطان. وهذا الرقم يعني حدوث وفاة واحدة في الشهر بالمتوسط. أما خلال العدوان العسكري على مدار 51 يوماً، فقد أفادت وزارة الصحة بأربع وفيات بين الأمهات، مما يجعل المعدل يرتفع إلى 2.7 وفاة في الشهر. وتبين مراجعة حالات وفيات الأمهات التي حدثت أثناء العدوان أنه تمت ملاحظة التأخر في الوصول إلى الرعاية بسبب العمليات العسكرية الجارية على المستويات الثلاثة: في البيت، وفي الطريق إلى المستشفى، وداخل المستشفى.

وقد توفيت 20 امرأة حامل خلال الحرب. وكانت الوفاة في أربع حالات منها لأسباب تتعلق بالتوليد فيما قتلت 16 امرأة حامل نتيجة القتال بصورة مباشرة. يبين الجدول التالي حالات النساء الحوامل الست عشرة التي يمكن اعتبارها حالات وفاة عرضية لأمهات.

وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية لوفيات الأمهات بأنها الوفيات التي يسببها أو يساهم فيها الحمل أو عامل آخر متعلق بالحمل، فإن هناك أربع حالات من وفيات الأمهات قد تم تسجيلها خلال وقت العدوان على غزة.

### 3-4-1-2 الأثر على تقديم خدمات الصحة الإنجابية

نتجت عن العمليات العسكرية في مناطق مدنية أعداد كبيرة جداً من القتلى والجرحى، وكانت غالبية الإصابات شديدة وتطلب علاجها موارد ضخمة وأدت إلى إعاقات دائمة. وقد ساهم هذا العبء السريع والمرتعف الذي وقع على كاهل مرافق الرعاية الحرجة في إرهاق نظام الرعاية الصحية والحد من قدرته على التعامل مع الوضع الطارئ.

وحتى مع وجود شيء من التأهب والتخطيط للطوارئ في المستشفيات والمرافق الصحية، فإن مستوى الدمار وعدد الإصابات قد تجاوز أي تخطيط أو سيناريوهات للتأهب كان يمكن توقعها قبل بدء العدوان. وفي 28 تموز/يوليو، نفذ الجيش الإسرائيلي هجوماً على سوق في منطقة الشجاعية مسبباً مقتل 17 شخصاً وإصابة 210 بجروح خطيرة نقلوا على إثرها للعلاج في مستشفى الشفاء. وبسبب تدفق هذا العدد المرتفع من الجرحى الذين يعانون من إصابات خطيرة، استهلك المستشفى مخزون 15 يوماً من اللوازم والأدوية في ذلك اليوم بالتحديد. وهذا الكم من الصعاب للغاية تعويضه في فترة قصيرة، مما أثر على قدرة المستشفى على العمل بشكل عام.

بعد ثلاثة أسابيع من بدء الحرب، أعلنت وزارة الصحة الفلسطينية أن 50% من الأجهزة الطبية في مستشفيات غزة غير قابلة للاستخدام وأن النسبة المتبقية معرضة للعطل إذا استمرت الحاجة لتشغيلها بهذا المستوى المرتفع.

حدث كذلك ارتفاع في معدلات الولادة في البيت، وأفاد بذلك مستشفى شهداء الأقصى ومستشفى الحرازين للولادة دون تسجيل عدد الحالات. في المقابل، أفادت مستشفيات الهلال الإماراتي والتحرير والشفاء والعودة بهذه الحالات ووثقت ما مجموعه 29 حالة ولادة في البيت ناتجة عن صعوبة الوصول إلى مستشفيات الولادة أثناء العمليات العسكرية.

تم في هذه الدراسة تقييم ستة أقسام للولادة تبعاً لتوزيعها الجغرافي في غزة والجهات المشرفة عليها. ويبين استعراض البيانات من أقسام الولادة المدروسة حدوث تغيرات كبيرة عن خط الأساس بخصوص أبرز مؤشرات المراضة ونتائج الخدمات. وكانت جميع المستشفيات المشمولة بالتقييم تعمل أثناء الأزمة على الرغم من أنها واجهت تحديات كبيرة في الموارد المادية والبشرية.

### الجدول رقم 3: المعلومات الأساسية البارزة عن مستشفيات الولادة المشمولة بالتقييم

مستشفى الولادة	الأضرار الواقعة	لقطة موجزة لعمل مستشفى الولادة أثناء فترة الأزمة
الهلال الإماراتي - رفح تاريخ زيارة التقييم: 2014/9/3 مصدر المعلومات الرئيسي: د. عبد الرزاق الكرد	لم تقع أضرار بالبنية التحتية.	عمل بالاعتماد على مناوبات طويلة في ظل النقص في عدد العاملين. تم تحويل جميع أقسام المستشفى إلى أقسام جراحة في الفترة بين 1-5 آب/أغسطس وكانت مثقلة بأعداد كبيرة من المصابين. تم تجنيد أطباء متطوعين للمساعدة في التدبير مع العدد الكبير من الجرحى. ارتفع العبء (33%) بسبب إغلاق المرافق الخاصة. لوحظ ارتفاع معدلات المضاعفات المرتبطة بالولادة قبل الأوان والإجهاد ووفيات الأجنة داخل الرحم. وأفيد بعدد قليل من الولادات التي جرت في البيت. قتل أحد العاملين في المستشفى. بسبب العدد المرتفع من الوفيات، تم استخدام ثلاجات حفظ الطعام لوضع الجثث فيها.
التحرير - خان يونس تاريخ زيارة التقييم:	لم تقع أضرار بالبنية التحتية.	عمل المستشفى بمنهجية الطوارئ وتوفر له العدد الكافي من العاملين، ولكن مع زيادة في عبء العمل. لم يحد حدوث نقص في اللوازم، غير أنه لوحظت زيادة في المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة، وخاصة النزف المهلي، وفي حالات الولادة المنزلية المبلغ عنها (5 حالات جاءت إلى المستشفى بعد أن تمت الولادة في البيت

مستشفى الولادة	الأضرار الواقعة	لقطة موجزة لعمل مستشفى الولادة أثناء فترة الأزمة
2014/9/3 مصدر المعلومات الرئيسي: مدير المستشفى د. محمد خليل زقوت		بسبب عدم القدرة على الوصول إلى المستشفى في ظل القصف). عانى بعض العاملين في المستشفى من وفاة أفراد من عائلاتهم وهدم منازلهم، مما أدى بهم إلى إحضار أطفالهم إلى مكان العمل نتيجة عدم توفر من يقوم برعايتهم. تم تبني نظام مناوبات مدتها 24 ساعة بسبب صعوبة التنقل إلى مكان العمل. استقبل المستشفى حالات جرت إحالتها من مستشفى الأقصى بعد أن تعرض للقصف.
شهداء الأقصى - المنطقة الوسطى تاريخ زيارة التقييم: 2014/9/2 مصدر المعلومات الرئيسي: مدير المستشفى د. كمال أسعد	تم قصف قسم الجراحة ووقعت أضرار طفيفة بالبنية التحتية دون أن تؤثر على طاقة العمل.	تعرض المستشفى للقصف وتم إخلاؤه ونقل المرضى إلى مستشفى التحرير لفترة زمنية قصيرة. وقد عمل بمنهجية الطوارئ مع وجود انخفاض في الكوادر البشرية (50% من الأطباء)، وتمت الاستعانة بطلبة التمريض من أجل سد الفجوة في الطاقم التمريضي العامل. كما تم تبني نظام مناوبات لمدة 24 ساعة للتدبير مع نقص العاملين. تم إخلاء المستشفى كلياً لمدة يوم واحد بعد أن تعرض للقصف. أفيد بأنه كانت هناك خمس نساء حوامل بين الأشخاص الذين قتلوا. وفي يوم القصف، بقيت ثلاث نساء لمدة ساعة واحدة فقط في المستشفى بعد إجراء ولادة قيصرية. أغلقت العيادات الخارجية كلياً. ولوحظت زيادة في الولادات قبل الأوان والإسقاط خلال فترة الأزمة. كما لوحظت زيادة في الولادات المنزلية.
الحرارين تاريخ زيارة التقييم: 2014/9/1 مصدر المعلومات الرئيسي: د. نعيم أيوب	أضرار جزئية ولكنها كبيرة الحجم.	بقي مستشفى الولادة يعمل حتى 2014/7/22 على أساس مناوبة واحدة. ثم تعرض لضرر بالغ بسبب الاجتياح البري، وأغلق كلياً حتى 5 آب/أغسطس. وعمل منذ 5 آب/أغسطس على أساس مناوبتين حتى الساعة مساءً، ثم أعيد افتتاحه مؤخراً ليعمل بطاقة كاملة. أدى إغلاق مستشفى الحرارين للولادة خلال الحرب إلى تحول المرضى إلى مستشفى الشفاء، مما زاد من العبء الواقع على هذا الأخير. تعرض مستشفى الحرارين لضرر بالغ في البنية التحتية والمعدات غير الطبية بسبب الغارات التي تعرض لها الحي المجاور. دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان أعمال التصليح، وعاد مستشفى الولادة الآن للعمل بطاقته الكاملة.
مستشفى الشفاء تاريخ زيارة التقييم: 2014/8/31	لم تقع أضرار مباشرة بالبنية التيحية باستثناء الضرر الذي نتج	تغيرت منهجية العمل نحو تبني مناوبات أطول من المعتاد في ظل توفر 70% من الكادر. استقبل قسم الولادة حالات لنساء مصابات.

لقطة موجزة لعمل مستشفى الولادة أثناء فترة الأزمة	الأضرار الواقعة	مستشفى الولادة
<p>أفيد بحدوث 15 ولادة في المنزل أو في السيارة في الطريق إلى المستشفى. حدثت 3 حالات وفاة للأمهات وارتفع معدل العدوى بسبب انخفاض القدرة على المحافظة على الممارسات الملائمة للسيطرة على العدوى. حدثت زيادة بنسبة 40% في عدد الحالات بسبب إغلاق المستشفيات الخاصة، وحدثت زيادة بنسبة 30% في عدد الولادات. زيادة في المضاعفات. النقص الشديد في المعدات واللوازم تفاقم بفعل الجرب. تعطل بيئة العمل واستنفاد الموارد بسبب الأعداد الكبيرة من النازحين الذين التمسوا المأوى بجوار المستشفى في حديقته. تم تخفيف النقص في اللوازم من خلال الدعم المباشر الذي قدمه صندوق الأمم المتحدة للسكان أثناء العدوان. تأثرت رعاية المواليد بسبب الزيادة في حالات الولادة قبل الأوان، وارتفاع عبء الحالات، ونقص الكوادر البشرية والأدوية مثل المادة الخافضة للتوتر السطحي (surfactant) المستخدمة لتعزيز مستوى نضج الرئتين عند المواليد الخدج.</p>	<p>عن إساءة استخدام النازحين لمرافق المستشفى.</p>	<p>مصدر المعلومات الرئيسي: مدير المستشفى د. حسن اللوح مدير وحدة العناية المركزة للمواليد د. علام أبو حمدة</p>
<p>عمل بطاقة كاملة ويمناويات أطول من المعتاد. ارتفع عبء الحالات بنسبة 100%. توقفت الجراحات الاختيارية والعيادات الخارجية. المستشفى الوحيد العامل في الجزء الشمالي من غزة ويستقبل حالات الولادة والجرحى من هذه المنطقة. تم التغلب على النقص في الأكسجين والسوائل الوريدية وبياضات المستشفى من خلال الاتصال مع وزارة الصحة والمنظمات الدولية. لوحظت زيادة في المضاعفات، مثل الإسقاط والولادة قبل الأوان والنزف والولادة القيصرية. أفيد بحدوث 6 حالات من الولادة المنزلية وحالتين من الولادة في بيئة خارجية. وتم تقديم المساعدة للولادات المنزلية من خلال الخط الهاتفي المفتوح 151. أحييت إلى المستشفى حالة امرأة وضعت حملها في البيت وتعرضت للنزف بعد الولادة، وقد أمكن إنقاذها في المستشفى. هناك مستوى عالٍ من الضغط النفسي الذي يؤثر في العاملين ويحد من قدرتهم على مساعدة الأمهات والأهالي. تم توفير مسكن في المستشفى لبعض العاملين وأفراد عائلاتهم.</p>	<p>أضرار طفيفة ناتجة عن التعرض غير المباشر.</p>	<p>مستشفى العودة تاريخ زيارة التقييم: 2014/9/3 مصدر المعلومات الرئيسي: د. جميل أبو فنونة، محمد الشرافي، د. جميل</p>

## توفر الكادر أثناء الحرب:

يبين الجدول أدناه مدى تأثير الوضع الأمني على توفر الكادر البشري في المرافق أثناء الحرب. لقد عملت غالبية مستشفيات الولادة الخاضعة للتقييم في ظل نقص شديد في العاملين خلال تلك الفترة بسبب عدم قدرة العاملين على الوصول إلى مواقع عملهم في فترات اشتداد القتال. والمستشفيات التي نجحت في الحفاظ على توفر الكادر بالمستوى السابق للأزمة هي تلك التي دعت واستفادت من مهنين صحيين متطوعين يقيمون في المناطق المجاورة و/أو استخدمت أطباء تحت التمرين وطلبة التمريض.

الجدول رقم 4: نسبة الكادر المتوفر أثناء الأزمة بالمقارنة مع الوضع السابق للأزمة

العاملون	الحرزين	الإماراتي	الأقصى	ناصر - التحرير	الشفاء	العودة
أطباء	%100	%115	%40	%40	%65	%50
تمريض	%100	%110		%30	%80	%120
قابلات	%100	%107	%85		%60	%80
فنيون	%0	%120	%80	%30	%40	%100
صيادلة	%0	%50	%55	%15	%50	%30
آخرون	%100	%95		%40	%100	%110

تكشف البيانات من مستشفيات الولادة الخاضعة للتقييم عن وجود ارتفاع في عبء الحالات الذي تحملته هذه المستشفيات فيما يتعلق برعاية التوليد، وذلك نتيجة إغلاق المرافق الخاصة التي تستوعب في العادة حوالي 30% من خدمات رعاية التوليد في قطاع غزة. توضح البيانات أدناه وجود ارتفاع متناسب في عدد حالات الولادات الطبيعية والولادات القيصرية في جميع أقسام الولادة قيد الدراسة باستثناء الحرزين، والذي يقع في حي الشجاعة وأصيب بأضرار شديدة نتيجة قصف المحيط المجاور لمبنى المستشفى. علاوة على ذلك، حدث نزوح جماعي لكافة سكان حي الشجاعة مما أدى إلى إغلاق مستشفى الولادة بشكل كامل لمدة أسبوعين.

