

مقدمة

يصف هذا الفصل الوضع الصحي الحالي لدى اللاجئين الفلسطينيين في سورية، حيث أن تمتع المرء بصحة جيدة، يعتبر من الأمور البالغة الأهمية بحد ذاته، وجانب هام يدل على "الحياة السليمة" وفي نفس الوقت، تعتبر الصحة الجيدة بشكل عام، شرط أساسي للحصول على المشاركة في سوق العمل، وبالتالي الحصول على فرص لكسب الدخل. ففي حين نجد أن الافتقار إلى القوة المنتجة أو العمل يفسران استمرار معاناة المجموعات المنتجة من الفقر، إلا أن مهارات العمل وقوة السوق قد تكون كذلك ذات قيمة ضئيلة ما لم يتمتع السكان بالصحة الجيدة.

يركز المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية، كغيره من المسوح التي نظمتها مركز فافو للدراسات الدولية في المنطقة، على الوضع الصحي وذلك من خلال التركيز على التصريح الذاتي من قبل اللاجئين عن الصحة والمرض. لا يبحث هذا المسح الأمراض أو يجمع معلومات تشخيصية عن الأمراض، بل يركز بدلاً من ذلك على التأثيرات السلبية "المحتملة" للأمراض المزمنة والإعاقة، كما يحدد العلاقة بين الأمراض المزمنة وعدد من المتغيرات ذات الخلفية. وفي هذا السياق تعرّف الصحة بأنها عدم وجود المرض (الخطير) والاعتلال الصحي.

علاوة على ذلك، يقوم بتحليل الوعي الصحي الذاتي وتتوصل إليه من خلال سؤال واحد بسيط، حيث نطلب من المستجيبين للمسح أن يضعوا معدلاً لوضعهم الصحي العام على سلم من خمس نقاط. نحن كباحثين لا نعرّف "الصحة الجيدة" للمستجيبين، على سبيل المثال، من خلال تحديد مفهوم أية ميزة أخلاقية- فلسفة إزاء الخطط "المؤدية إلى حياة هادئة" أو احترام الذات والتفوق الإيجابي

(Ryff and Singer 1998). مع ذلك من المعروف أن تعريف صحة الإنسان العادي يشمل أكثر من ميزة عدم وجود المرض (بعد سلبي)، إذ يبدو أن المسح يوافق على البعدين الهامين الآخرين، هما القدرة على التكيف مع تحديات الحياة اليومية (بعد عملي) والإحساس بالصحة الجيدة والطاقة والنشاط (بعد إيجابي).

إلى جانب الضعف الصحي المزمن والوعي الذاتي للصحة العامة، فإن المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية يغطي كذلك الصحة الإنجابية. إضافة إلى ذلك تولي الدراسة اهتماماً للسلوك الصحي وتطرح أسئلة مثل ما مدى انتشار عادة تدخين السجائر؟ إلى أي حد يحصل المريض المصاب بمرض خطير على الاستشارة الطبية والعلاج؟ إن السؤال الأخير يلفت الانتباه إلى نظام الرعاية الصحية بحد ذاته، حيث تتأثر الاستفادة من الخدمات، على سبيل المثال، بقرب موقعها الجغرافي وتكلفة هذه الخدمات. كما نسأل فيما إذا كان يتوفر لمعظم الفلسطينيين الرعاية الصحية العلاجية والوقائية الأساسية.

#### موجز عن نظام الرعاية الصحية

يقدم نظام الرعاية الصحية الوطني في سورية، الرعاية الصحية الأولية والثانوية للاجئين الفلسطينيين أسوة بالمواطنين السوريين. ولهذا النظام الصحي الحكومي المتبع تغطية شاملة ومرافق توفر الخدمات الصحية على مستوى واسع. لا تدير الحكومة برنامج تأمين صحي، إلا أنها تقدم الرعاية الأولية والاستشفاء مجاناً في مستويات ومستشفيات عامة.

تدير الأنروا 23 عيادة في مخيمات اللاجئين الفلسطينيين، وتوفر خدمات الرعاية الصحية الأولية ورعاية صحة الأم والطفل، وبرنامج تنظيم الأسرة، وبرنامج الوقاية والحد من الأمراض والخدمات البيئية المقدمة مجاناً للاجئين الفلسطينيين المسجلين لديها.

إن العلاقة جيدة بين وكالة الغوث " الأنروا " ووزارة الصحة حيث يتم التعاون بينهما والمشاركة في المصادر عبر سلسلة واسعة من الأنشطة الصحية بما فيها الأمراض واللقاح وإحصائيات الإنجاب

بالإضافة إلى الخدمات المقدمة من الحكومة والأنروا، تقدم جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني خدمات صحية للسكان اللاجئين في ثلاث مستشفيات و 9 عيادات عامة.

كما تقدم الجمعية الخيرية الفلسطينية في مخيم اليرموك ومشفى الشهيد باسل الأسد وعياداته خدمات صحية علاجية وجراحية للقاطنين في مخيم اليرموك وخارجه ولمعاهد الهيئة العامة للاجئين الفلسطينيين العرب.

وباستثناء الخدمات الصحية المقدمة مجاناً، يتنامى نظام رعاية صحية خاص متطور في سورية، حيث يدير جميع الأطباء العاملين في القطاع العام عياداتهم الخاصة في المساء بعد نهاية الدوام في المرافق الحكومية (Gallay 2001). إذ أنه وبالرغم من أن الخدمات المقدمة في العيادات والمستشفيات الخاصة مكلفة، إلا أنه قد استنتج من المسح أن نسبة كبيرة من اللاجئين الفلسطينيين يستفيدون من هذه الخدمات. إذ أن نظام الرعاية الصحية العام ونظام الأنروا غير قادرين على تلبية الحاجة المتزايدة لهذه الخدمات، جِراء النمو السريع للسكان- لاسيما في المناطق الحضرية.

وقد تم في الآونة الأخيرة تخفيض ميزانية الصحة والتوجه إلى التركيز على الرعاية الأولية على حساب تحسين رعاية الاستشفاء. كما فرضت الأنروا إجراءات تقشفية، نجم عنها انخفاض في عدد الأسرة المخصصة للاجئين في المستشفيات المتعاقدة معها، وتخفيض برنامج النفقات.

لا تقدم الأنروا رعاية صحية عقلية في سورية، بل تنحصر خدمات الوكالة بتحويل المريض إلى المستشفيات، هذا وتتوفر أسرة مخصصة للمرضى المصابين بأمراض نفسية في عدد من المستشفيات العامة والجامعية التي تقدم خدمات علاجية للمرضى الخارجيين ( أي الذين يترددون على المستشفى للمعالجة أو التشخيص، ولكنهم لا يقيمون فيه)، إلا أنه لا يوجد مرافق متخصصة لإدارة هذه الخدمات.

## الأمراض المزمنة

سجل بأن (12%) من اللاجئين الفلسطينيين المقيمين في المخيمات والتجمعات في سورية، يعانون من أمراض جسدية ونفسية مزمنة ، بما فيها المشاكل الناجمة عن الحوادث والضرر أو التقدم في السن. نصف هذه النسبة مصابة بأمراض مزمنة خطيرة، والتي تعرف هنا بأنها حالة تمنع الفرد من الخروج بدون مساعدة أفراد آخرين. وهذه النتائج شبيهة جداً بما تم اكتشافه في الدراسة الخاصة باللاجئين الفلسطينيين في مخيمات الأردن (Khawaja and Tiltne 2002) إلا أنها أدنى بكثير مما هي عليه في لبنان (Tiltne 2003).

وليس من المستغرب أن نجد أن الأمراض المزمنة شائعة بشكل أكبر لدى فئة المتقدمين في السن، حيث يعاني أكثر من واحد من أصل اثنين من البالغين ستين عاماً فما فوق من أمراض ذات طبيعة مديدة، ليس هناك أي اختلاف بين الجنسين عموماً، إلا أن الفتيان والشباب كما يظهر في (الجدول 1) يعانون من أمراض مزمنة أكثر من نظرائهم الإناث، بينما نجد أن النساء أكثر من الرجال عرضة للإصابة بأمراض مزمنة بعد سن الخمسين. ونفس هذه الصورة نجدها لدى اللاجئين الفلسطينيين في لبنان (Tiltne 2003).

جدول رقم (1): نسبة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة (n=26820) أو مزمنة خطيرة (n=25528)، حسب فئات العمر والجنس.

الفئات العمرية	أمراض مزمنة خطيرة			أمراض مزمنة		
	مجموع	الجنس		مجموع	الجنس	
		إناث	ذكور		إناث	ذكور
4-0	1	0	1	2	2	3
9-5	2	2	2	4	3	4
14-10	2	1	2	4	4	5
19-15	2	2	2	5	4	7
24-20	2	1	2	6	5	8
29-25	3	2	4	8	7	9
34-30	4	4	5	11	9	13
39-35	6	5	7	15	13	18
44-40	9	7	11	20	16	24
49-45	13	13	14	27	26	28
54-50	16	17	14	31	33	30
59-55	21	22	20	38	41	35
64-60	29	31	27	50	51	49
69-65	36	40	32	52	59	46
+70	48	55	39	61	66	55
المجموع	6	6	6	12	12	12

يقول حوالي (1%) من المصابين بأمراض مزمنة، بأن مشاكلهم الصحية ناجمة عن حوادث أصابتهم في الحرب.