الجدول رقم 5: نمط الخدمات وعبء الحالات في مستشفيات الولادة الخاضعة للدراسة

	الهدال الإماراتي			شهداء الأقصى			ناصر			الشفاء			العودة		
	خط الأساس	تموز/ يوليو	أب/ أغسطس	خط الأساس	تموز/ يوليو	أب/ أغسطس	خط الأساس	تموز/ يوليو	أب/ أغسطس	خط الأساس	تموز/ يوليو	أب/ أغسطس	خط الأساس	تموز/ يوليو	أب/ أغسطس
ولادة طبيعية	427	504	565	396	523	607	672	791	736	1025	1242	1319	201	307	359
عدد الولادات القيصرية	103	غير متوفر	غير متوفر	98	103	113	173	168	171	310	400	372	37	63	109
انخفاض وزن الولادة	26	23	20	18	27	33	24	76	71	48	54	47	7	13	11



## تقييم الصحة الإنجابية في غزة

العودة			الشفاء			ناصر			شهداء الأقصى			الهلال الإماراتي			
أب/ أغسطس	تموز/ يوليو	خط الأساس	أب/ أغسطس	تموز/ يوليو	خط الأساس	أب/ أغسطس	تموز/ يوليو	خط الأساس	أب/ أغسطس	تموز/ يوليو	خط الأساس	أب/ أغسطس	تموز/ يوليو	خط الأساس	
12	10	5	61	51	60	117	122	45	106	154	50	22	23	40	الولادة قبل الأوان
1	4	1	17	36	11	6	7	7	3	2	3	60	55	4	وفاة الأجنة / ولادة طفل ميت
58	42	39	316	290	285	152	124	116	131	109	103	68	39	51	إسقاط

تم في هذا التقييم اختيار انخفاض وزن الولادة الذي يشير إلى الولادة قبل الأوان أو سوء حالة الأم، ووفيات الأجنة داخل الرحم أو ولادة طفل ميت، وحالات الإسقاط، كمؤشرات على أمراض الحمل والولادة. وقد أظهرت جميع المؤشرات عموماً، مع وجود بعض التفاوتات بين مستشفيات الولادة المختلفة، أنه طرأت زيادة في معدلات حدوث هذه الحالات بالمقارنة مع خط الأساس الذي احتسب على أساس المتوسط الشهري لسنة 2013. تحديداً، وعلى نحو ما يمكن توقع حدوثه في أوقات الأزمات، وثقت مستشفيات الولادة المبحوثة ارتفاعاً في حالات الإسقاط ووفيات الأجنة وولادة طفل ميت. وأفاد مستشفى العودة في شمال غزة بشكل ثابت بحدوث زيادة في المضاعفات المتعلقة بالحمل، مثل الإسقاط والولادة قبل الأوان والنزف والولادات القيصرية، وهو ما يرتبط بزيادة التوتر الذي تعرضت له النساء أثناء الحرب.

وقد أكد 80% من الكوادر الصحية التي جرت مقابلتها في مراكز الرعاية الصحية الأولية الخاضعة للدراسة في مختلف أنحاء غزة أنه حدث ارتفاع في المضاعفات المرتبطة بالحمل، مثل ارتفاع ضغط الدم، والنزف قبل الولادة، والقلق النفاسي، مع أنه لم يتم تسجيل هذه الحالات في الملفات بسبب إحالتها إلى المستشفيات على الفور لتلقي العناية اللازمة.

وأفادت النساء اللواتي أجريت معهن مقابلات في المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية ومراكز الإيواء بأن الأزمة تسببت بأثر شديد الوطأة على سلامتهن الجسدية والنفسية. ويكرس قسم خاص في هذا التقرير للتوسع في وصف ظروف الصحة الإنجابية للنساء النازحات.

### 3-1-4-3 الأثر على المستشفيات وأقسام الولادة

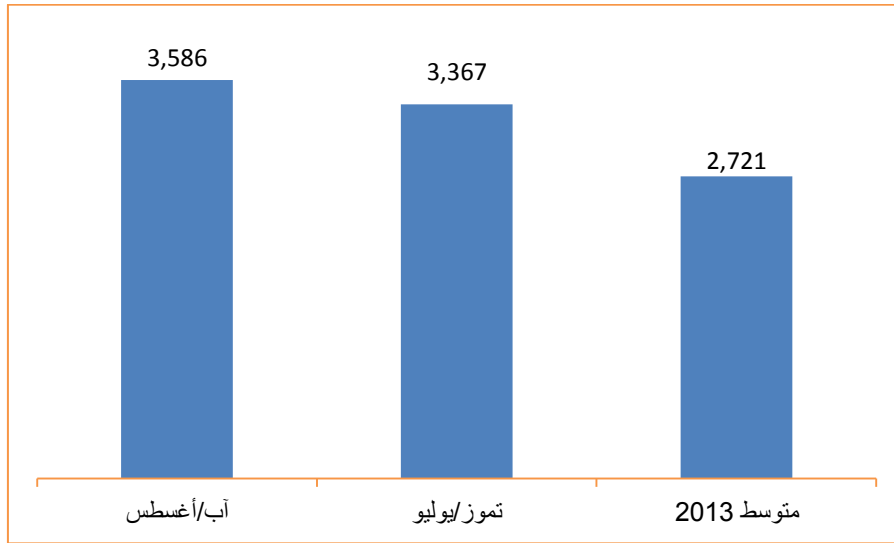
برز أثر العدوان على مستشفيات غزة بصورة جلية من خلال الاستهداف المباشر والتعطيل الشديد للعمل في المستشفيات التي كانت تستقبل أعداداً عالية للغاية من الضحايا ذوي الإصابات الشديدة. تعرض للضرر في البنية التحتية 17 مستشفى من مجموع 32 مستشفى تعمل في غزة، إلى جانب 58 عيادة للرعاية الصحية الأولية من مجموع 97 عيادة (تقرير منظمة الصحة العالمية عن الوضع رقم 11). وأدى العدوان إلى مقتل 19 شخصاً من الأطباء والعاملين الصحيين والكوادر الطبية، وتضررت 47 سيارة إسعاف، 14 منها تعرضت إلى تدمير كامل.

تم في هذا التقييم اختيار ستة مستشفيات للولادة لتمثيل مستشفيات غزة، وأولي الاهتمام لعمل أقسام الولادة ورعاية المواليد بهدف فحص إلى أي مدى كانت هذه المرافق قادرة على الاستمرار في تقديم خدمات التوليد ورعاية المواليد الأساسية واللازمة لإنقاذ حياة الأمهات والأطفال. جاءت مستشفيات الولادة المختارة من القطاعين الحكومي والأهلي وعملت بشكل

تعاوني للاستجابة إلى احتياجات السكان المتضررين من العدوان وأولئك الذين انحصروا في مواقع نائية بسبب العمليات العسكرية الجارية.

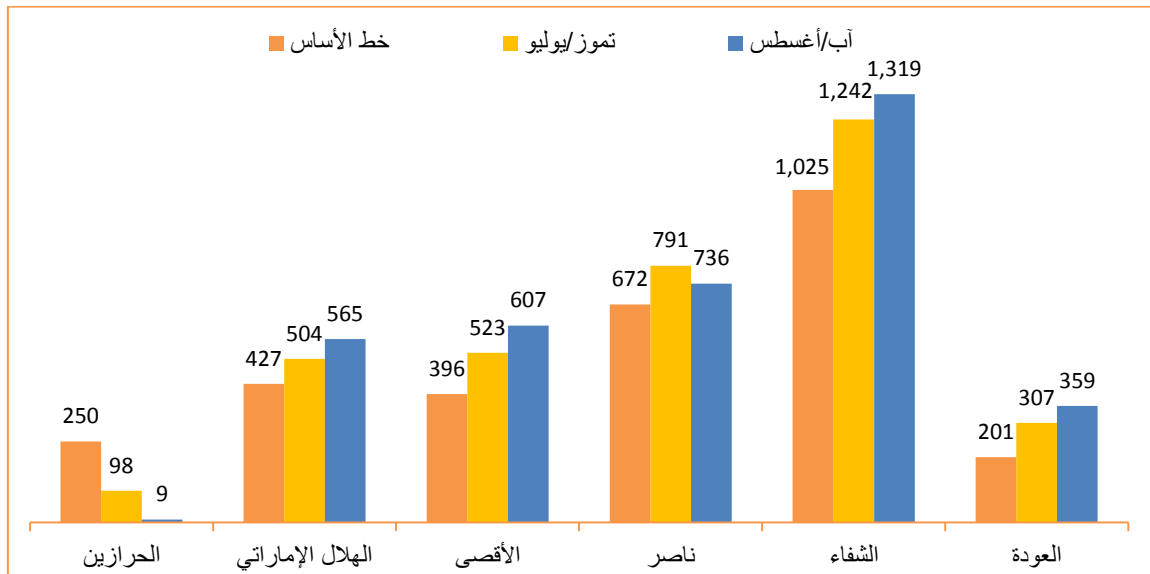
يتبين من الشكل أدناه ومن الجدول الذي ورد في الجزء السابق أن مستشفيات الولادة التابعة لوزارة الصحة والمؤسسات الأهلية قد شهدت ارتفاعاً بنسبة تقارب 30% في الطلب على خدمات التوليد ورعاية المواليد، وذلك بسبب إغلاق مستشفيات التوليد الخاصة. وتعرضت ثلاثة مستشفيات من بين السبعة المشمولة بالدراسة إلى أضرار مادية في بنيتها التحتية. وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية عن الوضع للفترة 23-28 آب/أغسطس إلى أن 17 مستشفىً بالإجمال أصيبت بأضرار، ومنها ستة مستشفيات كانت مغلقة في تاريخ إصدار ذلك التقرير عن الوضع.

الشكل رقم 2: الولادات الطبيعية



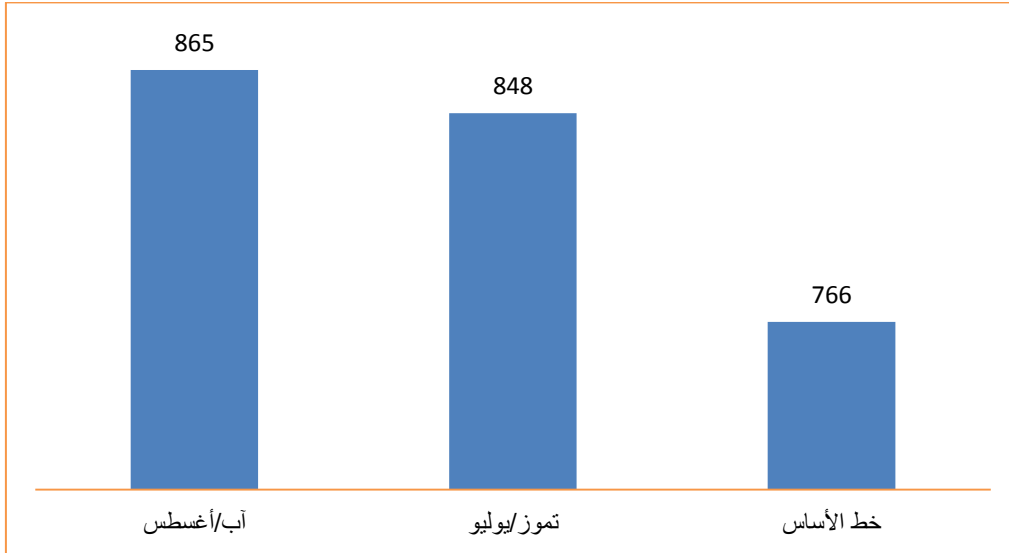
يبين الشكل أعلاه حدوث ارتفاع ملموس في عبء الحالات التي تعاملت معها مستشفيات الولادة المشمولة بالدراسة نتيجة إغلاق مستشفيات الولادة الخاصة.

الشكل رقم 3: الولادات الطبيعية حسب المستشفى



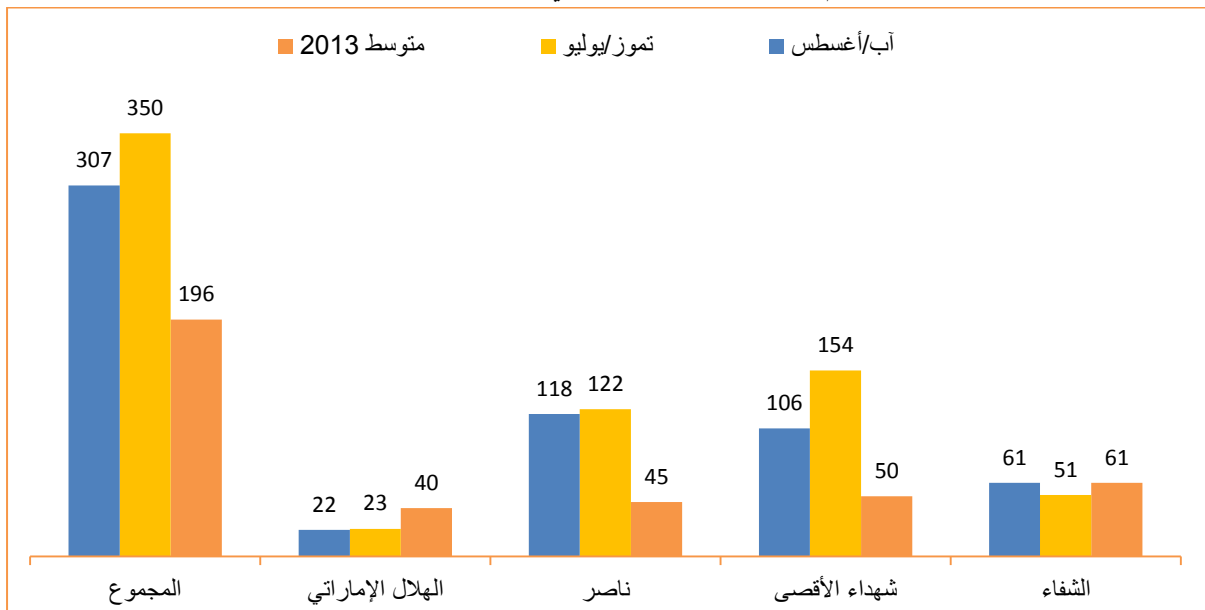
يبين الشكل أعلاه ارتفاع أعداد الحالات في جميع مستشفيات الولادة باستثناء الحرازين، والذي أغلق في شهر تموز/يوليو بسبب القصف الذي تعرض له محيطه.

الشكل رقم 4: عدد الولادات القيصرية



يظهر من الشكل المتعلق بالولادات القيصرية حدوث ارتفاع ملموس في عدد ما أجري منها أثناء الحرب. وتكتسب هذه النتيجة أهمية من حيث أنها تدل على ارتفاع العبء على الموارد البشرية والمادية في المستشفيات والتي كانت مجهدة بالأصل أثناء الحرب. بل هناك أمر أكثر أهمية هو ارتفاع نسبة الولادات القيصرية عن خط الأساس الوطني الذي يبلغ 15.8% وحدث ارتفاع بنسبة 25% في عدد الولادات القيصرية بالمقارنة مع الوضع السابق للأزمة، حيث كان معدل هذه الولادات يبلغ 20%. إن ارتفاع عدد الولادات القيصرية ونسبتها يتوافق مع الارتفاع الموثق والمبلغ عنه في معدل حالات الحمل الخطر.

الشكل رقم 5: الولادات قبل الأوان في مستشفيات وزارة الصحة



إن الارتفاع في نسبة الولادات قبل الأوان أمر متوقع عموماً وموثق في أوقات الأزمات. وقد تبين في أربعة مستشفيات رئيسية للولادة حدوث ارتفاع حاد في معدل الولادات قبل الأوان، وأدى هذا الارتفاع إلى زيادة الأعباء على خدمات رعاية المواليد، ويعتقد بأنه ساهم في ارتفاع الوفيات بين المواليد الذين استقبلتهم وحدات العناية المركزة للمواليد.