يختلف انتشار المرض المزمن، تبعاً للوضع الاجتماعي والاقتصادي لرب الأسرة

تبين المسوح الخاصة بهذا النوع، دليلاً بأن الصحة تتأثر بمتغيرات الوضع الاجتماعية والاقتصادي كالتعليم والدخل.

وهذه نتيجة لا بد لنا من إدراجها هنا:

أولاً: إن أعلى نسبة من الأفراد التي يكون رب الأسرة فيها لم يتم المرحلة التعليمية الأساسية، يعانون من اعتلال صحي مزمن أكثر من أولئك المقيمين لدى أسر يعيّلهم أفراد ذوي تحصيل أفضل. أما الأفراد المقيمين لدى أسر ذات رب أسرة حاصل على التعليم الثانوي فما فوق، فإن نسبة الذين يعانون من أمراض مزمنة أو مزمنة خطيرة تتخفف إلى النصف مقارنة مع الأفراد المقيمين لدى أسر ذات رب أسرة حاصل على مرحلة تعليم دون المرحلة الأساسية. كما هو مبين في (الجدول 2).

جدول رقم (2): نسبة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة أو مزمنة خطيرة، حسب الحالة التعليمية لأرباب أسرهم (n=26742)، وحسب فئات دخل الأسرة (n=26782)

رب الأسرة		أمراض مزمنة	الأمراض مزمنة خطيرة
الحالة التعليمية لأرباب الأسرة	لم يكمل التعليم الأساسي	19	11
	أساسي	12	5
	ثانوي	10	5
	أعلى من ثانوي	7	3
فئات الدخل لأرباب الأسرة	الأدنى	19	12
	أقل من متوسط	12	6
	متوسط	12	5
	أعلى من متوسط	11	5
	عالي	9	4
المجموع		12	6

ثانياً: إن الطبقات الأكثر فقراً من السكان اللاجئين في سورية، أكثر عرضة للإصابة بأمراض مزمنة من الطبقات الميسورة. فعلى سبيل المثال كما هو مبين في (الجدول 2) حيث صرح حوالي ثلاثة أضعاف اللاجئين ذوي فئة الدخل الأدنى بأنهم يعانون من مشاكل صحية مستديمة، مقارنة مع أولئك أصحاب فئة الدخل الأعلى.

<sup>1</sup> . قسم السكان حسب فئات الدخل من خلال بيانات مجمل دخل الأسرة السنوي إلى خمس فئات سكانية كبيرة ومتساوي تقريباً حسب الدخل السنوي وفئات السكان الخمس هي : السكان ذوي الدخل المتدني (أقل من 60000 ل.س) والسكان ذوي الدخل أقل من المتوسط (60000-87450 ل.س) والسكان ذوي الدخل المتوسط (87500-122950 ل.س) والسكان ذوي الدخل فوق المتوسط (123000-182000 ل.س) والسكان ذوي الدخل العالي (أكثر من 182000 ل.س).

إن المسح الذي أجريناه، لا يظهر أي اختلاف في نسبة الأمراض المزمنة تبعاً لمكان الإقامة (المنطقة موقع حضري ريفي، أو مخيمات اللاجئين مقابل مناطق الإقامة في التجمعات وخارج المخيمات).

### الاعتلال البدني

قد تتفاوت المشاكل الصحية المزمنة بشكل كبير تبعاً لخطورتها فتؤثر بالتالي على أولئك المعرضين لدرجات متفاوتة من الضعف. وكي نتوصل إلى صورة واضحة إزاء مدى الاعتلال البدني الذي يتعرض له الأشخاص البالغين، قمنا باختبار قدرتهم على تأدية خمسة أنشطة يومية: صعود وهبوط السلالم، سير سريع على الأقدام لمدة خمس دقائق، حمل وزن 5 كغ ولمسافة قصيرة (10) أمتار، قراءة الصحيفة (بنظارات إذا لزم الأمر)<sup>2</sup>، ومتابعة حوار عادي (الاستعانة بسماعة إذا لزم الأمر). بالرغم من أنه تم اختبار عدد محدود من الأنشطة إلا أننا نعتقد أنها تأخذ الجوانب الهامة من حيث قدرة الأفراد على العمل بحرية وتأدية الأنشطة اليومية العادية، وهذه الأنشطة هي مؤشر جيد يدل على الصحة السليمة، (وكما هو مبين في الجدول 3)، يعاني الكثير من الأفراد من مشاكل الحركة أكثر من مشاكل في الحواس، علاوة على ذلك، في حين نجد أن النساء والرجال يعانون من مشاكل في السمع والنظر بنفس الدرجة إلا أن النساء أكثر من الرجال عجزاً إزاء السير خارج المنزل لأنه ليس لديهن القوة البدنية والقدرة على القيام بذلك. إن النتيجة التي تبين أن النساء عرضة للإصابة بضعف بدني عملياً أكثر من الرجال تتلاءم مع القسم السابق الخاص بالأمراض المزمنة.

جدول رقم (3): النسبة المئوية لعدم قدرة البالغين 15 سنة فما فوق على أداء خمسة أنشطة يومية، حسب درجة القدرة، ونوع النشاط اليومي (n=4867)

النشاط	يستطيع بسهولة			لا يستطيع			يستطيع بصعوبة		
	مجموع	نساء	رجال	مجموع	نساء	رجال	مجموع	نساء	رجال
صعود الدرج	24.1	27.4	20.8	2.2	2.7	1.8	21.8	24.7	19.0
حمل 5 كغ	19.6	24.8	14.3	4.9	6.3	3.6	14.6	18.5	10.7
السير بسرعة	19.3	22.2	16.4	3.3	4.2	2.4	16.0	17.9	14.0
قراءة جريدة	13.8	14.1	13.5	1.4	1.6	1.2	12.4	12.5	12.4
سماع حديث	8.4	8.0	8.7	0.6	0.8	0.5	7.7	7.2	8.2

<sup>2</sup> . لقد أوضحت الباحثات للمستجوبين بأن هذا السؤال يخص النظر وليس مهارة القراءة

علاوة على ذلك، قمنا بإعداد مقياس إضافي لنتحقق من كيفية تراكم المؤشرات الخمسة من مشاكل القدرة على الحركة أو مشاكل في أجهزة الحواس، حيث منح علامة واحد لذاك النشاط المحدد كل من صرح أنه مصاب بأية مشكلة تتعلق بالنشاط المذكور، ثم قمنا بعدّ العلامات لكل الأفراد وصنفنا الأفراد بناء على ذلك. تظهر النتيجة في (الجدول 4) أن النساء قد سجلن عدد من المشاكل الصحية أكثر من الرجال، إلا أنه وبجمع الاثنين معاً، فإن حوالي ثلثي البالغين ككل لا يعانون من أي ضعف بدني.

جدول رقم (4): النسبة المئوية للبالغين، حسب عدد المشاكل الخاصة بالحركة والحواس، وحسب الجنس (n=4867)

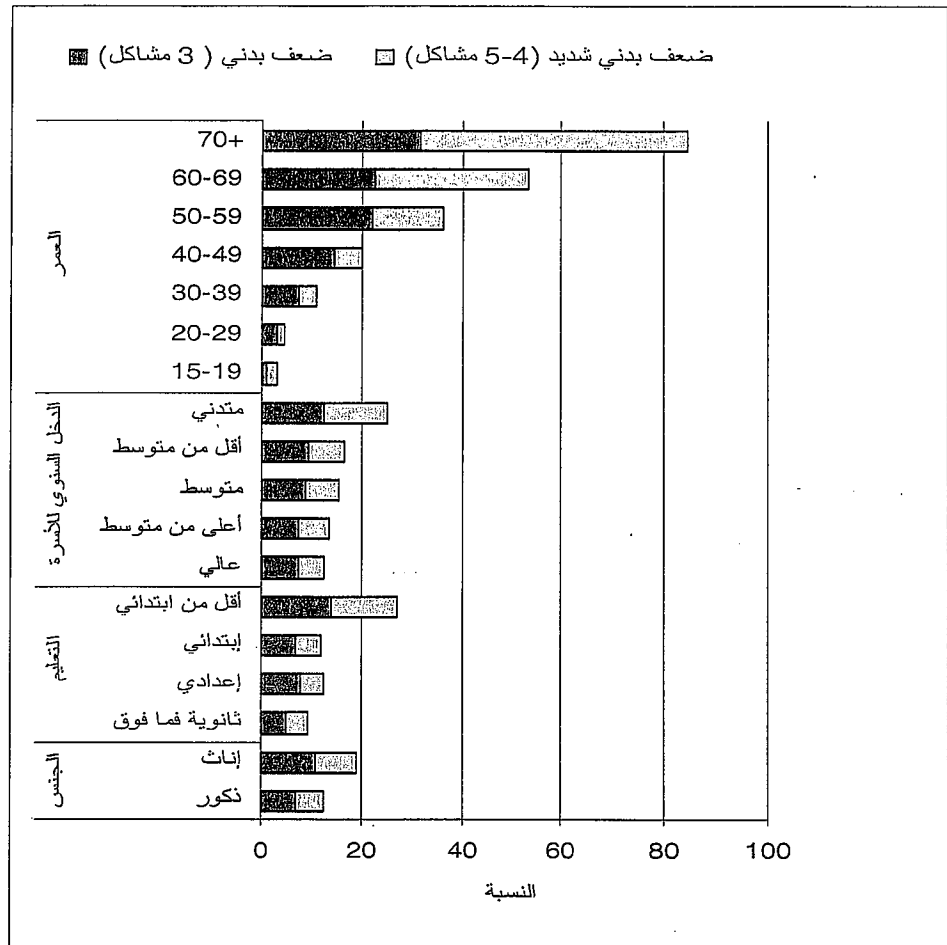
عدد المشاكل	رجال	نساء	مجموع البالغين
0	69.2	61.4	65.3
1	10.2	12.3	11.2
2	7.8	7.3	7.5
3	6.9	10.8	8.8
4	2.4	4.2	3.3
5	3.6	4.1	3.8
المجموع	100.0	100.0	100.0

#### ترتبط الصحة البدنية الضعيفة بالتعليم والدخل المتدني

قمنا بتصنيف الأفراد تبعاً لعدد أعراض الضعف البدني الذي صرحوا بها، حيث تم تصنيف الأفراد الذين يعانون من مشاكل أو لا يستطيعون البتة أداء ثلاثة من أصل خمسة أنشطة بأنهم مصابون "بضعف بدني"، بينما صنف أولئك الذين يعانون من مشاكل في أربع أو خمس أنشطة بأنهم يعانون من "ضعف بدني شديد" كما يظهر في (الشكل 1)، والنساء أسوأ حالاً من الرجال. كما أن السن يؤدي تدريجياً إلى خلق المزيد من المشاكل الصحية للفرد. علاوة على ذلك، نلاحظ أن أولئك ذوي التعليم المتدني تسوء حالهم أكثر من غيرهم من الأفراد. أخيراً تتدهور الصحة تدريجياً بدءاً من فئات الدخل المرتفع وإلى الدخل المتدني ومن ضعف الصحة إلى أضعف وأشد، وكما حدّد هنا فإنها تنتشر بمعدل الضعفين لدى فئة الدخل الأدنى مقارنة مع فئة الدخل الأعلى. إن للدخل تأثير على مختلف فئات العمر بالرغم من أنه ليس ثابت تماماً.



شكل رقم (1): عوائق في تأدية الأنشطة الحياتية اليومية والنسبة المئوية للبالغين الذين يعانون من مصاعب إزاء القيام بثلاثة أنشطة أو أكثر، تبعاً للجنس والتعليم ودخل الأسرة والعمر (n=4867)



### الاضطراب النفسي

إضافة للصحة البدنية، فإن جوانب الصحة النفسية والانفعالية ذات أهمية كبيرة بشكل طبيعي على الأوضاع المعيشية والصحية للمرء بشكل عام.

كثيراً ما يستخدم مصطلح الاضطراب النفسي في أدب الصحة العقلية، حيث يبدو أنه المؤشر الأول الذي يدل على الصحة العقلية، كما أن أعراض القلق النفسي خطيرة لأنها تشير التماس الحذر (McDowell and Newell 1996).

وبغية اختيار الاضطراب النفسي، قام فريق المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين المقيمين في سورية، باستخدام مصطلح صغير يدعى قائمة اختيار أعراض Hopkins أو "25-HSCL"، حيث تم اختيار فرد راشد من كل أسرة بشكل عشوائي، وسئل فيما إذا عانى من سبعة أعراض أو مشاكل يصاب بها الأفراد في بعض الأحيان، بحيث شعر أو شعرت بالانزعاج أو القلق "كثيراً جداً"، "إلى حد ما"، "قليلاً"، أو لم يشعر أو تشعر بالقلق أبداً خلال الأسبوع الماضي. وكانت الأعراض:

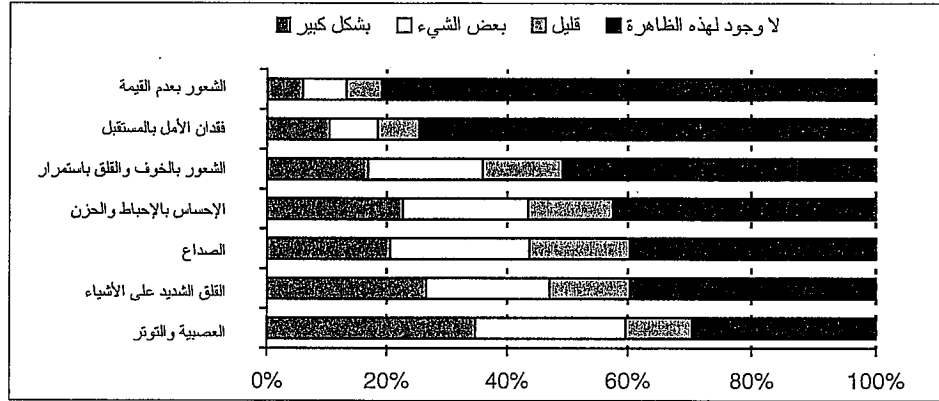
- (1) القلق الشديد على الأشياء
- (2) الإحساس بالإحباط والحزن
- (3) فقدان الأمل بالمستقبل
- (4) الشعور بعدم القيمة
- (5) العصبية والتوتر
- (6) الشعور بالخوف والقلق باستمرار
- (7) الصداع

بالرغم من أنه تم إعداد قائمة اختبار أعراض Hopkins لتحديد القلق والكآبة فقط وليس لتخمين الصحة النفسية المرضية بشكل عام، إلا أنه تمت البرهنة بأن القائمة التي تتضمن المصطلح الصغير المستخدم هنا "قد تغيرت من حيث استخدامها كوثيقة جيدة عن الصحة العقلية الشاملة بشكل عام، ذلك لأن معظم حالات الأمراض العقلية أو الحزن يصاحبها القلق والكآبة".

## واحد من أصل خمسة شعر بـ 5 - 7 أعراض من القلق النفسي

يظهر (الشكل 2) علامات المستجيبين لكل من الأعراض السبعة، حيث صرح من بين (13%) بـ (الشعور بعدم القيمة) و(60%) (العصبية) من اللاجئين الفلسطينيين أنهم شعروا بالانزعاج "كثيراً جداً" أو "إلى حد ما" تبعاً لهذه الأعراض خلال الأسبوع الذي سبق اللقاء بهم.

شكل رقم (2): التوزيع النسبي للبالغين 15 سنة فما فوق، حسب المؤشرات السبعة من الاضطراب النفسي (n=4870)



قمنا بإعداد مقياس إضافي بسيط باستخدام مجموعة محددة من الأسئلة ، بحيث نفترض أنه كلما كان عدد أعراض الضغط النفسي أعلى، كلما كانت صحة المرء العقلية بشكل عام أسوأ، وكان القلق النفسي أشد وطأة.

وتم منح المستجيب للمسح في كل بند من الاختبار علامة "1" إذا أجاب بـ "كثيراً جداً" أو "إلى حد ما"، وخلاف ذلك يمنح أو تمنح علامة "0" وبعد ذلك نقوم بتلخيص مجموع علامات المستجيبين ونحدد لهم عدد فهرس القلق النفسي الذي يتدرج من العدد صفر إلى سبعة، كما هو مبين في (الجدول 5)، حيث يبدو أن الفلسطينيين في سورية أقل انزعاجاً نفسياً إلى حد ما حسب أعراض الصحة العقلية المريضة من "أبناء عمومهم" في لبنان والأردن. يبدو أن الوضع أسوأ في لبنان. ومع ذلك فإن الاختلاف ثانوي إلى حد ما وقد تكون النتيجة وضع يتميز بالتشابه.

جدول رقم (5): التوزيع النسبي للأفراد البالغين 15 سنة فما فوق، حسب المؤشرات السبعة من الاضطراب النفسي (n=4870)

عدد أعراض الاضطراب النفسي	مخيمات وتجمعات سورية 2001	مخيمات وتجمعات لبنان 1999	مخيمات الأردن 1999
لا أعراض	21	16	21
1 أعراض واحد	15	13	12
2 أعراضان	17	14	15
3 أعراض	13	16	12
4 أعراض	13	14	13
5 أعراض	10	13	12
6 أعراض	6	8	9
7 أعراض	5	7	5
المجموع	100	100	100

ارتباط ضعف الصحة العقلية بالنوع، والضعف الصحي المزمن، ومكان الإقامة، والوضع الاجتماعي والاقتصادي والترمل

وفيما يلي سنلقي نظرة على العلاقة بين العوامل ذات الخلفية المختلفة والقلق النفسي.

يعرض (الشكل 3) النسبة المئوية للبالغين الذين سجلوا 5 و6 أو 7 أعراض من قائمة اختبارنا في الأسبوعين الذين سبقا اللقاء بهم، وذلك تبعاً لمتغيرات مختلفة استنتج مراراً أن لها علاقة بالتأثير على الصحة.