على العموم، وبسبب الوضع الصعب للعناية الذي ساد فترة الأزمة، جرت ملاحظة الاستنتاجات العامة التالية في جميع المستشفيات فيما يتعلق بأقسام الولادة:

1. جميع المستشفيات، بما فيها أقسام الولادة، دخلت الأزمة مثقلة بنقص شديد في الإمدادات الطبية واللوجستية، وهو ما تدل عليه النواقص في مخزون الأدوية والمستهلكات.
2. نتيجة للعدد الهائل من الإصابات ذات المستوى العالي من الخطورة، فقد تم تكريس أقسام الولادة ومرافقها، بما فيها غرف العمليات التابعة لها، لاستقبال الجرحى ومعالجتهم. فقد جرى استقبال الجرحى من النساء في أقسام الولادة وكان على أطباء التوليد المناوبين أن يجروا لهم عمليات جراحة عامة.
3. في ظل الصعوبة البالغة التي واجهت العاملين في التنقل والحركة أثناء العمليات العسكرية، شهدت مستشفيات الولادة الرئيسية نقصاً شديداً في العاملين. وأدى ذلك إلى تبني نظام مناوبات طويلة واضطرار العاملين إلى العمل بصورة روتينية في مناوبات تستمر لعدة أيام.
4. تعرض العديد من أفراد الطواقم الصحية في المستشفيات إلى عبء إضافي عندما اضطرتهم الظروف إلى أن يساعدوا في معالجة أفراد من أسرهم وأن يشهدوا وفاة عدد منهم أمام أعينهم. فقصّة مقتل العاملين الطبيين وقصة الطبيب من مستشفى الشفاء الذي استقبل جثة ابنه أثناء عمله في المستشفى ليست إلا بعض الأمثلة على حالات كان فيها العاملون الصحيون ضحايا مباشرين للأزمة.
5. بالإجمال، كان العاملون الصحيون المناوبون في عملهم يتعرضون للتوتر نتيجة انشغال فكرهم في عائلاتهم ومنازلتهم أثناء وجودهم في العمل. لقد قتل 19 عاملاً طبياً وعضواً في فرق الإنقاذ وأصيب 83 آخرون أثناء أدائهم لعملهم. وتم التبليغ عن عدد من الحالات التي فقد العاملون الصحيون فيها مساكنهم وأفراد عائلاتهم.
6. انخفضت معنويات العاملين بقدر أكبر بسبب عدم حصولهم على الرواتب لفترة زمنية طويلة.
7. جرى استخدام المستشفيات الرئيسية في قطاع غزة كمراكز لإيواء أسر نزحت عن مساكنها، مما زاد من الأعباء اللوجستية التي تتحملها مرافق هذه المستشفيات. ففي ذروة العدوان، أقام حوالي 20,000 شخص في حديقة مستشفى الشفاء واستخدموا مرافقه وموارده، كالمراحيض والممرات ومواد النظافة والطعام.
8. أدى العدد الضخم للضحايا والإصابات إلى إرهاق خدمات التنظيف والتعقيم سواءً في غرف العمليات أو الأقسام. وزاد ذلك في حدوث حالات من العدوى المكتسبة داخل المستشفى التي تم التبليغ عنها بعد مغادرة المستشفى وفي مرافق الرعاية الصحية الأولية.

9. أثناء العدوان، مدت شبكة الكهرباء المستشفيات بست ساعات من الطاقة يومياً، وتم تأمين بقية الاحتياجات بواسطة مولدات محلية. وقد شكل نقص الوقود والاستخدام المفرط للمولدات مشكلة خطيرة على المدى القريب، فضلاً عن التبعات التي ستترتب على هذه المشكلة على المدى البعيد.

إن هذه المشاهدات العامة حول بيئة العمل في المستشفيات تسلط الضوء على ظروف العمل البالغة الصعوبة التي كان على طواقم مستشفيات الولادة العمل في ظلها. وإذا أضفنا إلى ذلك الزيادة بنسبة 30% في عدد الحالات، فإن القلق بشأن جودة الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد يصبح مشروعاً.

### 3-4-1-4 رعاية المواليد

تم تقييم خمس وحدات للعناية المركزية للمواليد (الحاضنات) من حيث تأثير العدوان على غزة على عمل هذه الوحدات وعلى فرص بقاء المواليد على قيد الحياة.

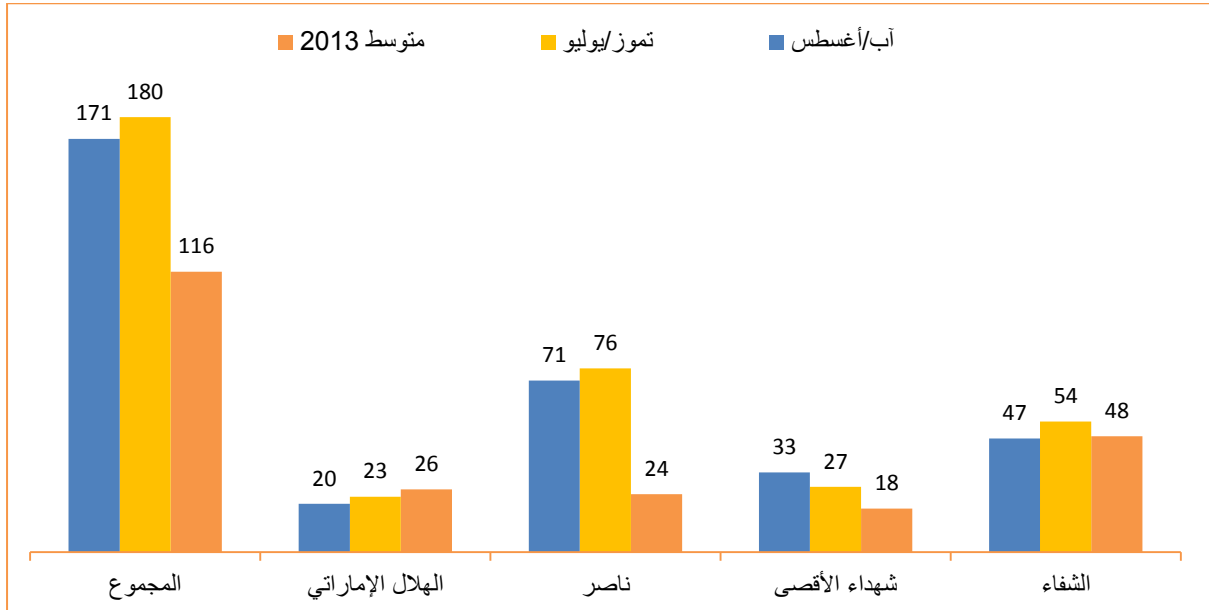
تبين من سجلات الولادة في الوحدات الخمس المشمولة بالتقييم أن أعلى عدد من حالات الإدخال إلى وحدة العناية المركزة للمواليد كان في مستشفى الشفاء، كونه المستشفى الذي استقبل أكبر عدد من الولادات أيضاً. وحسب العاملين في مستشفى الشفاء والمستشفى الأوروبي، طرأ ارتفاع على عدد المواليد الخدج، مما أدى إلى اكتظاظ الوحدة إلى درجة أنهم كانوا يضطرون في كل الأوقات إلى وضع مولودين اثنين في الحاضنة الواحدة.

#### مصدر الصور: مستشفى الشفاء



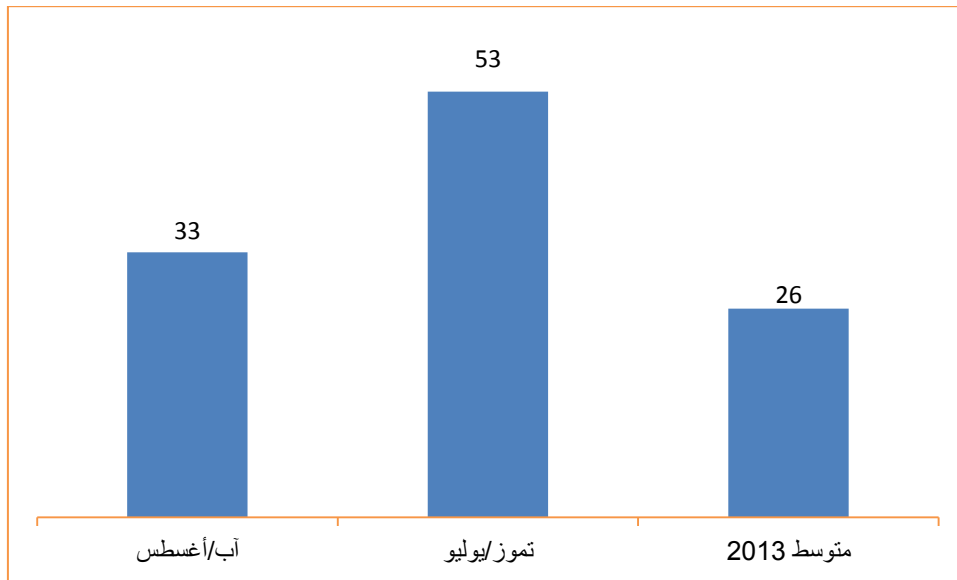
وفي العديد من الحالات، تم تأجيل إخراج المواليد من الوحدة، وخاصة عندما كانت أسرة الطفل تقيم في مركز إيواء، وذلك من أجل تفادي حدوث عواقب سلبية على فرصة بقاء الطفل على قيد الحياة بسبب البيئة غير الآمنة التي تسود في مركز الإيواء.

الشكل رقم 6: انخفاض وزن الولادة



مع أن حدوث انخفاض وزن الولادة يعزى بالأساس إلى الوضع العام للأمهات أثناء الحمل، ولا يقتصر على عوامل قصيرة الأجل مثل الأزمات الحادة أو الحروب، إلا أنه يتوقع أن يكون الارتفاع في حالات انخفاض وزن الولادة مرتبطاً بالارتفاع الكبير في الولادات قبل الأوان التي لوحظ حدوثها أثناء الأزمة.

الشكل رقم 7: وفيات الأجنة داخل الرحم/ولادة طفل ميت

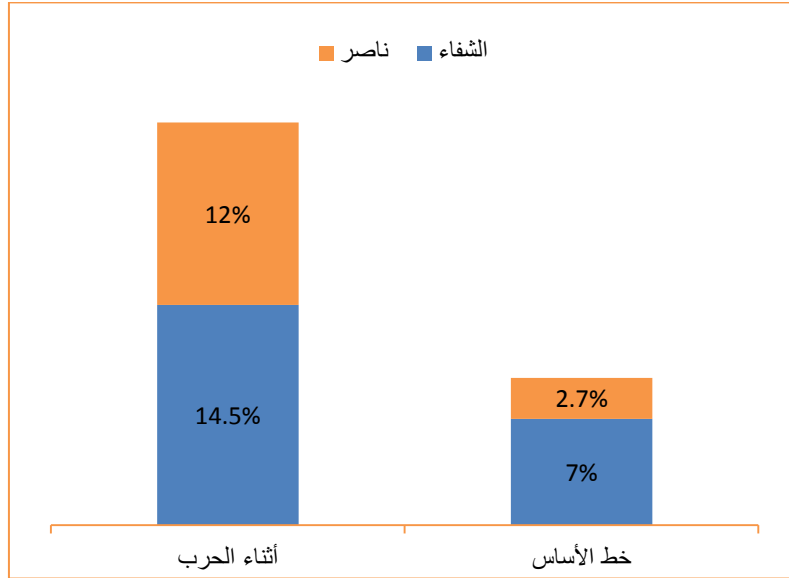


يبين الشكل أعلاه تضاعف عدد حالات وفيات الأجنة داخل الرحم وولادة طفل ميت. ويعتقد أن هذه الملاحظة ناتجة عن التوتر الشديد أو الإبطاء في التماس الرعاية الفورية عند الإحساس بحدوث تغييرات في حركة الجنين.

أدت صعوبة التنقل والمواصلات أثناء العدوان أيضاً إلى نقص كبير في العاملين ونقص حاد في الأدوية اللازمة لإنقاذ حياة المرضى، مثل المضادات الحيوية والمادة الخافضة للتوتر السطحي (surfactant). والنقص في هذه الأخيرة (وهي

عبارة عن دواء يستخدم لتعزيز مستوى نضج الرئتين عند المواليد) تسبب بإطالة فترة بقاء المواليد في المستشفى في ظروف التهوية الصناعية، وزاد من خطر إصابتهم بالعدوى وغيرها من المضاعفات، مما أدى إلى ارتفاع معدل الوفيات بينهم.

الشكل رقم 8: الوفيات في وحدات العناية بالمواليد (نسبة الوفيات)



يبين الشكل أعلاه الأرقام المتعلقة بالوفيات بين المواليد في مستشفى ناصر للأطفال ومستشفى الشفاء. لقد ارتبطت التحديات المنهجية واللوجستية خلال العدوان بحدوث ارتفاع ملموس في الوفيات بين المواليد، وذلك من 7% إلى 14.5% في مستشفى الشفاء لوحده. وكانت غالبية الوفيات ناتجة عن الولادة قبل الأوان. أما في مستشفى ناصر المتخصص بالأطفال، فقد ارتفع معدل الوفيات من خط الأساس 2.7% إلى 12%. ويظهر من بيانات المستشفى الأوروبي أنه تم إدخال 28 مولوداً إلى وحدة العناية بالمواليد وحدثت 10 وفيات لمواليد خلال شهر تموز/يوليو. وفيما أنه لا يتوفر خط أساس لهذا المعدل في المستشفى الأوروبي، فإن هذه الأرقام تشير إلى أن معدل الوفيات بين المواليد في المستشفى قد بلغ 35%.

كان دائماً يجري دعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية في وحدات المواليد من خلال تشجيع الترابط المبكر بين الأم وطفلها عن طريق التماس المباشر وبدء الرضاعة الطبيعية. وحيثما يكون التواصل المباشر غير ممكناً، تستدعي سياسة المستشفيات تشجيع الأم على أن تجلب حليبها المعصور إلى المستشفى لإعطائه لطفلها. إلا أن هذه الممارسة قد توقفت بالكامل تقريباً أثناء العدوان نتيجة لتعذر حضور الأم أو نقل حليبها إلى المستشفى لإرضاع الوليد، وبالتالي اضطرت المستشفيات إلى إعطاء المواليد الذين في رعايتها حليباً صناعياً.

### 3-4-1-5 الأثر على الرعاية الصحية الأولية

جاهدت وزارة الصحة والأونروا ومؤسسات القطاع الأهلي من أجل الحفاظ على سير عملها بالكامل في مرافق الرعاية الصحية الأولية حتى في أوقات العمليات العسكرية النشطة. وعندما لم يكن التنقل ممكناً أو كان محفوفاً بخطر كبير، كان يتم توجيه الطواقم للعمل في أقرب مرفق لهم. وعلى الرغم من ذلك، أغلقت 50% من مرافق الرعاية الصحية الأولية في وقت العدوان لإصابتها بأضرار مباشرة أو لقرتها من مواقع العمليات العسكرية، وبالتالي عدم توفر إمكانية التنقل الآمن.

أشار تقرير منظمة الصحة العالمية عن الوضع في الفترة 23-38 آب/أغسطس إلى أن 50 مرفقاً من مجموع 97 مرفقاً للرعاية الصحية الأولية تعرضت لبعض الأضرار، وكان هناك 30 مركزاً صحياً مغلقاً حسب 27 آب/أغسطس.