أولاً: النساء أكثر قلقاً من الرجال

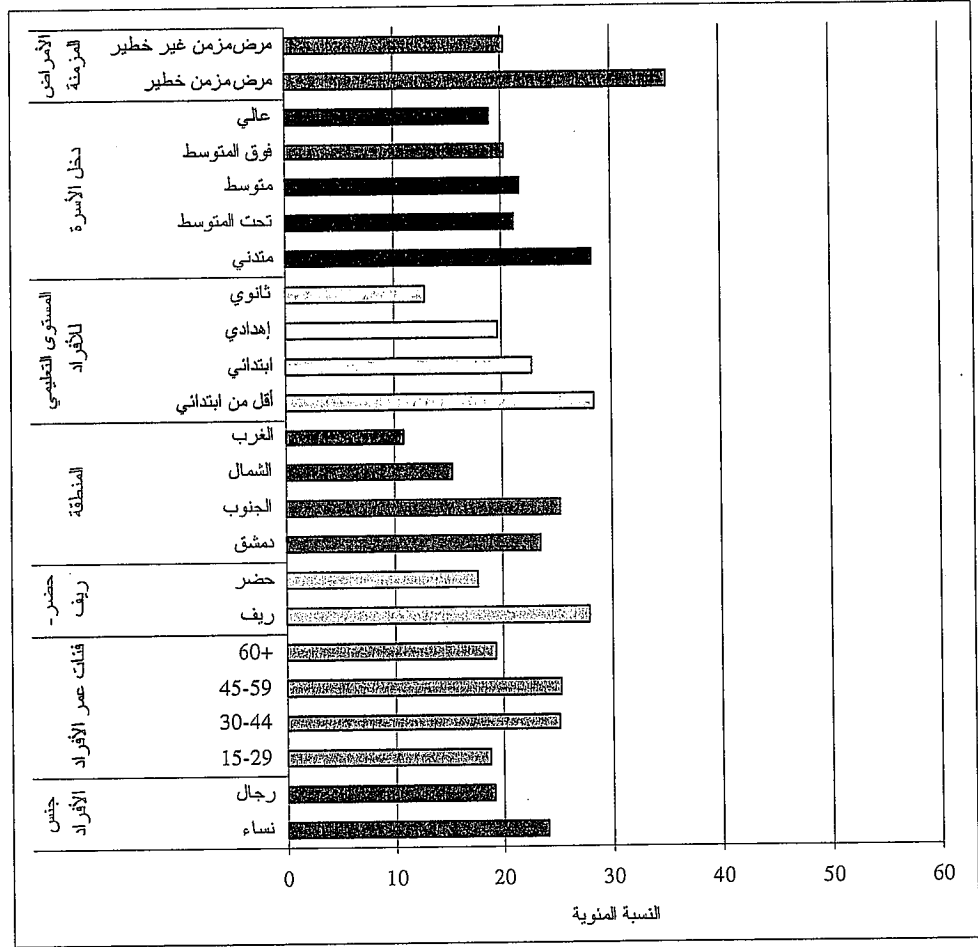
ثانياً: لا يبدو أن الصحة النفسية تتدهور بسبب العمر. وإذا حصل ذلك، فإنه كما تبين أن الجيل الأكبر سناً ذو حالة نفسية أفضل من الأفراد الآخرين، وهذه النتيجة مفاجئة قليلاً، لاسيما أن انتشار الأمراض المزمنة وضعف الصحة البدنية يزداد تدريجياً مع التقدم بالسن، وأن هناك كما هو مبين في الشكل علاقة قوية بين الإصابة بمرض دائم والتصريح بالشعور بعدة أعراض من القلق النفسي، ويظهر الشكل أن الإصابة بالقلق النفسي تختلف باختلاف مكان الإقامة، حيث يسجل الأفراد المقيمين في المناطق

الريفية الإصابة بأعراض أكثر من أولئك المقيمين في المدن والمناطق الحضرية، ويسجل الفلسطينيون المقيمون في المناطق الغربية والشمالية حالات ضيق نفسي أقل من الفلسطينيين المقيمين في العاصمة والمحافظات الجنوبية. ولم يعرف سبب هذه الحالة.

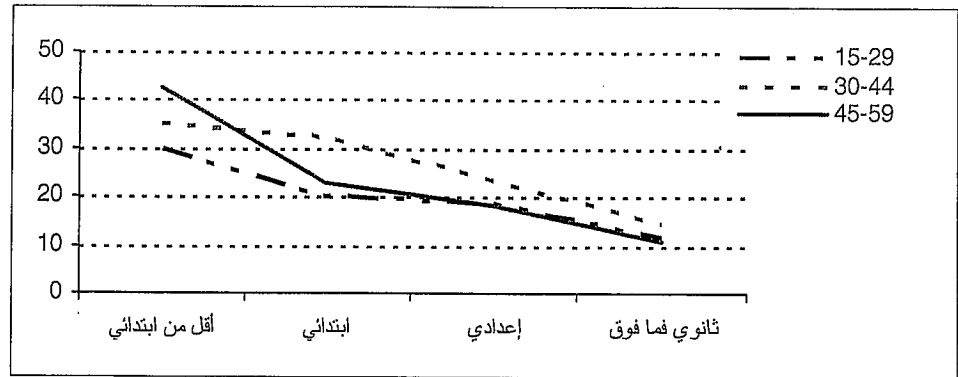
أخيراً يظهر الشكل تأثير مؤشرات الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الصحة العقلية للأفراد. ومن الواضح أن الأفراد الذين من أفقر الأسر، هم أكثر إصابة بالقلق النفسي من غيرهم. ففي الواقع أن الأفراد ذوي فئة الدخل الأدنى سجلوا علامات أقل من فئات الدخل الأربعة إزاء جميع المؤشرات السبعة للقلق النفسي. فعلى سبيل المثال، قال (51%) أنهم شعروا بالكآبة والحزن مقارنة مع (38%) لدى فئات الدخل الأعلى، و(53%) مقابل (44%) كانوا "قلقين جداً".

لا يزال التعليم له الأثر الأقوى على انفعالات الأفراد وصحتهم العقلية أكثر من تأثير الدخل، حيث يعاني أكثر من ضعفي الأفراد في فئة التعليم الأدنى من 5-7 أعراض من القلق النفسي مقارنة مع ذوي الدخل الأعلى. والأكثر من ذلك أن النتيجة تكون قوية عندما يتم اختبارها على العمر، وكما يلاحظ في (الشكل 3) فإن مرحلة التعليم المتقدمة تخفض من القلق النفسي لدى كل فئات العمر، (كان هناك القليل جداً من الأفراد الذين أتموا أية مرحلة تعليمية يتم تسجيلهم على فئة العمر الأكبر).

شكل رقم (3): النسبة المئوية للأفراد 15 سنة فما فوق والذين سجلوا أعراض من القلق النفسي حسب بعض المتغيرات.  
(n=4867)



شكل رقم (4): النسبة المئوية للأفراد 15-59 سنة والذين سجلوا 5-7 أعراض من أعراض القلق النفسي، حسب الحالة التعليمية والجنس. (n=4332)



إن الحالة الزوجية هي المؤشر الخاص بمرحلة حياة الفرد إذ تتميز مختلف مراحل الحياة بمسؤوليات مختلفة وعوامل ضغط نفسي، وبناءً عليه يفترض المرء بأن الحالة الزوجية تؤثر على سعادة المرء. ويشير المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين بأن العازبين الذين لم يتزوجوا أبداً (يشكلون 14% من الأفراد في فئة العمر 30-44 سنة) مقتنعين بحياتهم أكثر من الأفراد الآخرين، إذ أنهم يسجلون أعراض قلق نفسي أقل من أولئك المتزوجين حالياً أو الذين كانوا متزوجين من قبل (بعضهم منفصلين، مطلقين والغالبية أرامل). فالمطلقين والأرامل يشعرون بالقلق النفسي أكثر بكثير من المجموعتين الآخرين. وقد يكون لهذا تفسيراً عاطفياً أو اقتصادياً وغيره، وقد يكون هناك سبب واحد لقلقهم ومزاجهم الكئيب، وهو ازدياد المسؤوليات الناجمة عن شعورهم بأنهم لوحدهم في مرحلة متقدمة من العمر - العديد منهم آباء أرامل مع أطفال صغار. يوجد هنا كذلك اختلاف تبعاً للجنس، حيث أن النساء المتزوجات يسجلن أعلى عدد من الأعراض أكثر من الرجال المتزوجين، إلا أنه لا يوجد اختلاف كبير بين العازبين، النساء والرجال الذين لم يتزوجوا أبداً، وهناك القليل من الملاحظات التي تتيح لنا إجراء مقارنة تبعاً للجنس في المجموعة الثالثة (العازبين والمتزوجين من قبل).

جدول رقم (6): التوزيع النسبي للأفراد 15 سنة فما فوق ، حسب عدد أعراض القلق النفسي والحالة الزوجية.  
(n=4867)

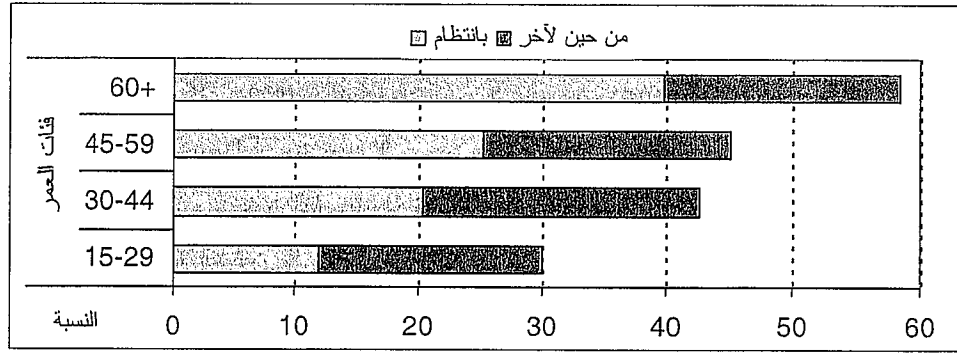
عدد الأعراض	لم يتزوج أبداً	متزوج	مطلق أو منفصل أو أرملة	المجموع
لا يوجد أعراض	23.8	18.8	17.4	20.8
من 1-2 أعراض	36.1	29.8	24.4	32.0
من 3-4 أعراض	22.4	27.8	29.0	25.7
5 أعراض فما فوق	17.7	23.5	29.1	21.5
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0

قلة هم الذين يراجعون اختصاصي من أجل القلق النفسي، حيث أن فرد واحد فقط من أصل خمسة يتناول دواء بسبب معاناته من مشاكل عقلية.