الجدول رقم 6: الرعاية الصحية الأولية

مركز الرعاية الصحية الأولية	الأضرار الواقعة	لقطة موجزة لخدمات مركز الرعاية الصحية الأولية أثناء الحرب
الهلال - عسان، جمعية الهلال الأحمر مصدر المعلومات الرئيسي: فيروز عصار	أضرار جزئية بسبب وقوع قذيفة لم تنفجر في منطقة الانتظار.	استمر المرفق بالعمل خلال الأزمة، ولكن حضور المراجعين كان منخفضاً أثناء العمليات العسكرية النشطة. كانت الأدوية متوفرة وكانت توزع مجاناً بشكل استثنائي أثناء الحرب. وبعد الحرب، تم استيفاء رسوم رمزية مقابل الأدوية والخدمات.
أبو طعيمة، جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية مصدر المعلومات الرئيسي: حليلة أبو طعيمة	أضرار جزئية في ظل امتلاء المناطق المحيطة بالمركز بالركام نتيجة قصف المنطقة المجاورة للمركز. تحطم الأبواب والنوافذ، وتقوب في الجدران وتصدعات في جميع جدران العيادة. وقوع خسائر وأضرار في أجهزة الحاسوب والأثاث.	استمر المرفق بالعمل خلال الفترة 7-22 تموز/يوليو، ثم تحول إلى تقديم خدمات صحية متنقلة لمراكز الإيواء في المنطقة. حدث ارتفاع في حالات النزف المهبلي لدى النساء في مراكز الإيواء، وتمت إحالتهم إلى المستشفى للعلاج بواسطة سيارة الإسعاف. وقد عانت خدمات سيارات الإسعاف من التأخير أثناء الأزمة.
الشجاعية، مجلس كنائس الشرق الأدنى مصدر المعلومات الرئيسي: د. وداد كنعان	أضرار جزئية.	عمل المركز بشكل جزئي فقط في أوقات الهدنة. انخفض عدد الحالات بالمقارنة مع خط الأساس. وتم تقديم الخدمات مجاناً أثناء الأزمة.
جباليا، وزارة الصحة مصدر المعلومات الرئيسي: عامر رملوي	أضرار جزئية بسبب قصف المباني المجاورة.	استمر بالعمل بشكل كامل، مع انخفاض عدد العاملين وارتفاع عدد الحالات بسبب نزوح السكان إلى جباليا من مناطق أخرى. كان أغلب العاملين في هذا المرفق من مواقع أخرى، ولكنهم يقيمون بجوار المركز، وبالتالي فقد انتظموا بالحضور إلى عملهم. جرى العمل في ظروف التوتر النفسي وبوجود نقص في الأدوية، وخاصة للأمراض المزمنة. لوحظ حدوث مضاعفات متعلقة بالحمل وجرت إحالتها إلى المستشفى، وخاصة الولادة قبل الأوان، والنزف، وارتفاع ضغط الدم. يلزم توفر خدمات خاصة بالدعم النفسي-الاجتماعي.



لقطة موجزة لخدمات مركز الرعاية الصحية الأولية أثناء الحرب	الأضرار الواقعة	مركز الرعاية الصحية الأولية
<p>واصل المركز تقديم الخدمات في ظل مواجهة العاملين صعوبات في الوصول في أوقات الحرب. وفقدت إحدى الممرضات زوجها. لوحظ نقص في الأدوية وأدى الانقطاع في التيار الكهربائي إلى تضرر اللقاحات. لوحظ ارتفاع في مضاعفات الحمل بسبب التوتر، مثل الإسقاط.</p>	<p>أضرار جزئية بسبب قصف المنطقة المحيطة. تهشم النوافذ وتصدع الجدران.</p>	<p>تل السلطان، وزارة الصحة مصدر المعلومات الرئيسي: وفاء خليفة</p>
<p>نتيجة للوضع الأمني في جوار المركز، تم نقل جميع الخدمات إلى مركز إيواء قريب، باستثناء خدمات المختبر والأشعة. وتوقفت خدمات رعاية الحمل في شهر تموز/يوليو ثم استؤنفت في آب/أغسطس. عانى المركز من نقص شديد في الأدوية أثناء العدوان، وخاصة المضادات الحيوية وأدوية علاج الحمى وأدوية الأمراض المزمنة ومضادات الالتهابات. بقيت خدمات تنظيم الأسرة متاحة وتم تقديمها إلى المراجعات، باستثناء تركيب اللولب. ارتفعت المضاعفات المرتبطة بالحمل، مثل النزف والإسقاط وارتفاع ضغط الدم، وذلك بسبب التوتر. ارتفعت مستويات العنف.</p>	<p>لم تقع أضرار.</p>	<p>خان يونس، وزارة الصحة مصدر المعلومات الرئيسي: نجوى سليمان</p>
<p>استمر العمل بالكامل في المركز في ظل نقص العاملين بسبب صعوبة المواصلات وارتفاع أعداد الحالات للضعف نتيجة انتقال السكان إلى مراكز الإيواء المجاورة. توقف برنامج الزيارات المنزلية بسبب الوضع الأمني. عمل الطاقم في ظل مستوى عالٍ من التوتر بسبب الارتفاع المفرط في حجم العمل والقلق بخصوص أفراد عائلاتهم. أعطيت الأولوية للتطعيم ورعاية الحوامل في عمل المركز. وتم تأجيل تسجيل حالات الحمل الجديدة باستثناء حالات الحمل الخطر. تم تسجيل 3-5 حالات من العنف الجسدي واللفظي والنفسي في المركز، مع أنه لم يتم تسجيل حالات عنف جنسي.</p>	<p>لم تقع أضرار (أضرار طفيفة، تحطم النوافذ والأبواب).</p>	<p>جباليا، الأونروا مصدر المعلومات الرئيسي: د. كفاح نجار</p>
<p>ارتفع عبء العمل على هذا المركز بسبب انتقال السكان إلى حي الزيتون من المناطق المتضررة من الأزمة.</p>	<p>لم تقع أضرار.</p>	<p>الزيتون، وزارة الصحة مصدر المعلومات الرئيسي: إيمان نطط</p>
<p>عمل المركز في ظل ظروف صعبة ونقص في العاملين. استمرت خدمات تنظيم الأسرة، وتم وقف الزيارات المنزلية للنساء الواضعات.</p>	<p>لم تقع أضرار (أضرار طفيفة، تهشم النوافذ).</p>	<p>تل السلطان، الأونروا</p>

مركز الرعاية الصحية الأولية	الأضرار الواقعة	لقطة موجزة لخدمات مركز الرعاية الصحية الأولية أثناء الحرب
		وأغلقت خدمات الأشعة والمختبر لمدة 10 أيام بعد أن فقد الفني العامل هناك جميع أفراد أسرته. لوحظ ارتفاع المضاعفات مثل النزف أثناء الحمل، وتمت إحالة هذه الحالات إلى المستشفى.

## توفر العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية أثناء الأزمة

الجدول رقم 7: نسبة العاملين الذين انتظموا في العمل أثناء الأزمة بالمقارنة مع الفترة السابقة للأزمة

الهلال عيسان	أبو طعيمة	جباليا	تل السلطان	خان يونس ***	مجلس الكنائس	جباليا	الزيتون	تل السلطان	
قطاع أهلي	قطاع أهلي	وزارة الصحة	وزارة الصحة	وزارة الصحة	قطاع أهلي	الأونروا	وزارة الصحة	الأونروا	
%100	%130	%40	%70	غير متوفر	%100	%60	%40	%90	أطباء
%100	%100	%90	%60	%65	%100	%40	%35	%90	تمريض
غير متوفر		%100	%60	%60	%100	%40	غير متوفر	0	قابلات
%100	%100	%40	%50**	%0	%100	%90	%30	%66	فنيون
%100		%60	%50	%100	%100	%50	%40	%70	صيادلة
%100	*	%40	%60	%30	%100	%30	%100	%90	آخرون

\* أضيف ثلاثة معالجين نفسيين إلى الطاقم في العيادة.

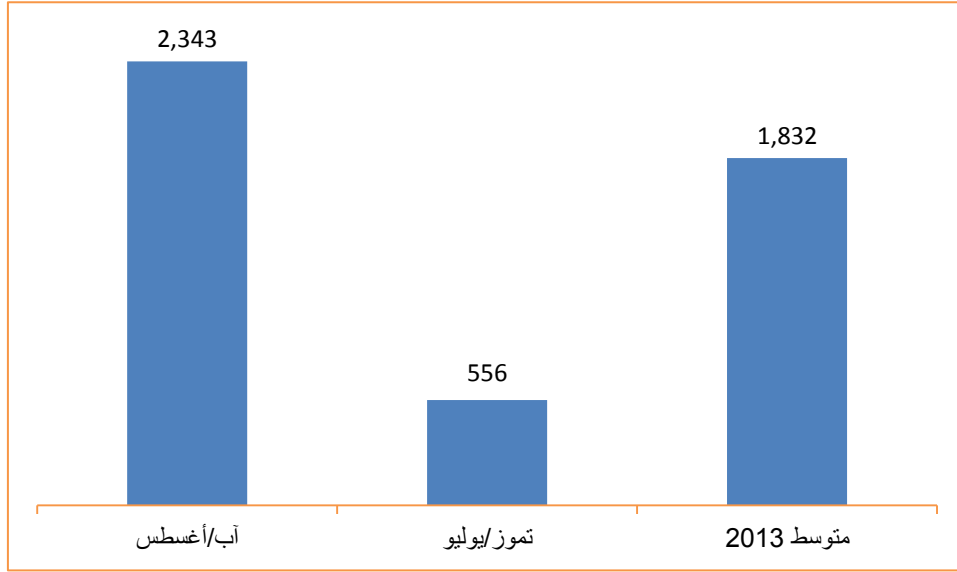
\*\* فقد فني الأشعة أسرته بأكملها وأغلقت الخدمات لمدة 10 أيام. كما فقد فني المختبر كذلك أفراداً من عائلته.

\*\*\* تم نقل الخدمات إلى مركز الإيواء ولم تنتقل خدمات المختبر والأشعة.

كانت 50% فقط من مراكز الرعاية الصحية تعمل أيام الحرب. كما لم يكن بمقدور العاملين الصحيين الوصول إلى أماكن عملهم بسبب الوضع الأمني، وبالتالي فقد كان حوالي نصف المرافق التي خضعت للدراسة يعاني من نقص الموارد البشرية العاملة فيها. وفي المرافق التي توفرت فيها الطواقم بنسبة كاملة، كان العاملون الصحيون يحضرون إلى أقرب مرفق صحي إلى مكان إقامتهم بصرف النظر عن الجهة المشرفة عليه. فضلاً عن ذلك، تمكنت بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية من التدبير مع نقص العاملين من خلال الاستفادة من الممارسين الصحيين العاملين في القطاع الخاص والمتواجدين في المنطقة.

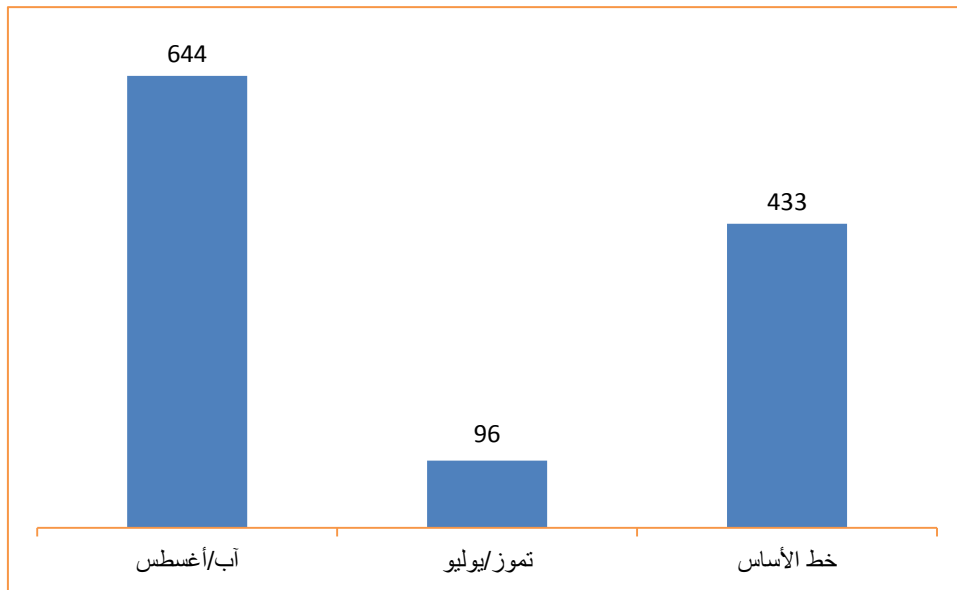
استمرت العمليات العسكرية لفترة 51 يوماً وشهد شهر تموز/يوليو وآب/أغسطس قصفاً مكثفاً. ومن الجدير بالذكر أن شهر آب/أغسطس شهد انخفاضاً في نطاق العمليات العسكرية وحدتها، وشهد فترة هدنة تم الإعلان عنها في الأول من الشهر أفضت إلى وقف إطلاق النار في 13 يوماً بالإجمال خلال الشهر. وهذا الأمر يفسر بوضوح ارتفاع معدلات استخدام خدمات الصحة الإنجابية خلال شهر آب/أغسطس في كافة المرافق.

الشكل رقم 9: استخدام رعاية الحمل في جميع المرافق



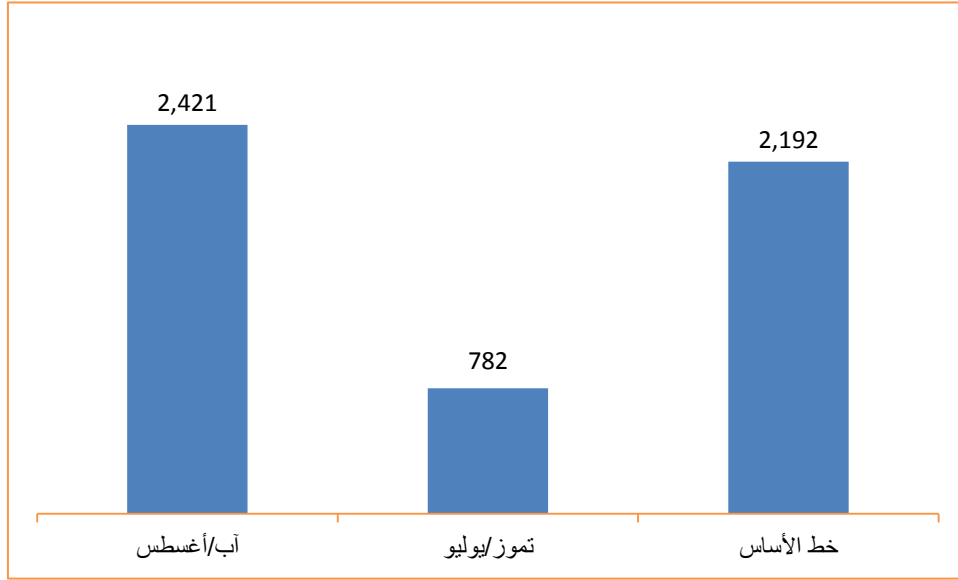
توضح البيانات من مراكز الرعاية الصحية الأولية المشمولة بالدراسة أن شهر تموز/يوليو قد سجل انخفاضاً شديداً في استخدام خدمات الصحة الإنجابية لدى جميع مقدمي الخدمات. ويبين الشكل أعلاه مدى الانخفاض الشديد والإجمالي في استخدام رعاية الحمل في تموز/يوليو بسبب إغلاق المرافق أو محدودية قدرة النساء على الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية أو لكلا السببين. كان الانخفاض في استخدام رعاية الحمل أكثر بروزاً على مستوى تسجيل الحالات الجديدة، حيث أظهرت سجلات تموز/يوليو عدداً يكافئ 22% بالمقارنة مع خط الأساس. وكانت زيارات متابعة الحمل أخفض مما كانت عليه في خط الأساس، ولكن بقي نمط استخدامها أعلى مما هو بالنسبة للحالات الجديدة. وفي كل من الحالات الجديدة وزيارات المتابعة، عادت معدلات الاستخدام في آب/أغسطس إلى المستوى المعتاد، إذ كان عدد أيام الأرملة في شهر آب/أغسطس أقل بكثير مما هو في تموز/يوليو.