وقد راجع حوالي (1.5%) من البالغين طبيياً لإصابتهم بانفعال عاطفي أو اضطراب نفسي ومشاكل أخرى، وبالمقابل راجع (38%) الطبيب بسبب معاناتهم من أعراض جسدية وحالات مرضية، كما يتناول (19%) من المستجوبين البالغين وبشكل منتظم مضادات للكآبة ومسكنات وغيرها من الأدوية من أجل العلاج والحد من الأعراض النفسية، وذلك خلال السنة أشهر نفسها، بينما (20%) قد تناولوا هذه الحبوب أحياناً، واستنتج المسح أن هناك اختلاف هامشي إزاء تناول الأدوية تبعاً للجنس والتعليم والدخل، وأن تناول أدوية علاج الأعصاب والحد من حالات الأمراض النفسية أو البدنية- النفسية وغيرها من المشاكل والأمراض هي أكثر بقليل انتشاراً لدى النساء والأفراد ذوي تعليم ودخل متدني. كما أن نفس فئات الأفراد قد استشاروا طبيياً لعلاج هذه الأعراض والحالات أكثر من غيرهم إلى حد ما من الفئات الأخرى. ولكن يوجد اتجاه واضح إزاء استخدام الأدوية لعلاج الأمراض النفسية الذي يزداد مع التقدم في السن.



شكل رقم (5): نسبة الأفراد 15 سنة فما فوق الذين استخدموا الأدوية خلال الستة أشهر الماضية جراء القلق النفسي، حسب فئات السن. (n=4866)



### تدخين التبغ

يعتبر تدخين التبغ أحد الأسباب الرئيسية المؤدية للموت في الدول الصناعية، وبالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فإن التدخين "يبرز كأكبر سبب مخدر في العالم يؤدي للمرض والموت"، (منظمة الصحة العالمية 1995-34). يوضح تقرير مركز الصحة العالمية أن فرد واحد من أصل اثنين يدخن لفترة طويلة يموت بسبب التدخين، أما السرطان وأمراض القلب كالانسداد التاجي وأمراض الجهاز التنفسي، فهي الأسباب الثلاثة الشائعة المؤدية للموت بسبب التدخين (منظمة الصحة العالمية 1999). كم يبلغ عدد الفلسطينيين المدخنين في سورية؟ وكم يبلغ عدد السجائر التي يدخنونها؟ ومتى اعتادوا هذه العادة؟

لهذه الأسئلة إجابات في هذه الدراسة بنيت على أساس معلومات مقدمة من قبل فرد واحد بالغ تم اختياره عشوائياً (15 سنة فما فوق) من كل أسرة. وفي القسم التالي يتم عرض العلاقة بين التدخين باعتباره سلوكاً خطراً على حياة الفرد والوضع الصحي عموماً.

## تباين واضح لدى الجنسين إزاء عادات التدخين

نسبة قليلة من النساء تدخن، ففي حين نجد أنه من مجمل السكان البالغين هناك نسبة (28%) هم مدخنين نظاميين، فإن (3%) يدخنون من حين إلى حين، و(32%) من البالغين يدخنون يومياً، و(37%) يدخنون يومياً أو من حين إلى حين. سجل بأن جميع المدخنين حالياً يدخنون السجائر و(3.5%) قالوا بأنهم يدخنون النارجيلة مرة واحدة على الأقل يومياً. ومع ذلك نجد خلافات لافتة لدى الجنسين إزاء عادة التدخين. ففي حين أن (49%) من الرجال يدخنون يومياً، فإن (8%) فقط من النساء تدخن يومياً، كما قال (4%) من الرجال و(3%) من النساء بأنهم يدخنون من حين إلى حين. فالنساء لسن أقل تدخيناً من الرجال فحسب، بل إن المدخنات بشكل دائم يدخن أقل من الرجال.

يتراوح متوسط عدد السجائر المدخنة يومياً 16-17 بالنسبة للنساء، مقارنة مع 20 و22 بالنسبة للرجال علاوة على ذلك، تبدأ النساء بالتدخين في مرحلة متأخرة من العمر عن الرجال بمعدل عمر وسطي 21.5 سنة مقابل 17 سنة من العمر للرجال. إن العمر الوسيط الذي يبدأ فيه الرجال بالتدخين 17 سنة مقابل 20 سنة بالنسبة للنساء. هذه الأمور ذات شأن ذلك لأنه كلما بدأ الفرد مبكراً بالتدخين كبرت خسارته لمتوسط العمر المتوقع. وعلى سبيل المقارنة، يمكننا أن نجري مقارنة بين نتائج المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية ونتائج المسح الوطني للأوضاع المعيشية الذي أجري عام 1996 في الأردن، (Kharabsheh and Tiltne 1998)، والمسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين الذي أجري عام 1999 في لبنان (Tiltne 2003) والذي يطبق تماماً نفس المنهج الذي يتبعه المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين المقيمين في سورية، والمسح الصحي الخاص بالفلسطينيين في الضفة والقطاع عام 1997 (1998) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني).

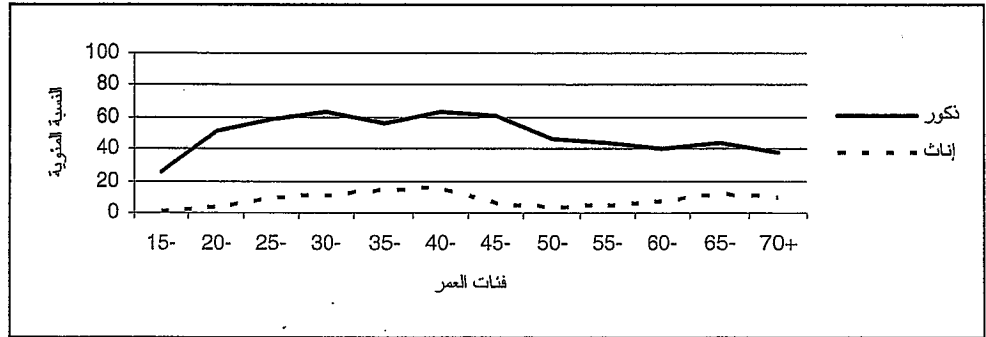
إن نسبة الرجال المدخنين يومياً أعلى في سورية، حيث تصل (49%) مقارنة مع (44%) في الأردن ولبنان و(40%) في الأراضي الفلسطينية. كما أن هناك تباين أساسي في النسبة السائدة لدى النساء، حيث تصل النسبة في سورية إلى (8%). وقد سجلت الدراسة الخاصة بالفلسطينيين في لبنان (16%) من الإناث تدخن يومياً مقارنة مع نسبة أقل من (5%) في الأردن و(3%) في الضفة الغربية وغزة. وهذا يضع النساء اللواتي استجبن للمسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية

في المرتبة المتوسطة بين النساء اللواتي استجبن للمسح في لبنان والعدد القليل استثنائياً للمدخنات في الأردن وفي مناطق الحكم الذاتي الفلسطيني. يرى المكتب المركزي للإحصاء الفلسطيني أن بعض التسجيلات تحدث بسبب التقاليد الاجتماعية التي تنكر التدخين لدى الشباب وخاصة النساء. الشباب (المكتب المركزي للإحصاء الفلسطيني 1998)، وقد يكون لهذه المفاهيم تأثير مماثل في هذا المسح.

ويوضح كذلك الواقع أن سدس النساء كالرجال في المجتمع الفلسطيني في سورية هن مدخنات نظاميات.

(الشكل 6) يصف عادات التدخين لدى الفلسطينيين في سورية تبعاً للجنس وفئات العمر ومن الواضح أن ثغرة الجنس تصبح على كل الأفراد من جميع الأعمار. والأغلبية تبلغ ذروتها لدى الجنسين في متوسط العمر، وهذا تبعاً للتوقعات حيث أن هناك اتجاهات مشابهة تم اكتشافها في الدراسات الأخرى (انظر على سبيل المثال Tiltnes 2003, Nuwayhid et al 1997).

شكل رقم (6): نسبة الأفراد 15 سنة فما فوق المدخنين بانتظام، حسب العمر والجنس. (n=4866)



## التقييم الصحي الذاتي والعام

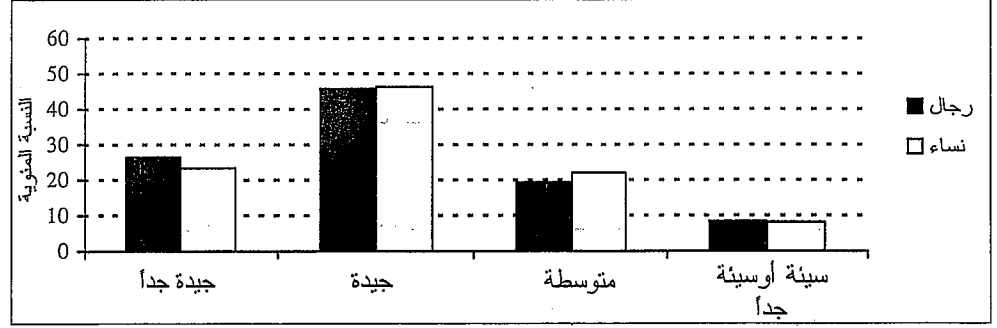
طلب فريق مسح الأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية من فرد بالغ لدى كل أسرة أن يصف (أو تصف) صحته بموجب سلم مؤلف من خمس نقاط ويتدرج من "جيد جداً" إلى "سيئ جداً". تم طرح هذا السؤال البسيط لأن البحث السابق أظهر بأن الجواب على هذا السؤال البسيط يصف بدقة الوضع الصحي العام لكل فرد، ويعكس التقييم الطبي "الذاتي" بشكل جيد (Moum 1992a). حيث استنتجت الدراسات الأخرى أن الاختبار المؤلف من نقطة واحدة لوصف التقييم الذاتي للصحة الذي يماثل الاختبار المطبق لدى المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية ذو ارتباط وثيق بالعلامات الخاصة بالسلام الأكثر امتداداً لاختبار الصحة (Mackenback 1994 et al).

### أقل من 10% يقيّمون صحتهم بأنها ضعيفة أو ضعيفة جداً

أغلبية اللاجئين الفلسطينيين المقيمين في سورية، أكثر من 9 أفراد من أصل 10 يعتبرون صحتهم حسنة. بينما يقول فرد واحد من أصل أربعة مستجيبين (25%) بأن صحته "جيدة جداً" وحوالي النصف (46%) يصفون صحتهم بأنها "جيدة" وفرد واحد من أصل خمسة يصف صحته بأنها "وسط" بينما يشعر (8%) من مجموع البالغين بأن وضعهم الصحي العام "سيئ" أو "سيئ جداً". يوضح لنا هذا العدد بأن الوضع الصحي للسكان البالغين في مخيمات وتجمعات الفلسطينيين في سورية جيد كما هو الحال بالنسبة للاجئين الفلسطينيين في مخيمات الأردن (and Khawaja 2002 Tiltnes).

إلا أنه أفضل بكثير من الوضع الصحي للفلسطينيين في لبنان. حيث أن هناك ضعف عدد الأفراد في سورية الذين يبلغون 15 سنة فما فوق ممن صرحوا بأن صحتهم العامة سيئة أو سيئة جداً (Tiltnes 2002). وكما هو مبين في (الشكل 7) فإن الصحة العامة للنساء أضعف بقليل من صحة الرجل ولكن ليس كثيراً جداً.

شكل رقم (7): التقييم الذاتي للأفراد 15 سنة فما فوق وصحتهم العامة، حسب الجنس (n=4867)



إن التقييم الذاتي للصحة أفضل لدى الشباب والأفراد ذوي التعليم والدخل العالي، ويرتبط بمؤشرات صحية أخرى

سنبين هنا كيف يرتبط التقييم الذاتي والصحة العامة بخلفية عوامل مختلفة للفرد بما فيها المؤشرات الصحية الأخرى، وعندما نقوم بذلك، فبالرغم من عرض كل النتائج في الجداول المرافقة إلا أننا سنحصر تعليقاتنا عن الصحة "الجيدة جداً".  
وكما يتوقع ووفقاً للنتائج أعلاه فإن الوضع الاجتماعي والاقتصادي هما العاملين الهامين الذين يحددان الصحة الذاتية والعامة للفرد. وكما هو بين في (الجدول 7).

أولاً: أن للعمر تأثير أساسي، ففي حين أن قلة قليلة جداً من فئات العمر الأكبر سناً، صرحوا بأن صحتهم ممتازة نجد أن أربعة من أصل عشرة على الأغلب لدى فئة العمر الأصغر صرحوا بأن صحتهم ممتازة

ثانياً: ثلاثة أضعاف الأفراد ذوي الشهادة الثانوية أو الأعلى، صرحوا أنهم بصحة جيدة مقارنة مع أولئك الذين لم يتموا مرحلة التعليم الابتدائي

ثالثاً: إن العلاقة بين مستوى دخل الأسرة والتقييم الذاتي للصحة واضحة، إلا أنها ليست بوضوح العلاقة بين التعليم والصحة.

أخيراً يبين (الجدول 7) أن الوضع الصحي يختلف تبعاً لمكان الإقامة، وبدقة أكثر، يبدو أن الأفراد المقيمين خارج مخيمات اللاجئين ومخيم اليرموك يشكلون (10%) من مجمل السكان الذين شملهم المسح، إنهم في وضع صحي أفضل. وليس واضح بالنسبة لنا لماذا هذا هو الحل، وإذا كان هذا هو الوضع بالفعل لأن هذه النتيجة لا تتفق تماماً مع نتائج المؤشرات الصحية الأخرى.

يسجل سكان التجمعات أمراض مزمنة وأمراض مزمنة خطيرة بنسبة أقل من القسمين الآخرين من مجتمع اللاجئين، إلا أن مؤشرات الصحة الجسدية والنفسية هنا لا تختلف كثيراً عن المؤشرات في المنطقتين الأخيرتين.

قد تكون النتيجة إذن، أن الناتج الافتراضي لا يمثل الاختلاف العالمي الواقعي. والنقطة الأساسية التي تدعم هذه الخلاصة هي أن نسبة الذين سجلوا "صحة جيدة جداً" وصحة "جيدة" لا تختلف كثيراً في مجموعات السكان الثلاثة.

جدول رقم (7): التوزيع النسبي للأفراد 15 سنة فما فوق حسب التقييم الصحي العام للأفراد، وحسب بعض المتغيرات الأساسية. (n=4867)

المتغيرات	الوضع الصحي للفرد				
	جيدة جداً	جيدة	متوسطة	سيئة	أسوأ من سيئة جداً
دخل الأسرة	متدني	19	39	26	16
	تحت المتوسط	23	49	20	9
	المتوسط	24	46	21	8
	فوق المتوسط	25	46	22	6
	الأعلى	30	48	17	5
الحالة التعليمية	أقل من ابتدائية	9	30	37	25
	ابتدائية	25	49	20	6
	إعدادية	33	48	14	4
	ثانوية فما فوق	31	52	15	2
فئات العمر	+70	0	12	37	51
	69-60	2	23	48	28
	59-50	13	31	39	17
	49-40	16	46	28	10
	39-30	22	51	21	5
	29-20	34	52	12	2
	19-15	38	51	9	2
	مخيم اليرموك	21	47	23	9
مكان الإقامة	المخيمات الأخرى	26	47	20	8
	التجمعات	38	39	17	6
	المجموع	25	46	21	8

بيننا للتو أن العوامل التي تؤثر على التقييم الذاتي للصحة هي بشكل أساسي نفس العوامل المؤثرة على المؤشرات الصحية الأخرى. ولننظر الآن عن كثب إلى العلاقة بين بعض هذه المؤشرات من جهة والتقييم الذاتي للصحة العامة من جهة أخرى، فنظرياً ينبغي أن يكون بينهما علاقة فعلياً يظهر (الجدول 8) بأن هذه العلاقة موجودة.

27 ضعف الأفراد الذين لا يعانون من ضعف صحي مزمن أو خطير قدروا بأن صحتهم بشكل عام جيدة جداً، مقارنة مع أولئك الذين سجلوا أن مشاكلهم صحية مستديمة وبالعكس، فقد قدر نصف البالغين الذين يعانون من أمراض مزمنة خطيرة بأن صحتهم العامة سيئة أو سيئة جداً مقابل (5%) فقط من الأفراد الذين لا يعانون من هذا المرض، وكما يتبين في الجدول فإن الأفراد ذوي الصحة

البدنية الضعيفة أي الذين صرحوا بأنهم يعانون مشاكل صحية جراء تنفيذ العديد من الأنشطة التي تملأ حياتنا اليومية فقد صرحوا أن صحتهم العامة أسوأ بكثير من الأفراد الآخرين بالرغم من أن تأثير الصحة النفسية كبير، إلا أنه أضعف من العاملين الأولين. وبالرغم من أن التدخين عامل خطير على الصحة إلا أنه يظهر في أحسن الأحوال تأثير صغير على تقييم الأفراد لصحتهم العامة.