الشكل رقم 10: تسجيل حالات جديدة في عيادات رعاية الحمل

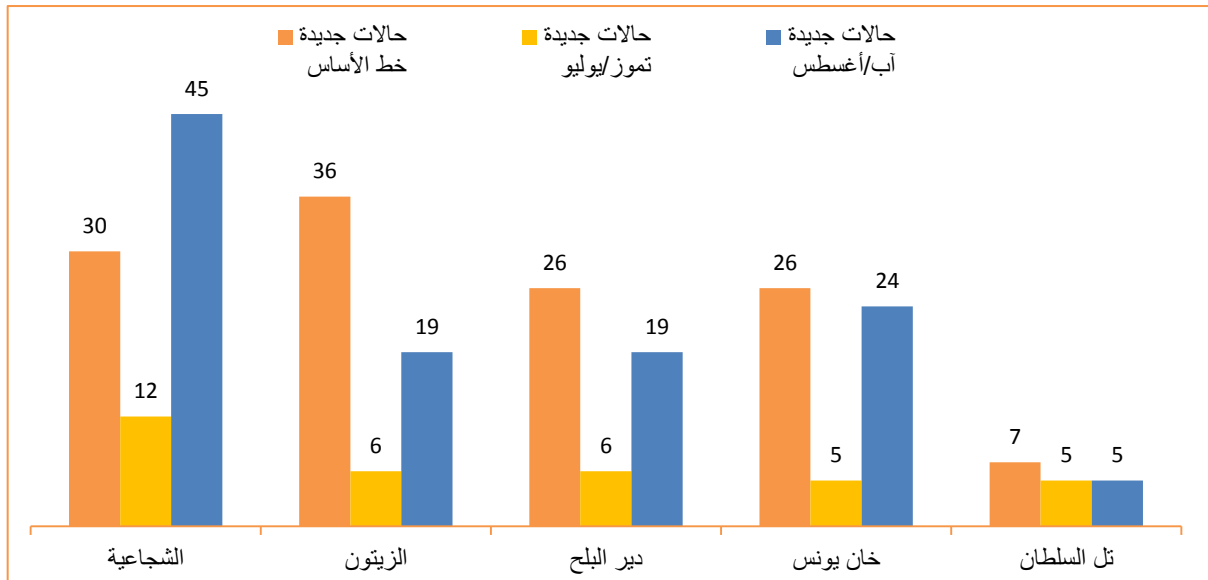


سجلت عيادة مجلس الكنائس في جباليا انخفاضاً بنسبة 62% في رعاية الحمل وبنسبة 83% في رعاية النفاس. ومع أن استخدام هذه الخدمات زاد في شهر آب/أغسطس في هذا المركز، إلا أنه لم يصل إلى مستويات ما قبل الأزمة. وقد يكون ذلك ناتجاً عن واقع أن نسبة ملموسة من سكان شمال غزة نزحوا عن المنطقة ولم يعد بعض منهم إلى مساكنهم.

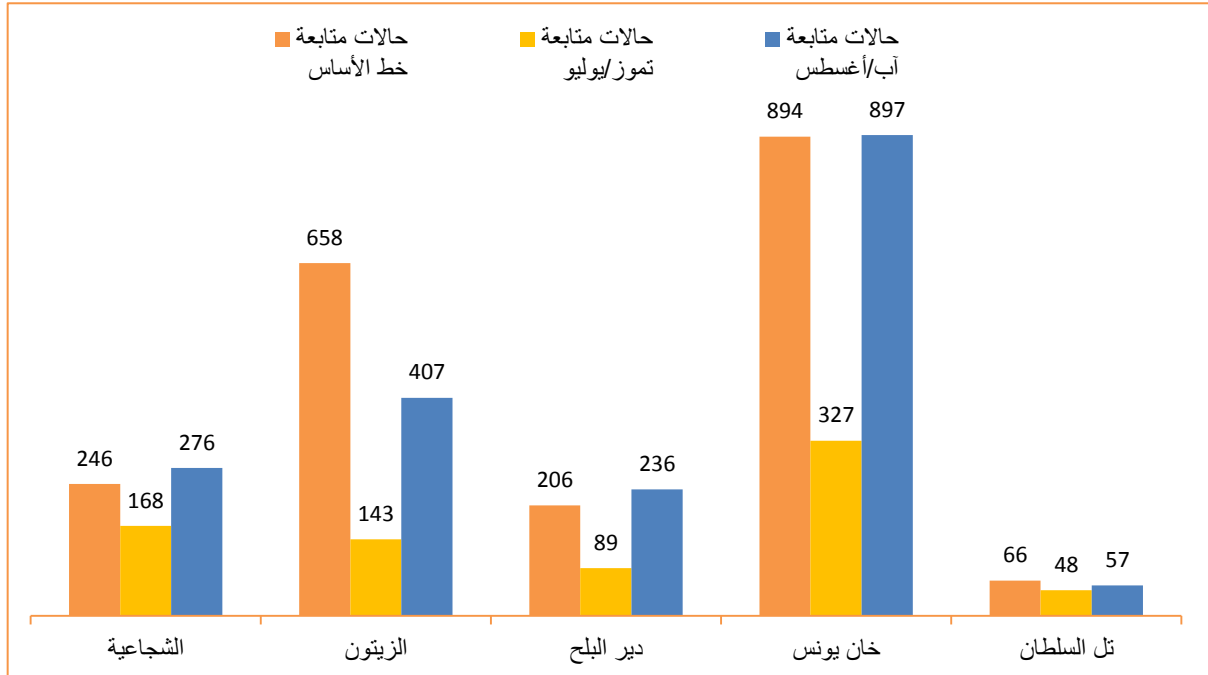
الشكل رقم 11: زيارات متابعة الحمل



الشكل رقم 12: استخدام تنظيم الأسرة في عيادات وزارة الصحة (حالات جديدة)



الشكل رقم 13: استخدام تنظيم الأسرة في عيادات وزارة الصحة (حالات متابعة)



تضررت خدمات تنظيم الأسرة خلال الأزمة، حيث تبين حدوث انخفاض بنسبة 60-90% في عدد المستفيدين في شهر تموز/يوليو. وفيما تحسن معدل استخدام خدمات تنظيم الأسرة خلال شهر آب/أغسطس، إلا أنه لم يعد إلى المستويات السابقة للعدوان. يبين تحليل بيانات الخدمات في وزارة الصحة حدوث توقف شبه كامل في تركيب اللولب أو إزالته أثناء الحرب، وهو ما يمكن تفسيره بنقص القدرات اللازمة لتقديم هذه الخدمة في ذلك الوقت، ونقص القدرة على تعقيم المعدات بالشكل السليم في أوقات الطوارئ وأثناء انقطاع التيار الكهربائي. ومع أن وسيلة الحقن يمكن أن تكون ملائمة كوسيلة مفضلة لتنظيم الأسرة على المدى المتوسط في ظروف الطوارئ، إلا أن الملاحظ أنه لم يتم استخدام ديبو-بروفيرا خلال أيام الحرب إلا بواسطة النساء اللواتي كن يستخدمن هذه الوسيلة من قبل.

من الجدير بالذكر أنه فيما انخفض استخدام العازل المطاطي خلال شهر تموز/يوليو، إلا أنه بالإجمال قد تجاوز مستويات ما قبل الأزمة بقليل في شهر آب/أغسطس. وأظهر استخدام الأقراص أقل مستوى من التفاوت خلال شهري الأزمة. ففي شهر تموز/يوليو، بلغ الانخفاض في الاستخدام 30%، ولكن مستويات الاستخدام في شهر آب/أغسطس عادت إلى مستويات ما قبل الأزمة.

بقيت خدمات الرعاية الصحية الأولية معتمدة إلى حد ما على الوضع الأمني. وأشارت المقابلات مع كل من العاملين والمستفيدين إلى انخفاض ملموس في الخدمات خلال شهر تموز/يوليو، عندما كانت العمليات العسكرية في ذروتها. جرى التبليغ خلال تلك الفترة عن مختلف المضاعفات المرتبطة بالحمل، مع التركيز على ارتفاع ضغط الدم، والنزف قبل الولادة، وآلام المخاض المبكر. وكانت تجري إحالة النساء اللواتي يعانين من هذه الحالات إلى المستشفى مباشرة لتفادي حدوث تدهور في وضعهن. وأفيد أيضاً بارتفاع العبء على خدمات الأونروا، وخاصة في المراكز القريبة من مراكز الإيواء بسبب تدفق النازحين الملتجئين للخدمات في مراكز الأونروا. وتم في وقت الأزمة تقديم الخدمات دون مقابل لجميع

النازحين بصرف النظر عن كونهم لاجئين أو غير لاجئين. وأفادت المؤسسات الأهلية المقدمة للخدمات بأنها تبنت سياسة تقديم الخدمات المجانية أثناء الأزمة لصالح جميع المستفيدين من خدماتها.

توقفت بعض الخدمات مثل التثقيف الصحي والإرشاد والزيارات المنزلية بسبب عدم توفر المواصلات ووجود مخاوف أمنية. وتسبب النقص الشديد في الأدوية والموارد بانخفاض مقاييس بعض الخدمات. وبسبب عدم توفر الوقت ووسائل التعقيم، تعطلت خدمات تركيب اللولب وفحصه وإزالته في جميع المراكز الخاضعة للدراسة. واستمرت خدمات التطعيم ورعاية الحمل اعتماداً على توفر العاملين والموارد. وتسبب النقص في مكملات الحديد والفيتامينات وأدوية الأمراض المزمنة بحدوث انخفاض كبير في هذه الخدمات. وأفاد المراجعون للرعاية الصحية الأولية بمواجهة مشكلات شديدة تتعلق بنقص شروط النظافة ولوازمها. وتسبب نقص الأدوية في المراكز والاضطرار لشرائها من الخارج بأعباء مالية على الأسرة، وأدى ذلك في بعض الأحيان إلى عدم شراء الأدوية الموصوفة أو شراء بعضها فحسب. وأفاد بعض المراجعين الذين جرت مقابلتهم بأنهم قاموا ببيع المعونات الغذائية التي قدمت لهم من أجل شراء أدوية لم تكن متوفرة في مركز الرعاية الصحية.

أدى تعطيل برنامج الزيارات المنزلية إلى نقص شديد في الرعاية المقدمة للمرضى بعد مغادرتهم المستشفى. وأثر ذلك على النساء في فترة النفاس ومرضى الأمراض المزمنة والجرحى.

كما أفاد المراجعون بانخفاض مستوى رضاهم عن الخدمات، وذلك بسبب نقص الأدوية والاضطرار لشرائها من الصيدليات الخاصة.

### 3-4-2 مراكز الإيواء

بالإجمال، نزح أكثر من 500,000 نسمة عن مساكنهم أثناء الحرب. وقد حدثت تقلبات بارزة في عدد الأشخاص النازحين اعتماداً على الوضع الأمني، إلا أنه كان هناك 489,000 نازح قبل الاتفاق على وقف إطلاق النار الذي بدأ في 26 آب/أغسطس. وحسب تقرير مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، سيبقى 108,000 شخص بدون مأوى وبحاجة للبقاء في مراكز الإيواء. كما أفيد بأنه حسب الأول من أيلول/سبتمبر، كانت 31 مدرسة للأونروا تستضيف 58,000 شخص، فيما كان الباقون يقيمون في مجتمعات مضيقة أو لدى أقارب لهم.

بسبب الارتفاع الشديد في عدد الأشخاص الذين نزحوا عن مساكنهم في فترة زمنية قصيرة، فقد كانت متطلبات الاستجابة لاحتياجاتهم تتجاوز قدرات مؤسسات المعونة الإنسانية العاملة في الميدان. فحسب تقرير مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، بلغ عدد الأشخاص النازحين عشرة أضعاف التقديرات لأسوأ سيناريو متوقع. بالتالي، فقد كانت النواقص واضحة أثناء فترة الأزمة في توفير الحجم الكافي والمجال الملائم من المعونات. أجري التقييم الراهن في الوقت الذي شهد عودة غالبية النازحين إلى أماكن سكنهم الأصلية وكان هناك 58,000 شخص فقط من النازحين لا يزالون يقيمون في 31 مدرسة تابعة للأونروا. لذا فمن المتوقع أن يتطلب فهم الوضع الحقيقي خلال فترة العدوان مزيداً من التحليل.

بما أن السكان كانوا ينزحون عن مساكنهم في عجلة من أمرهم بعد أن يتم إشعارهم بأن منزلهم سيتعرض للقصف بعد وقت قصير، فقد كانوا يهرعون إلى مراكز الإيواء دون أن تتاح لهم الفرصة لأخذ لوازمهم الشخصية وكانوا يتركون مدخراتهم ومقتنياتهم وراءهم. وبالتالي، كانوا يأتون إلى مدارس الأونروا في الغالب دون أن تكون لديهم أية مقتنيات شخصية أو ملابس أو نفود أو حتى أية مستندات ثبوتية. وفي وقت التقييم، كان تنظيم الخدمات والبيئة والموارد المتاحة في المراكز

## تقييم الصحة الإنجابية في غزة

التي تشرف عليها الأونروا وهيئات المعونة الأخرى قد بدأ في التحسن، وهو ما يتوقع أن يحسن الظروف المعيشية للأسر للنازحة.

يستعرض الجدول أدناه أبرز المتغيرات في وضع مراكز الإيواء التي شملها التقييم.

الجدول رقم 8: الأوضاع العامة في مراكز الإيواء

جهة الإشراف	التفاح غزة	الأمل خان يونس	بيت حانون	شمال غزة	دير البلح	رفح	شرق غزة*
عدد السكان	1071	3061	664	2373	1083	1000	الأونروا
عدد السكان لكل مرحاض	45	123	37	170	36	125	الأونروا
مرافق غسل الأيدي	لا	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	لا
مرافق الاستحمام	نعم	لا	لا	لا	نعم	لا	لا
كمية المياه للفرد في اليوم	5 لتر	5 لتر	3 لتر	1.5 لتر	5 لتر	3 لتر	3 لتر
المسافة إلى المركز الصحي على الأقدام	10 دقائق	10	10	أكثر من 30 دقيقة	45	20	10
المسافة إلى المستشفى	20 دقيقة	10	10	60	45	45	20
توفر خدمات صحية في الموقع	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
رعاية الحمل	نعم	لا	لا	نعم	لا	لا	لا
صحة الأم والطفل	نعم	لا	لا	لا	لا	لا	لا
رعاية النفاس	نعم	لا	لا	لا	لا	لا	لا
التطعيم	لا	لا	لا	لا	لا	لا	لا
طب عام	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
غيريات	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
نظام الإنذار المبكر	لا	لا	لا	لا	لا	لا	غير متوفر
أعلى ثلاث أولويات	1	النزلة المعوية	الجلد	الحمى	الجلد	النزلة المعوية	السحايا
	2	الجلد	النزلة المعوية	الجلد	الجلد	الجلد	النزلة المعوية
	3	الجلد	التسمم الغذائي	الحمى	التسمم الغذائي	النزلة المعوية	الجرب
التعزيز الصحي	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
المهنيون الصحيون	طبيب	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
	تمريض	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم
	قابلات	لا	لا	لا	لا	نعم	لا
	متفقون	لا	نعم	لا	نعم	نعم	لا
	عاملو تنظيف	20		4		9	

\* أخذت الإجابات من السكان المقيمين في مركز الإيواء بسبب رفض مدير المركز أن يتعاون.

يبين الجدول مدى التنوع في الظروف المعيشية في مراكز الإيواء المشمولة بالدراسة. ويظهر التباين الكبير في نسبة الأفراد لكل مرحاض، حيث تبلغ النسبة أكثر من 100 فرد للمرحاض الواحد في بعض المراكز. وهذا العامل، جنباً إلى جنب مع غياب مرافق الاستحمام في أغلب المراكز (باستثناء اثنين) وتوفر المياه بكميات قليلة جداً للمقيمين في مراكز الإيواء، يؤكد

على تردي مستوى شروط النظافة الصحية. وإذا اجتمع ذلك مع نقص الموارد المالية لشراء لوازم النظافة وانخفاض المعنويات والاكنتاب، يؤدي ذلك كله إلى انتشار واسع لأمراض الجلد والنزلات المعوية بين الأطفال.

قامت الأونروا، بعد وقف إطلاق النار، بتوظيف عاملين صحيين في كل مدرسة بهدف تقديم الخدمات الطبية العامة الأساسية والتثقيف الصحي. وتشير المعلومات التي تم جمعها من مراكز الإيواء إلى أن هذه الخدمات قد أصبحت متاحة للمقيمين في مراكز الإيواء بعد أن كانت غائبة في وقت العدوان، حيث لم تكن الرعاية الطبية تتاح إلا من خلال طواقم متنقلة تزور مراكز الإيواء أو من خلال التوجه إلى المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة أو الأونروا أو المؤسسات الأهلية. إلا أنه يفاد بأن هذا الخيار لم يكن في المتناول بسبب تعذر الحركة أثناء العدوان وعدم توفر النقود اللازمة للمواصلات أو لدفع ثمن الأدوية، إلى جانب خشية النساء على الأخص من ترك الأطفال بمفردهم في مراكز الإيواء أثناء الخروج لالتماس الرعاية الصحية.

تشير البيانات التي تم جمعها خلال التقييم إلى أن الخدمات الصحية التي تتوفر في مراكز الإيواء لدى الأونروا تنقصها خدمات الصحة الإنجابية، وبالتالي تتم إحالة المحتاجين لها إلى مرافق خارجية. ولوحظ أن مركز الإيواء في دير البلح فقط قد وظف قابلة ضمن الطاقم الصحي العامل لديه. ولكن حتى في هذا المركز الذي تتوفر فيه قابلة، لم يكن يجري تقديم خدمات الصحة الإنجابية، والتي كانت غائبة عن مراكز الإيواء باستثناء المركز الموجود في حي التفاح في غزة.

احتلت المشكلات الصحية الناتجة عن نقص النظافة وتردي الظروف البيئية المرتبة الأولى بين بواعث القلق التي عبر عنها المبحوثون من جميع مراكز الإيواء التي جرت زيارتها. ويعد الأشخاص الذين نزحوا إلى مراكز الإيواء وظلوا فيها بعد وقف إطلاق النار من الفئات الأشد فقراً التي لا تملك سوى القليل من الفرص لاستئجار مسكن أو إصلاح مسكنها المدمر، أو تملك القليل من الدعم العائلي الذي يمكنها الركون إليه. وقد أفاد المشاركون في المجموعات البؤرية والمقابلات الفردية، رجالاً ونساءً من المقيمين في مراكز الإيواء، بأنهم فقراء ولا يملكون المال لدفع تكاليف الخدمات أو تلبية الاحتياجات.

عندما توجد حاجة لخدمة خارج مركز الإيواء، فلن نتمكن من الذهاب إليها لأننا سنحتاج المال مقابل المواصلات، وإذا لم تكن الأدوية متوفرة، فلن نتمكن من شرائها من الصيدلية.

نحن نبيع المعونات الغذائية لكي نشترى حليب الأطفال أو الأدوية أو الاحتياجات الأخرى التي لا يتم توفيرها لنا. حتى إذا تم توزيع مواد النظافة في إحدى المرات، فقد استهلكنا تلك المواد خلال أسبوع وبعدها لم يقم أحد بتزويدنا بمواد جديدة.

*النساء والرجال في مراكز الإيواء*

### توفر خدمات الصحة الإنجابية

أفاد جميع المشاركين في نقاشات المجموعات البؤرية والمقابلات الفردية مع سكان مراكز الإيواء بتوفر بعض الخدمات الطبية، إلا أن 100% من النساء في المجموعات البؤرية أفدن بغياب خدمات الصحة الإنجابية مثل رعاية الحمل أو تنظيم الأسرة أو علاج الأمراض المنقولة بالجنس. ونمت إحالة النساء لتلقي هذه الخدمات خارج مرافق مراكز الإيواء. إن هذه النتيجة تتماشى مع قائمة مراجعة مراكز الإيواء المعروضة أعلاه، وتؤكد أيضاً غياب خدمات الصحة الإنجابية داخل



مراكز الإيواء. وإذا لاحظنا أن النساء والفتيات يشكلن نسبة كبيرة من المقيمين في مراكز الإيواء وواقع أن احتياجات الصحة الإنجابية لكلا الفئتين تمثل مثار اهتمام رئيسي للصحة العامة والصحة النفسية، فإن الإخفاق في دمج هذه الخدمات في حزمة الخدمات الأساسية يشكل نقصاً خطيراً في الاستجابة الإنسانية.

علاوة على ذلك، أفاد جميع المبحوثين بأنهم تركوا كل مقتنياتهم وراءهم، بما فيها المال، عندما هربوا من القصف. وبالتالي فإن النساء اللواتي جرت إحالتهم إلى خدمات طبية خارجية عجزن عن الوصول إلى هذه الخدمات لأسباب أمنية ومالية.

### مشكلات الصحة الإنجابية:

#### • الحمل

أفادت 80% من النساء المشاركات في المجموعات البؤرية بأنهن عانين أو لاحظن معاناة نساء أخريات من تزايد في مضاعفات الحمل المتعلقة بالتوتر والخوف أثناء الحرب. وروت مختلف المشاركات قصصاً عن النزف أو الولادة قبل الأوان أو وفاة الطفل، وربطن ذلك بالتوتر والخوف الناتج عن الأزمة والقتال المرتبط بها وفقدان أفراد الأسرة والمسكن والممتلكات.

#### • الولادة

أصبح الحمل والولادة يمثلان مصدر رعب للنساء أثناء الأزمة. وأعربت النساء في المجموعات البؤرية في مختلف أنحاء غزة عن قلقهن بشأن المكان الذي سيلدن فيه وما الذي يمكن أن يحدث للطفل الذي سيعيش في مثل هذه البيئة غير الآمنة.

نزحت عن بيتي يوم 8 آب/أغسطس في شرق دير البلح ومشيت إلى مركز الإيواء، وعندها نزلت ماء الرأس عليّ مع أنه لم يحن أوان الولادة بعد. أخذوني إلى المستشفى وبقيت هناك لمدة يومين قبل أن أرجع إلى مركز الإيواء من جديد. أرضعت طفلي رضاعة طبيعية، وبسبب نقص النظافة، عانيت من تشقق في الحلمتين واضطرت للتوقف عن الرضاعة الطبيعية.

إن الطفلة لا تبدو على ما يرام، وهي تعاني دائماً من المغص والانتفاخ ويظل الذباب من حولها دائماً.

ولدت طفلي في مستشفى الشفاء ورجعت إلى البيت. وقد اضطررنا للهرب تحت النيران. وعندما بدأت أركض، انحلت القطب، ولكن ليس بإمكانني أن أحصل على أية رعاية هنا في مركز الإيواء.

*امرأة من الشجاعة*

#### • الأمراض المنقولة بالجنس

أفاد العاملون في الرعاية الصحية الأولية بحدوث انخفاض ملموس في أنماط التماس الرعاية بشأن الأمراض المنقولة بالجنس. وأفادت النساء في مراكز الإيواء بأعراض توحى بإصابتهم بمثل هذه الأمراض أو بالالتهابات المهبليّة. وقد ساهم في تضخيم أعراض الأمراض المنقولة بالجنس نقص المياه ومرافق الصرف الصحي الذي تم توثيقه في جميع مراكز الإيواء تقريباً، إلى جانب غياب خدمات الصحة الإنجابية داخل هذه المراكز.

### • تنظيم الأسرة

أجابت 90% من النساء بأن هناك حاجة لتنظيم الأسرة واعتقدت البقية أنه لا داعٍ لتنظيم الأسرة من أجل التعويض عن القتلى. كانت خدمات تنظيم الأسرة غائبة عن مراكز الإيواء، وجرت إحالة النساء الراغبات بهذه الخدمة إلى مرافق خارجية.

عموماً، أظهرت مناقشات المجموعات البؤرية في مراكز الإيواء أن ثمانين نساء من كل عشرة كن يعتقدن أن من المهم توفر خدمات تنظيم الأسرة حتى أثناء الأزمة، إذ أن الأفق المنظور لإنجاب الأطفال لا يبدو إيجابياً. فقد أفادت النساء بأنهن يشعرن بعدم الرضا عن فكرة إنجاب أطفال لكي يعيشوا الواقع السائد في غزة. واعتقدت بقية النساء أنه يجب أن يستمر إنجاب الأطفال وأن يزداد في الوضع الراهن من أجل تعويض الأشخاص الذين فقدوا في الأزمة.

شكل الحيض مصدر رعب للنساء في مراكز الإيواء. فقد كانت الشابات يحجمن عن الذهاب إلى الحمام بسبب نقص النظافة وسوء حال المرافق. كما أن عدم توفر الفوط الصحية فرض استخدام قطع قماش محل الفوط، مما سبب قدراً كبيراً من الإزعاج. وأفادت البعض بأنهن استخدمن أقراصاً لمنع الحمل للاستفادة من تأثيرها في وقف حدوث الحيض.

إن ظروف المعيشة في مراكز الإيواء صعبة للغاية. فيمكن أن تستوعب الغرفة الصيفية الواحدة 50-80 شخصاً من 6-11 أسرة. وهذا الأمر يحد بشدة من إمكانية العيش بالشكل الطبيعي ويحرم من الخصوصية ويقوض التواصل الطبيعي بين أفراد الأسرة، بما في ذلك فرصة الالتقاء بالزوج على انفراد، وهذا الأمر اعتبر ظرفاً تلقائياً يعزز تنظيم الأسرة.

سادت في مراكز الإيواء التي جرت زيارتها بعد الأزمة ممارسة شائعة، هي أن تخصص الغرف الصيفية للنساء والأطفال فيما يتم إبقاء الرجال في الممرات أو في الملعب الخارجي. هذه الممارسة، إلى جانب أنها تتطوي على إهانة للطرفين، أصبحت وسيلة للفصل وأضرت بالتواصل بشكل بالغ.

### • الرضاعة الطبيعية

حاولت النساء النازحات عن مساكنهن أن يحافظن على الإرضاع الطبيعي، ولكن التوتر وسوء التغذية ونقص الخصوصية في مراكز الإيواء شكلت عوامل معيقة تحول دون الاستمرار في الرضاعة الطبيعية. وقد أفادت بعض النساء بأنهن اضطررن لبيع المخصصات الغذائية من أجل شراء حليب الأطفال. كانت الاتجاهات بشأن الرضاعة الطبيعية إيجابية جداً، وكان هناك إدراك لفوائد حليب الأم للطفل وتوفره المستمر في الظروف الطبيعية. إلا أنه تم اعتبار الأزمة والتجرب بمتابة نقطة الانقطاع التي حالت دون استمرار هذه الممارسة.

ولدت طفلي في البيت، وعندما نزلنا، لم أستطع أن أحمل ملابس طفلي. وقد جفّ حليبي ولم أستطع أن أباشر الرضاعة الطبيعية. أصيب الطفل بالتهاب في الأذن، ثم أصابه إسهال واضطروا لإعطائه السوائل الوريدية في المستشفى، وأحالوني إلى العيادة لكي أوصل العلاج. إن هذا العلاج يحتاج إلى المال وأنا لا أملك المال.

امرأة من مركز الإيواء في رفح

### • العنف

أتى الناس المقيمون في مراكز الإيواء من خلفيات اجتماعية واقتصادية وجغرافية متنوعة. وعلاوة على ذلك، أفادت بعض الأسر بأنها تنقلت من مركز إيواء إلى آخر ومن مركز إيواء إلى أسرة مضيقة ثم إلى مركز إيواء. حدث ذلك في ظل

أوضاع محفوفة بالخطر وتفتقر إلى أدنى درجات الأمن مما أدى إلى فقدان أفراد من الأسرة وزيادة الضغط النفسي على الأسرة ككل. كما تعطلت الحياة الطبيعية أثناء فترة البقاء في بيئة مركز الإيواء، حيث أفاد كل من النساء والرجال بفقدان الخصوصية، وزيادة مشاعر الغضب والإحباط، وزيادة الميل إلى العنف.

وأفادت النساء في المجموعات البؤرية بانقطاعهن عن الإرضاع الطبيعي، وتؤدي ظروف النظافة، وغياب الراحة، وتدني بيئة التواصل مع أفراد الأسرة، وتكرار الخلافات مع الأسر الأخرى.

أفاد المهنيون وأفراد الأسر النازحة في المقابلات بنسبة 100% بوجود أنواع مختلفة من العنف. ومع أنهم لم يصرحوا بوجود عنف جنسي، فإن الإفادات عن العنف الجسدي واللفظي والنفسي كانت واسعة الانتشار بين النساء، حيث أشرن بالأساس إلى ممارسة العنف بواسطة أفراد الأسرة الذكور ومقدمي الخدمات في مراكز الإيواء.

وأفيد بحالات عديدة من المعاملة غير العادلة والمحاباة في مراكز الإيواء. وساد تصور بأن توزيع المؤن الغذائية واحتياجات النظافة كان يتم لصالح أولئك الذين يتمتعون بعلاقات أفضل مع مدير المركز.

"إذا حدث وأن عايشت حرباً أخرى، فلن أذهب أبداً إلى مركز إيواء".

امرأة في أحد مراكز الإيواء

## حالة من الحمل المصاحب بمضاعفات ناتجة عن الحرب



(س) محمد علي حسين، امرأة عمرها 34 سنة من غزة، تزوجت وهي في عمر 14 سنة وهي الآن حامل في طفلها التاسع. لم يحدث لس أن عرفت الحيض في حياتها، إذ أنها تزوجت قبل أن يبدأ الحيض لديها، ومنذ ذلك الحين وهي إما حامل أو مرضع.