جدول رقم (8): التوزيع النسبي للأفراد 15 سنة فما فوق، حسب التقييم العام لصحتهم، وحسب المؤشرات الصحية وعادات التدخين والأمراض المزمنة والوضع البدني والاضطراب النفسي. (n=4867)

التصنيف	الوضع الصحي للفرد				المتغيرات
	سلبية أو سلبية جداً	متوسطة	جيدة	جيدة جداً	
100	10	23	44	23	بدخن يوماً
100	8	20	47	26	لا يدخن
100	50	40	9	1	مرض مزمن خطر
100	5	19	49	27	مرض مزمن غير خطر
100	38	40	18	3	ضعيفة جداً
100	33	44	20	3	ضعيفة
100	13	39	38	9	لا بأس
100	7	31	49	13	صحة جيدة
100	1	12	53	34	جيدة جداً
100	16	29	35	20	5 أعراض فما فوق
100	10	23	42	25	3-4 أعراض
100	5	18	51	26	1-2 أعراض
100	4	13	54	28	لا يوجد أعراض
100	8	21	46	25	المجموع

#### الضعف الصحي يخفض من المشاركة في القوة العاملة

من الواضح أن القدرة على المشاركة في الأنشطة الاقتصادية وكسب لقمة العيش، يتأثر بظروف الشخص الصحية. حيث يشارك تقريباً فرد واحد من أصل أربعة مصابين بمرض مزمن خطير في القوة العاملة (حسب تعريف مكتب العمل الدولي، انظر فصل العمالة ولمزيد من التفاصيل حول إطار العمل المطبق في هذه الدراسة)، بينما تكون النسبة أكبر بضعفين بالنسبة للبالغين غير المصابين تدهور صحي دائم (الجدول 9).



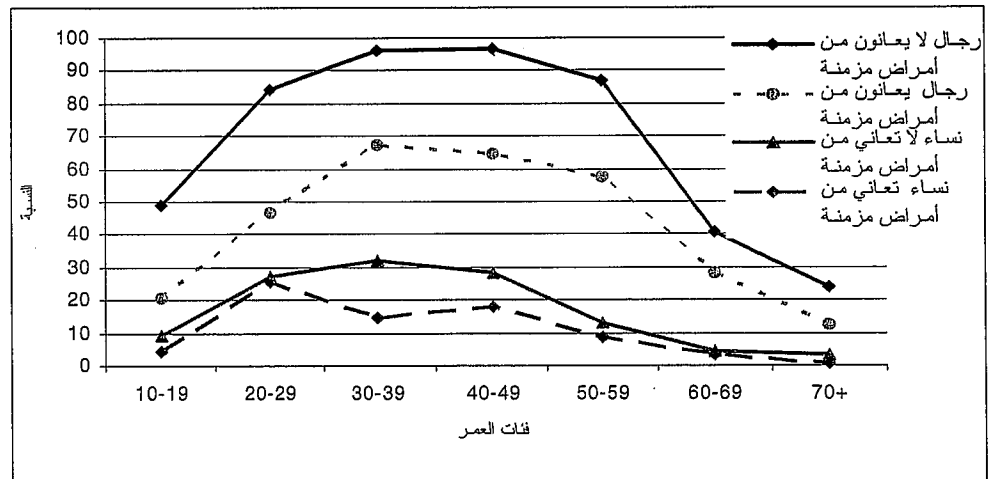
يهيمن الرجال على القوة العاملة، إذ نجد أنه حتى بين الرجال المصابين بمشاكل صحية مزمنة تعيق من قدرتهم على الحركة، إلا أن واحد من أصل اثنين يعمل تقريباً مقارنة مع أقل من واحد في العشرة بالنسبة للنساء اللواتي في نفس الوضع.

جدول رقم (9): معدلات المساهمة للأفراد 15 سنة فما فوق في قوة العمل، حسب الجنس والإصابة بمرض مزمن. (n=16946)

الجنس	غير مصاب بالمرض المزمن	مصائب بمرض مزمن	مصائب العرض من مرض خطير
رجال	78	60	45
نساء	22	13	8
المجموع	50	37	26

للمرض المزمن تأثير سلبي على أنشطة توليد الدخل بالنسبة لجميع الأفراد من كل الأعمار، إلا أن أكبر تأثير يظهر لدى الرجال، إن نسبة مشاركة الرجال في سنوات عملهم الأولى في العشرينات في القوة العاملة على الأغلب أقل بـ 40 درجة مئوية من الرجال الذين يعانون من مشاكل صحية خطيرة مقارنة مع أولئك الذين لا يعانون من نفس هذه المشاكل بالنسبة للرجال في الثلاثينات والأربعينات، حيث تكون الفجوة قريبة من 30 درجة مئوية.

شكل رقم (8): معدلات المساهمة في النشاط الاقتصادي، حسب الإصابة بمرض مزمن والعمر والجنس (n=16946)



## الاستفادة من الخدمات الصحية بعد الإصابة بأمراض خطيرة

لا يهتم المسح الخاص بالأوضاع المعيشية للاجئين الفلسطينيين في سورية بالأمراض الخطيرة المنتشرة أو الضرر بحد ذاته، بل أن البيانات هذه تخدم كمقدمة لتركيزنا على الاستفادة من الخدمات الصحية، ومع ذلك فإن البيانات تتيح مجالاً للمقارنة بين فئات العمر وغيرها من العوامل في البيانات التي نعرضها لاحقاً. وبالنسبة لموضوع الخدمات الصحية فإن فريق المسح يسأل فيما إذا كان الأفراد الذين يعانون من مشاكل صحية فجائية يلتزمون مساعدة اختصاصي أولاً، كذلك فما نوع الاختصاصي الذي زاروه، وهل سافر الفرد مسافة بعيدة للمعالجة، وكم كلفت نفقات الاستشارة والعلاج؟

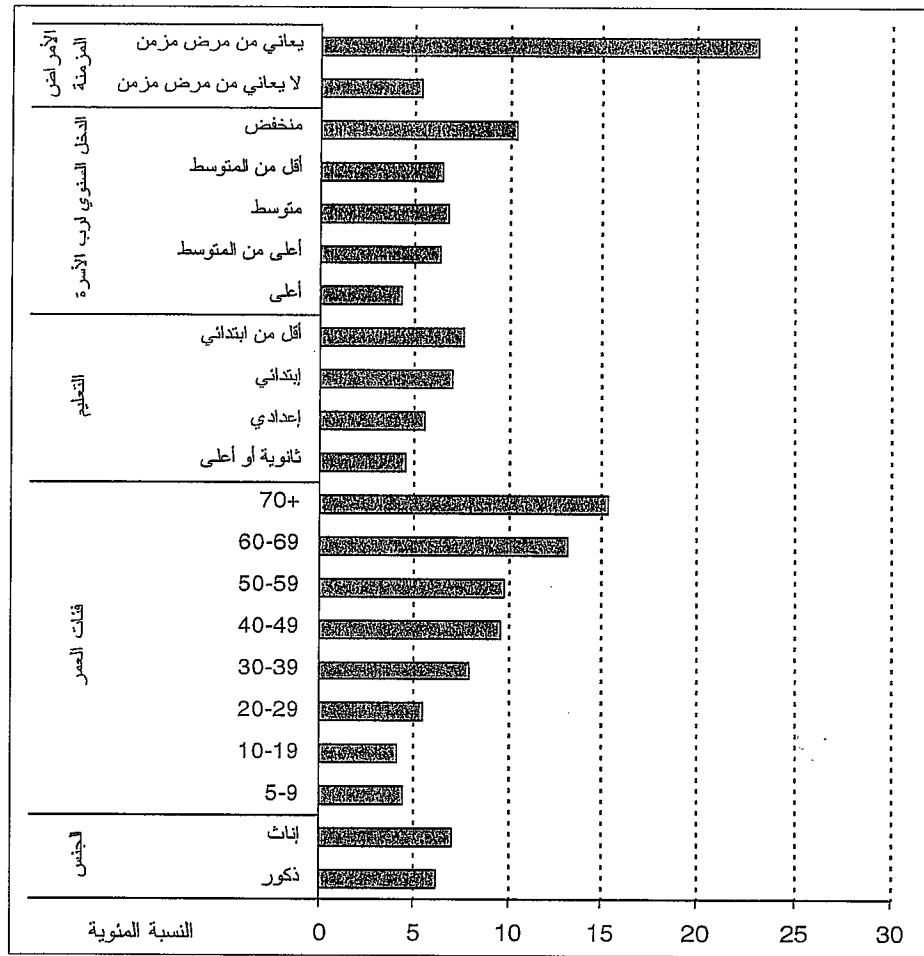
## تختلف نسبة الأمراض الحادة والضرر تبعاً للسن والوضع الاجتماعي والاقتصادي

(استخدمنا هنا بيانات خاصة بالسن خمس سنوات فما فوق أما الأطفال في العمر من (0-4) سنوات فقد نضيفها لاحقاً).

يعاني على الأغلب (7%) من السكان 5 سنوات فما فوق من أمراض حادة أو إصابات (95%) أمراض حادة و(8%) من مجمل المصابين، خلال الأسبوعين الذين سبقا اللقاء بهم. تعاني الإناث من مشاكل صحية أكثر بقليل من الرجال. كما سجل المتقدمين بالسن أمراض حادة أكثر من الجيل الأصغر سناً (الشكل 9)، وكذلك هو متساو بين الجنسين. كما أن الأمراض الحادة تسجل نسبة أكبر لدى أولئك ذوي مرحلة التعليم رسمي متدني، ولدى الأفراد المقيمين لدى أسر ذوي دخل متدني ومن جهة أخرى، تنخفض نسبة الأمراض الحادة مع ارتفاع نسبة التعليم والدخل الأعلى. فالعلاقة بين التعليم والدخل من جهة والأمراض الحادة من جهة أخرى قوية حتى عندما يتم أخذ العمر بعين الاعتبار.