## س تروي قصتها أثناء الأزمة في غزة:

"أنا أسكن في بيت حانون شمال غزة، وأنا الآن في الأسبوع 23 من حملي التاسع. وقد زرت عيادة رعاية الحمل مرة واحدة فقط خلال هذا الحمل في عيادة الأونروا في جباليا. تعرض منزلي للقصف ونزلت عليّ ماء الرأس، فذهبت إلى مستشفى العودة في سيارة إسعاف، وكنت أيضاً مصابة بجرح في ساق اليمنى. بعد هذه الحادثة، أصبح لدي هبوط في ضغط الدم، وصعوبة في التنفس، وغباش في الرؤية. أنا أشعر بالفرح من الحالة وخاصة في مركز الإيواء بعد أن جرى قصف منزل مجاور. لا توجد لدي أدنى فكرة أين سألد وما إذا كنت سأعيش لألد، ولكن الأرجح أنني سأحتاج إلى ولادة قيصرية لأن آخر ولادة لديّ تمت بواسطة عملية.

كنت في العادة هادئة الطبع، والآن أصبحت عصبية جداً وأنخرط بالبكاء دون أي سبب وأبقى بعيدة عن الآخرين. وأصبحت في مركز الإيواء أشعر بلامبالاة. حتى عندما مرض ابني الصغير، لم أخذه للعلاج لأنني كنت أخاف أن يحدث شيء ما لأطفالي السبعة إذا تركتهم في مركز الإيواء دون ملاحظة.

هنا في مركز الإيواء، أنا أتقاتل مع أطفالي أو مع زوجي أو حتى مع الآخرين لأنني لم أعد أحتمل أي شيء، وفي إحدى المرات ضربني زوجي هنا في المدرسة".

## 3-4-3 المجتمعات المضيفة

تشكلت البيئة العامة التي شهدتها المجتمعات المضيفة من مساكن مكتظة تنقصها الموارد وتغيب عن اهتمام وكالات المعونة. أجريت 12 زيارة ميدانية إلى أسر مضيضة من غزة (4)، وبيت لاهيا (2)، وجباليا (2)، ورفح (1)، والمغازي (1)، وخان يونس (1)، ودير البلح (1).

يتم تأمين الوصول إلى الرعاية من خلال القطاع الخاص فقط أو من خلال التوجه إلى مركز للصحة العامة. وهذا الأمر غير ممكن بسبب نقص الأموال. في 10 من أصل 12 لقاءً مع أسر مضيضة، لم يكن الوصول إلى الرعاية متاحاً واعتبر الباحثون أن الخدمات لم تكن كافية بتاتاً. وكانت خدمات الصحة الإنجابية على الأخص غير ميسرة للأشخاص النازحين الذين تستضيفهم أسر أخرى وكان عليهم شراء الخدمات من الممارسين في القطاع الخاص، ولكن هذا الأمر لم يكن ممكناً لأسباب مالية.

نتيجة للاكتظاظ وانقطاع الكهرباء لفترات طويلة ونقص المياه ووسائل النظافة وأدواتها، أفاد كل من النازحون والأسر المضيفة بانتشار الأمراض الجلدية والتهابات المسالك البولية وأمراض الإسهال بين الأطفال.

على النازحين الذين تؤويهم مجتمعات محلية مضيضة أن يبرزوا بطاقة نازحين من مركز إيواء حتى يسمح لهم بالاستفادة من الخدمات الصحية أو تلقي المساعدات الغذائية أو المواد غير الغذائية. وفي العادة لا تمنح هذه البطاقة لمن لا يقيمون في مراكز الإيواء، مما يسبب عاملاً إضافياً للتوتر للأشخاص المهجرين داخل المجتمعات المضيفة.

كما أن تردي الأوضاع المعيشية لدى الأسر المضيفة وارتفاع معدل البطالة قد تفاقم بقدر أكبر بسبب تدفق الأسر النازحة التي أتت دون أن تتوفر معها أية موارد. وازداد الوضع سوءاً بسبب أن هذه الأسر غير مسجلة لكي تصبح مؤهلة للحصول على المعونات، مما عمق من اعتمادها على الأسر المضيفة. وأدى ذلك على وجه الخصوص إلى قدر كبير من الإزعاج، وأضرّ بالمستوى المعيشي للأسر المضيفة أو المضافة على السواء، وأضاف إلى أعباء التهجير عبئاً اقتصادياً ونفسياً جديداً.

أفاد جميع الباحثين بالعنف في نقاشات المجموعات البؤرية وخلال المقابلات الفردية. واشتملت العوامل التي ساهمت في ظهور العنف في هذه البيئة الإيوائية المصغرة على التوتر الناتج عن الأزمة، والتهجير، وفقدان النازحين لمساكنهم، ونزوحهم عنها تاركين كل شيء وراءهم، ومحدودية قدرة الأسر المضيفة على التدبر مع العبء المالي المرتبط باستضافة أسر إضافية. وكان العنف الذي وصفته النساء في المجموعات البؤرية يتبع نمط النظام الأبوي في الأسرة الفلسطينية، إذ كان موجهاً من رب الأسرة إلى الأبناء الذكور، والذين بدورهم كانوا يعنفون زوجاتهم، ثم تقوم الزوجات بتفريغ غضبهن وإحباطهن في أبنائهن.

أفيد في ثلاثة من المواقع التي جرت زيارتها بحدوث توتر بين الأسرة النازحة والأسرة المضيفة، ونتج ذلك عن إساءة استعمال مرافق الأسرة المضيفة (أفادت إحدى النساء أن كسراً أصاب المغسلة في المنزل ونتج عنه نزاع كبير بين أسرتها والأسرة المضيفة).

فيما كان باستطاعة الأطفال في بيئة مراكز الإيواء أن يخرجوا للعب في الساحة، فإن الأطفال المقيمين لدى أسر مضيضة (في شقة سكنية في العادة) لم يملكوا فرصة الخروج للعب. فقد بقي هؤلاء الأطفال محصورين في البيت، مما سبب الشد العصبي لدى كل من الأطفال والكبار. نتيجة لذلك، ومع إضافة الضغط النفسي المرتبط بالعدوان، نشأت بيئة شديدة التوتر ساهمت في تزايد العنف الأسري.

## 4. الإستنتاجات

جاءت أزمة غزة بعد 7 سنوات من التدهور المتواصل في نظام الصحة. فحتى في بداية العدوان، كان هناك نقص في المواد الطبية، حيث لم يتوفر أي مخزون من بعضها، فيما كان مخزون البعض الآخر على مستوى منخفض جداً. وقد بلغ نقص الأدوية والمستهلكات حوالي 50%.

وكان يحدث تأخير في تجديد الأجهزة الطبية وتصليحها عند الحاجة. ومع ارتفاع العبء إلى الحد الأقصى أثناء العدوان الحالي، ازداد الوضع سوءاً، ولم تعد 50% من الأجهزة الطبية في المرافق الصحية صالحة للعمل.

وقد تم تسجيل حدوث تدمير بالغ للمستشفيات والعيادات وسيارات الإسعاف ونقص في الطواقم الطبية، مما زاد من إضعاف قدرة نظام الصحة على التدبر مع الوضع.

أظهر العاملون الصحيون قدرة غير مسبوقة على التحمل والصمود، مما ساعد على تخفيف أثر الأزمة. وتم اتباع آليات قوية جداً للتدبر، من ضمنها إعادة ترتيب نظام العمل، وإعادة توزيع أعباء العمل، وتوفير مستوى عالٍ من الدافعية.

تضررت حالة الصحة الإنجابية وخدماتها بشدة خلال 51 يوماً من العدوان. إن فقدان نساء حوامل لحياتهن، وارتفاع أعداد وفيات الأمهات والمواليد ليسا إلا شاهدين على الضحايا المتوارين في الظل أثناء القتال.

كان من الواضح حدوث تصاعد في المضاعفات أثناء الحمل، مما أثر على صحة النساء وساهم في زيادة العبء على خدمات الرعاية الصحية المجهد.

تعطلت إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية في أوقات القتال. وأضر ذلك بشدة من حق النساء في الوصول إلى الخدمات الأساسية مثل رعاية الحمل وتنظيم الأسرة. إن هذا الانقطاع عن الوصول إلى الخدمات الأساسية سيكون له أثر على المدى القريب والبعيد على النساء وأطفالهن.

عاشت الأسر النازحة في ظروف صعبة للغاية تمثلت بفقدان الكرامة والموارد والوصول إلى الرعاية الأساسية. فقد كان الوصول إلى الخدمات الأساسية محدوداً جداً أثناء القتال ولم يكن باستطاعة الناس شراء الخدمات عند حاجتهم لها. وعلى الرغم من السعي الحثيث لجعل الخدمات الصحية متاحة من خلال طواقم صحية ثابتة ومنتقلة، إلا أن خدمات الصحة الإنجابية لم تكن متاحة في الغالب في مراكز الإيواء حتى بعد وقف إطلاق النار.

تشكل السلامة النفسية للأسر والنساء بشكل خاص مصدراً بارزاً للقلق. فتراكم التوترات الناتجة عن فقدان أفراد من الأسرة وخسارة المسكن والفقر الشديد والتهميش قد كان مرتبطاً بتزايد مستويات العنف وساهم في إحداث أثر سلبي مدمر على الصحة النفسية للنساء.

## 5. التوصيات

توجد حاجة ملحة لإعادة تأهيل نظام الرعاية الصحية في غزة. ويلزم أن تجري إعادة تأهيل لكل من البنية التحتية للنظام وأدائه لوظائفه ليس كأحد متطلبات التأهب للطوارئ فقط، بل أيضاً حتى يصبح النظام قادراً على التدبر مع الاحتياجات اليومية المتنامية لأهالي غزة والاستجابة لها بفاعلية.

يوصى بأن تبنى جهود إعادة التأهيل حول الفكرة التحولية التي تقضي بأن "يعاد البناء بشكل أفضل"، مع الأخذ في الاعتبار كلاً من البنية التحتية والأجهزة والمواد والموارد اللازمة لكي تتمكن مرافق الرعاية الصحية من الوفاء بوظائفها.

يجب أن يأخذ تأهيل الخدمات الصحية باعتباره التواصلية المنطقية والسليمة للرعاية من المجتمع إلى الرعاية الصحية الأولية ومن ثم إلى المستشفيات بطريقة تسمح بانتقال المستخدمين السلس بين المستويات الثلاثة في كل الأوقات.

تماشياً مع الاستراتيجية الصحية الوطنية وسعيها لتحسين جودة الرعاية، من المهم للغاية دعم تدخلات الإنعاش البنيوية بأنشطة برمجية مصممة لتحسين أداء خدمات الرعاية الصحية على جميع المستويات.

من الضروري اتخاذ إجراءات عاجلة للوصول إلى السكان النازحين بحزمة كاملة من الخدمات، إذ لا تزال هناك عوائق بنيوية واقتصادية قائمة بشكل واسع. ومن الخيارات المتاحة للعمل الفوري أن يتم توسيع الخدمات القائمة داخل مراكز إيواء النازحين والخدمات الصحية المتنقلة في المناطق النائية.

وهناك حاجة ملحة في هذا الوقت لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والدعم النفسي والتعامل مع العنف القائم على النوع الاجتماعي.

من الضروري كذلك، وبشكل عاجل، أن يتم تحسين الظروف المعيشية في مراكز الإيواء من حيث البيئة وتوفير الإمدادات الكافية من لوازم الحياة اليومية وسبل التفرغ النفسي. وثمة حاجة ملحة لتقديم المعونات الغذائية وغير الغذائية، وهو أمر يقع خارج نطاق ولاية قطاع الصحة، ولكنه يؤدي إلى أضرار جسدية ونفسية.

يلزم أيضاً الإسراع في إجراء مزيد من التقييم والوصول إلى الأسر النازحة داخل المجتمعات المحلية، إذ أن هؤلاء في العادة هم من تغفل عنهم أعين هيئات المعونة ومقدمي الخدمات.

## 6. المراجع

1. ورقة مناقرة، منظمة الصحة العالمية، يونيو 2014
2. تقرير عن الأدوية والمستهلكات، الإدارة العامة للصيدلة في وزارة الصحة، يوليو 2014
3. وقائع من إجتماع مجموعة الصحة، 31 يوليو 2014
4. تقرير الوضع رقم 11، وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية، 29 أغسطس - 5 سبتمبر
5. تقرير التقييم الأولي، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية للأمم المتحدة، 27 أغسطس 2014

## 7. الملحقات

- الملحق 1: أداة منظمة الصحة العالمية لجمع البيانات الكمية
- الملحق 2: أداة صندوق الأمم المتحدة للسكان لجمع البيانات الكيفية
- الملحق 3: اليوم الصور



## الملحق 1: أداة منظمة الصحة العالمية لجمع البيانات الكمية

## 1.1 Joint Cluster Partner Rapid Health Sector Assessment RH Questionnaire – Health Facilities

Name and signature of the team leader of the assessment team:

Date:

A		GENERAL INFORMATION				
1	Name and Position of the Key Informant					
2	Contact phone and mail					
3	District					
4	Health Facility Name					
7	Ownership	<input type="checkbox"/> MOH	<input type="checkbox"/> UNWRA	<input type="checkbox"/> NGO	<input type="checkbox"/> other (describe)	
B		INFRASTRUCTURE				
1	Health Facility damaged	<input type="checkbox"/> Fully Damaged	<input type="checkbox"/> Partially Damaged	<input type="checkbox"/> Not Damaged		
2	Service still in original place?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
3	Health facility status	<input type="checkbox"/> Fully Functioning	<input type="checkbox"/> Partially Functioning	<input type="checkbox"/> Non-functioning		
Fully functioning = 100% of previous services functioning   partially functioning = when one or more of the usual services provided are not functioning (please describe the situation in the comment section (e.g. only 3 basic services are functioning – or there is only minor change to the usual services)						
4	Reason for closure of HF	<input type="checkbox"/> Damaged	<input type="checkbox"/> Security	<input type="checkbox"/> Staffing		
5	If no – where did the facility relocate to	Alternative fixed building <input type="checkbox"/> tent <input type="checkbox"/> facility closed with no replacement <input type="checkbox"/> replaced by mobile clinic <input type="checkbox"/> other pls. describe Distance to old structure < 10 min. on foot <input type="checkbox"/> > 20 min on foot <input type="checkbox"/> > 30 min. on foot <input type="checkbox"/>				
C		HEALTH SERVICES				
Please provide appropriate answer (Yes or No) & provide numbers where applicable		Functioning prior to the conflict 0=No 1 = Yes	Functioning Now 0=No 1 = Yes	Number of cases in July 2014	Number of cases in August 2014	
1	C3. Neonatal Health	Counsel activities about breast feeding (exclusive BF up to complete 6 months and continue BF with adding supplementary feeding)				
2		Presence or distributing breast milk substitute (artificial formula) inside PHC centers or shelters				
3		Number of neonates seen at neonatal emergency section				
4		Number of neonatal admitted cases				
5		Number of neonatal deaths				
6		Number of Premature cases out of admission number in the neonatal department				
7		Neonatal feeding inside the unit - (milk formula)				
8		Neonatal feeding inside the unit - (expressed breast milk)				
1	C4. Child Health	Expanded Programme of Immunization: routine immunization against all national target diseases				

C	HEALTH SERVICES Please provide appropriate answer (Yes or No) & provide numbers where applicable	Functioning prior to the conflict 0=No 1 = Yes	Functioning Now 0=No 1 = Yes	Number of cases in July 2014	Number of cases in August 2014
2	Vaccination coverage: how many children were vaccinated				
3	Cold chain functioning				
4	Screening of malnutrition (growth monitoring by anthropometric measurement W/A, H/A, W/H)				
5	Diarrhea and other (RTI, meningitis....) acute illness diseases management				
6	Continue active PKU and TSH screening programme				
1	C5. Nutrition	Screening of malnutrition or anemia for pregnant & lactating women			
2		Screening of malnutrition or anemia for children at 12 months old			
3		Screening of malnutrition (growth monitoring by anthropometric measurement W/A, H/A, W/H)			
4		Provision of supplementary micronutrients for children			
1	C6. Antenatal care	assess pregnancy			
2		birth and emergency plan			
3		advise/counsel on nutrition of the mother			
5		self-care and family planning			
6		preventive treatment(s) as appropriate			
7		tetanus toxoid			
1	C7. Essential newborn care	Skilled care during childbirth for clean and safe normal delivery			
2		basic newborn resuscitation + warmth,			
3		vit K supplementation			
4		clean cord care			
1	C8. Basic Emergency Obstetric Care (BEmOC)	manual removal of placenta			
2		removal of retained products with manual vacuum aspiration (MVA) if needed			
3		assisted vaginal delivery			
1	C9. Comprehensive Emergency Obstetric Care (CEmOC)	Basic Emergency Obstetric Care plus caesarian section plus safe blood transfusion			
2		safe abortion care including antibiotic prophylaxis, uterine			



C	HEALTH SERVICES Please provide appropriate answer (Yes or No) & provide numbers where applicable	Functioning prior to the conflict 0=No 1 = Yes	Functioning Now 0=No 1 = Yes	Number of cases in July 2014	Number of cases in August 2014
D	HUMAN RESOURCES (please specify the number of the available core staff ON AVERAGE during 24 hours)				
1	Doctors	Before the conflict(#: ____ ) During the conflict ( #:_____)After the conflict ( #:_____)			
2	Nurse	Before the conflict(#: ____ ) During the conflict ( #:_____)After the conflict ( #:_____)			
3	Midwife	Before the conflict(#: ____ ) During the conflict ( #:_____)After the conflict ( #:_____)			
4	Technicians	Before the conflict(#: ____ ) During the conflict ( #:_____)After the conflict ( #:_____)			
5	Pharmacists	Before the conflict(#: ____ ) During the conflict ( #:_____)After the conflict ( #:_____)			
7	Others (specify)	Before the conflict(#: ____ ) During the conflict ( #:_____)After the conflict ( #:_____)			
<b>D COMMENTS/REMARKS:</b> please comment on issues that have been discussed using the number of the question you'd like to comment on					
Further space for comments and remarks please use same numbering as before					

### 1.2 Joint Cluster Partner Rapid Health Sector Assessment —SHELTER COMPONENT

Name and signature of the team leader of the assessment team:

Date:

H	GENERAL INFORMATION			
1	Name & role of the KI			
2	Contact Phone/mail			
3	District			
4	Name of Shelter site			
5	Shelter manager:	UNWRA	Government	other (pls. Specify)
6	Shelter Population (Number of....)	Female < 5 female < 18 female > 18 female > 60 female total	male < 5 male < 18 male > 18 male > 60 male total	
7	Shelter space in meter square (observation!)			
K	INFRASTRUCTURE			
1	Nr of Toilets already in place			
2	Nr of Toilets currently being constructed			
3	Availability of hand washing facilities	Yes	No	
4	Availability of showers/bathing areas	Yes	No	
5	Availability of soap and water in toilets?	100%	more than 50%	less than 50%
6	Quantity of water for drinking &	< 3 l/person	> 5 l/person	> 10 l/person > 15 l/person



## الملحق 2: أداة صندوق الأمم المتحدة للسكان لجمع البيانات الكيفية

### أسئلة إرشادية لجمع المعلومات الكيفية

#### 2.2.1 تعليمات لجامع البيانات:

- يجب مراعاة تنوع الفئة المستهدفة لتشمل: والداً حديثاً، فتيات عازبات، متزوجات بأعمار مختلفة
- اشرح باختصار الغاية من اللقاء
- امنح الحرية الكاملة للمشاركين للمشاركة، الإنسحاب و التوقف في أي لحظة يشاءون
- قدم نفسك للمجموعة و اظهر تفهمك و تعاطفك معهم عن طريق تحيتهم و البدء بالإستماع بشكل موجز عن قصصهم التي يريدون اخبارها
- اشرح ان دراسة الإحتياجات هذه تهدف لإستكشاف معاناتهم و تطوير تدخلات تناسب إحتياجاتهم، مع عدم رفع سقف التوقعات بحلول سحرية و سريعة، ممكن توضيح الهدف من الدراسة و العملية برمتها بشكل موجز.
- تأكد من العمل كفريق من شخصين: الأول لادارة النقاش و التواصل و الثانى لتسجيل الإجابات. من المهم تسجيل ما يقوله الناس حرفياً و بلغتهم
- التدخل للتوضيح مهم و مطلوب، مع اعطاء الناس المساحة للحديث و التعبير عن أنفسهم

#### 2.2.2 النساء في سن الأنجاب في "الملجأ أو المرفق الصحى" - نقاش المجموعات البؤرية/المقابلات الفردية

- ماهى المشاكل الصحية التى تواجهينها نتيجة لهذا العدوان؟
- ماذا تفعلين للتغلب على هذه المشاكل فى ظل هذا العدوان؟
- ماهى إحتياجاتك الصحية؟ ، اذكرى من 3 - 5 حسب الأولوية
- ما مدى رضاكى عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟ الرجاء الشرح و التفصيل؟
- ما هى الخدمات التى تنقصكم فى هذا المكان؟
- هل تعتقدين ان هناك حاجة لخدمات تنظيم الأسرة هنا؟ الرجاء الشرح؟
- هل تعتقدين ان هناك زيادة فى السلوكيات العنيفة فى هذه الفترة ؟ الرجاء الشرح؟
- ماذا تودين الإضافة؟ سؤال مفتوح

#### 2.2.3 النساء الحوامل في "الملجأ أو المرفق الصحى" - نقاش المجموعات البؤرية/المقابلات الفردية

- كيف حملك؟ لو تم الحديث عن مشاكل.. ما هى؟؟
- هل تلقيت رعاية كافية لحملك خلال الشهر الماضى؟ الرجاء الشرح
- هل استطعت الوصول لخدمات متابعة الحمل فى العيادة حسب مواعيدك؟ الرجاء الشرح
- اين تخططين للولادة "خصوصاً للسيدات فى الثلث الأخير من الحمل" ؟ الرجاء الشرح
- هل هناك حاجة للدعم النفسى و خدمات المشورة النفسية؟ الرجاء الشرح
- هل تعتقدين ان هناك زيادة فى السلوكيات العنيفة فى هذه الفترة ؟ الرجاء الشرح
- ماذا تودين الإضافة؟ سؤال مفتوح

#### 2.2.4 النساء المرضعات في "الملجأ أو المرفق الصحى" - المقابلات الفردية

- هل واجهتى اى مشاكل فى ارضاع طفلك؟ و خصوصاً اثناء العدوان؟
- هل تعطين طفلك اى حليب صناعى حالياً؟ و لماذا؟ و من اين تحصلين عليه؟
- حتى اى سن تنوين الإستمرار فى الرضاعة الطبيعية لطفلك؟
- هل استطعت الوصول لخدمات متابعة الطفل " الميزان " حسب مواعيدك؟ الرجاء الشرح
- هل تمكنتى من تطعيم طفلك حسب جدول التطعيمات؟ الرجاء الشرح
- هل واجه طفلك اى مشاكل صحية اثناء العدوان؟ اذكرى تلك المشاكل؟
- ماذا تودين الإضافة؟ سؤال مفتوح

## 2.2.5 الرجال في الملاجئ - نقاش المجموعات البؤرية

- هل تعتقد ان الخدمات الصحية المتوفرة هنا كافية لعائلتك؟ الرجاء الشرح
- ما هي الاحتياجات الصحية لعائلتك و خصوصا النساء؟ سواء حوامل او غير حوامل
- هل تعتقد ان العنف موجود؟ هل هذه امر يقلقك بالنسبة لعائلتك ام فقط للآخرين؟ الرجاء الشرح
- هل تعتقد ان هناك حاجة للخدمات التالية:
  - خدمات الرعاية ما بعد الولادة
  - خدمات رعاية المواليد
  - خدمات التطعيم
  - خدمات تنظيم الأسرة
- لماذا توصي عائلتك للحفاظ على صحتهم في هذه الظروف و خصوصا رعاية الأمومة و الطفولة؟
- ماذا تفعل للحفاظ على صحة عائلتك في هذه الظروف الصعبة؟
- ماذا تود الإضافة؟ سؤال مفتوح

## 2.2.6 العاملون الصحيون في الرعاية الأولية

### المشاهدات

- لاحظ التركيب البنوي للعيادة و سجل بإختصار اى ضرر او خلل في المكان
- قدر الضرر او تعطل عمل الأجهزة و المعدات الخاصة بخدمات الصحة الإنجابية
- اطلب سجلات الخدمات للعيادة (رعاية الحوامل, تنظيم الأسرة, رعاية ما بعد الولادة) و استعلم ان كان هناك ولادة حدثت في المكان؟

### لقاء مدير العيادة / مجموعات بؤرية مع مسؤولي التمريض/ القابلات

- كيف تأثرت عيادتكم بالعدوان؟
- هل تمكنتم من الإستمرار في تقديم الخدمات؟ أى خدمات؟ وكيف تعاملتم؟
- هل كان هناك تقطع في امداد الأدوية و المهمات؟ أى نوع؟ و ماذا فعلتم ازاء ذلك؟
- هل لاحظتم زيادة في مضاعفات الحمل؟
- هل لاحظتم زيادة مضاعفات في مناحى الصحة الإنجابية الأخرى؟ و ماذا فعلتم للتعامل معها؟
  - رعاية ما بعد الولادة
  - العنف الجنسى و العنف القائم على النوع الإجتماعى
  - العدوى المنقولة بالجنس
  - الحاجة الغير ملبأة لتنظيم الأسرة
- هل لاحظتم زيادة في الولادات في البيوت؟ لماذا؟ ماذا كانت تفعل النساء لو احتاجت خدمة الولادة؟
- ماذا تود الإضافة؟ سؤال مفتوح

## 2.2.7 العاملون الصحيون في أقسام الولادة

### المشاهدات و المقابلة مع مدير الولادة

- لاحظ التركيب البنوي للمكان/القسم و سجل بإختصار اى ضرر او خلل في المكان " بين انه سيكون هناك تقييم مفصل للأضرار من مهندسين"
- قدر الضرر او تعطل عمل الأجهزة و المعدات الخاصة بخدمات الصحة الإنجابية
- اوصف بالتفصيل كيف تأثرت هذه المستشفى/قسم الولادة بالعدوان
- راجع سجلات المستشفى/القسم ل الولادات, المضاعفات و حسب النوع, القيصرينات, اى نمط مختلف في استعمال الخدمات او النتائج (للأم و الطفل)

### مجموعات بؤرية مع مسؤولي التمريض/ القابلات

- كيف تأثر قسمكم بالعدوان؟
- هل تمكنتم من الإستمرار في تقديم الخدمات؟ أى خدمات؟ كيف تمكنتم من الإستمرار؟
- هل كان هناك تقطع في امداد الأدوية و المهمات؟ أى نوع؟ و ماذا فعلتم ازاء ذلك؟
- هل لاحظتم زيادة في مضاعفات الحمل و الولادة ؟ ماذا؟

- هل لاحظتم زيادة في الولادات في البيوت؟ لماذا؟ ماذا كانت تفعل النساء لو احتاجت خدمة الولادة؟
- هل عادت النساء الآن "في وقت وقف اطلاق النار" لطلب الخدمات كما بالسابق؟
- ماهى التحديات الرئيسية التي تواجهونها في تقديم خدمات الصحة الإنجابية؟
- ماذا تود الإضافة؟ سؤال مفتوح

## 2.2.8 العاملون الصحيون في أقسام الحضانة

### المشاهدات و المقابلة مع مدير الحضانة/المركز

- لاحظ التركيب البنوي للمكان/القسم و سجل بإختصار اى ضرر او خلل فى المكان " بين انه سيكون هناك تقييم مفصل للأضرار من مهندسين"
- قدر الضرر او تعطل عمل الأجهزة و المعدات الخاصة بخدمات الحضانة المركز
- اوصف بالتفصيل كيف تأثرت هذه المستشفى/قسم الحضانة المركز بالعدوان
- راجع سجلات الحضانة المركز ل مضاعفات الخدج و حسب النوع, وفيات الأسبوع الأول, أى نمط مختلف فى استعمال الخدمات او النتائج

### لقاء مع مدير الحضانة/مجموعات بؤرية مع مسئولى التمريض

- كيف تأثر قسمكم بالعدوان؟
- هل تمكنتم من الإستمرار فى تقديم الخدمات؟ أى خدمات؟ و لماذا؟
- هل كان هناك تقطع فى امداد الأدوية و المهمات؟ أى نوع؟ و ماذا فعلتم ازاء ذلك؟
- هل لاحظتم زيادة فى هذه الحالات؟ وضح بالتفصيل؟
  - النقص الحاد فى وزن المواليد
  - المواليد الخدج
  - مضاعفات الخدج
- هل تمكنت الامهات من زيارة اطفالهن الخدج و ارضاعهم؟ كيف تم التعامل اثناء العدوان؟
- ماهى التحديات الرئيسية التي تواجهونها فى تقديم خدماتكم الصحة فى الحضانات المركز؟
- ماذا تود الإضافة؟ سؤال مفتوح

## 2.2.9 مراكز الإيواء/الملاجئ

### المشاهدات

- لاحظ التركيب البنوي للمكان و سجل بإختصار اى ضرر او خلل فى المكان
- صف المكاتب بشكل عام من حيث السعة, النظافة الخ
- اطلب ما يتوفر من سجلات الملجأ من حيث عدد و طيبع النازحين المجلبين و نوعهم: عدد الأطفال , الرجال, النساء و خصوصا الحوامل و الولادات, ذوو الإحتياجات)

### المقابلة مع مدير المركز/الملجأ

- كيف الوضع العام فى هذا المركز؟
- ما هى الخدمات التي يتم تقديمها؟ سواء من الجهة المسؤولة او من اى جهات اخرى؟
- هل هناك عيادة او نقطة طبية فى المكان؟ عدد الأيام التي تتوفر فيها العيادة؟
- هل سجلتم او سمعتم عن ولادات فى هذه الملاجئ؟
- ماهى التحديات الرئيسية التي تواجهونها فى تقديم الخدمات و خصوصا الصحية منها؟
- ماذا تود الإضافة؟ سؤال مفتوح



الملحق 3: اليوم الصور

مصدر الصور: أسامة الكلوت ومحمد الخالدي