إن الأمراض المزمنة هي أكبر مسبب لانتشار الأمراض الحادة في الواقع، يعاني الأفراد المصابين بمشاكل صحية مستديمة من أمراض حادة بنسبة أربع أضعاف أكثر من الأفراد الآخرين.

شكل رقم (9): نسبة الأفراد 5 سنوات فما فوق والمصابين بأمراض حادة (بما فيها الإصابات) خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب المتغيرات الرئيسية (n=23484)



جدول رقم (10): نسبة الأفراد 15 سنة فما فوق والمصابين بأمراض حادة خلال الأسبوعين السابقين للمسح، حسب الحالة التعليمية وفئات العمر. (n=16921)

فئات العمر	أقل من ابتدائي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي فما فوق
15-29	7.4	5.6	4.2	3.7
30-44	12.3	10.4	7.7	4.7
45+	14.3	11.1	8.3	6.2
المجموع	12.3	7.7	5.6	4.6

جدول رقم (11): نسبة الأفراد 5 سنوات فما فوق المصابين بأمراض حادة خلال الأسبوعين السابقين للمسح، حسب فئات العمر وفئات دخل الأسرة (n=23457)

فئات العمر	متدني	أقل من المتوسط	متوسط	أعلى من المتوسط	عالي
5-14	5.4	4.1	4.3	4.5	3.2
15-29	9.2	4.8	5.7	4.9	2.9
30-44	12.2	9.3	8.6	7.6	5.1
45+	17.1	10.7	11.9	11.0	8.3
المجموع	10.4	6.5	6.8	6.4	4.3

أما بالنسبة للأفراد الذين يتجاوزون الخمس سنوات، فقد تم تقييم شدة خطورة المرض من خلال سؤال الفرد فيما إذا منعه مرضه من ممارسة نشاطاته اليومية كاللعب والذهاب إلى المدرسة أو العمل أو القيام بالأعمال المنزلية الروتينية لفترة ثلاثة أيام أو أكثر، فتبين أن حوالي الثلثين (64%) من المصابين بأمراض حادة والذين يشكلون (4%) من فئة العمر. أنهم كانوا يعانون من الإصابة بالمرض الحاد كما تم تعريفه ضمن الدراسة.

جدول رقم (12): التوزيع النسبي للأفراد المصابين بأمراض حادة والذين لم يراجعوا أحد للاستشارة، حسب عدم الاستشارة، وحسب تعليم رب الأسرة ودخل الأسرة. (n=279)

المتغيرات	لا يحتاج	لا يستطيع دفع التكاليف العلاج	عالج نفسه بالطب العربي	عالج نفسه بالأدوية	أسباب أخرى	المجموع
متدني	11	45	7	27	10	100
تحت الوسط	23	29	1	41	6	100
وسط	38	12	6	42	2	100
فوق الوسط	19	12	-	65	5	100
عالي	32	8	2	48	9	100
أقل من ابتدائي	21	38	6	29	6	100
أساسي	23	18	1	50	8	100
ثانوي	20	23	2	50	5	100
أعلى من ثانوي	35	5	7	49	5	100
المجموع	24	21	3	46	6	100

وبعيداً عن العامل الاقتصادي، فإن القرب الجغرافي ونوعية الخدمات هي من العوامل التي تحدد نوع الخدمة التي يحتاج إليها الفرد عندما يكون مصاباً بمرض حاد، ونعود فيما بعد للجوانب ذات الشأن لمناقشة الخدمات الصحية. لكن دعونا نرى أولاً إلى أي مكان يذهبون، ومن يراجعون. سنبدأ بالمسألة

الأخيرة. حيث راجع أكثر من نصف الأفراد (25%) طبيب اختصاصي، بينما استشار (42%) طبيب عام، أما البقية فقد راجعوا صيدلي أو شخص آخر.

تشير بياناتنا أن خمس الميسورين من السكان قد يراجعون اختصاصي بنسبة أكبر من الأفراد الآخرين بنسبة (58%) مقابل (48%) إلى (54%) من فئات الدخل الأربعة الأخرى، إلا أن الاختلاف ليس كبيراً وينبغي أن يعالج بشيء من الحذر. علاوة على ذلك ليس بالضرورة أن نترجم هذا بمثابة تأثير من الوضع الاجتماعي والاقتصادي بل قد يكون نتيجة للموقع الجغرافي، فعلى سبيل المثال، يميل سكان مخيم اليرموك كذلك لاستشارة اختصاصي بنسبة أكبر (58%) مقابل (45%) من الأفراد المقيمين في المخيمات الأخرى و(55%) بالنسبة للتجمعات، ويبدو أن مستويات الدخل بمجمها في مخيم اليرموك فوق المعدل (انظر الفصل 8) والتي هي كذلك نتيجة لتوفر الأطباء والاختصاصيين في الطب.

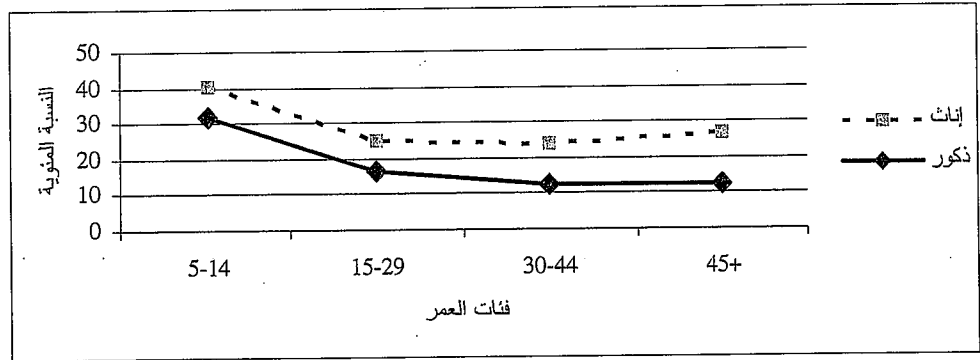
وبغض النظر عن مكان الاستشارة الطبية، فإن معظم الأفراد – فرد واحد من اثنين على الأغلب- زاروا العيادات، بينما النصف (23%) راجعوا الأنروا (الجدول 13)، وكما يتضح لنا من الجدول ، تراجع النساء أكثر من الرجال الأنروا طلباً للعلاج ويعود ذلك لبرامج الأنروا الخاصة برعاية الأم والطفل المتظورة حيث أن العديد من النساء تكثرن من التردد على خدمات الأنروا، وكذلك فإن عدد المشاكل الصحية التي تعاني منها النساء قد ترتبط بالإيجاب، وبما أن عدد كبير من النساء الحوامل تراجعن عيادات الأنروا لإجراء الفحوصات، فمن الطبيعي جداً لهن التردد على هذه العيادات أكثر من الرجال الذين يراجعون عيادات الأنروا من كل الأعمار في حال أصيبوا بمرض خطير (الشكل 10).

إضافة إلى ذلك يبين (الجدول 13)، أن عيادات الأنروا مألوفة أكثر لدى الأفراد من ذوي فئات الدخل الأدنى ولدى الأفراد غير المؤمن على حياتهم. وهذا يرتبط بلا ريب بتكاليف الخدمات، والتي هي كما سنرى لاحقاً أدنى تكاليف لدى عيادات الأنروا. كما يوضح الجدول كذلك أن اللاجئين الفلسطينيين في مخيم اليرموك يراجعون عيادات الأنروا عند إصابتهم بمرض حاد بنسبة أقل من غيرهم من اللاجئين المقيمين في المخيمات والتجمعات الأخرى. قد يفسر ذلك بسبب قرب المرافق الصحية البديلة في اليرموك مقارنة مع مناطق الإقامة الأخرى، ومرد ذلك الدخل المرتفع في اليرموك.

جدول رقم (13): التوزيع النسبي للأفراد 5 سنوات فما فوق المصابين بأحد الأمراض الحادة، حسب مكان الاستشارة الطبية، وحسب الجنس والعمر والدخل والتأمين الصحي ومكان الإقامة. (n=1151)

المجموع	مكان الاستشارة						المتغيرات
	ممكن أخرى	عيادة الأنروا	عيادة خاصة	مشفى حكومي	مشفى خاص	مستوصف الهلال الأحمر الفلسطيني	
100	13	17	46	13	7	4	الجنس
100	8	28	48	8	4	5	ذكور
100	10	36	35	9	4	6	إناث
100	6	21	53	12	5	3	فئات العمر
100	13	18	50	9	5	4	5-14
100	12	21	46	10	6	5	15-29
100	9	33	41	10	4	4	30-44
100	9	22	50	10	4	4	45+
100	8	19	47	15	6	5	متدني
100	12	20	49	9	7	4	تحت الوسط
100	14	19	49	7	5	6	وسط
100	9	24	47	10	5	5	فوق الوسط
100	23	9	46	10	8	3	عالي
100	14	19	43	11	7	6	التأمين الصحي
100	7	26	49	10	4	4	غير مؤمن
100	7	28	56	6	2	1	مؤمن
100	10	23	47	10	5	5	مكان الإقامة
100	7	28	56	6	2	1	مخيم البرموك
100	7	28	56	6	2	1	باقي المخيمات
100	10	23	47	10	5	5	التجمعات
100	10	23	47	10	5	5	المجموع

شكل رقم (10): نسبة الأفراد 5 سنوات فما فوق المصابين بأحد الأمراض الحادة والذين راجعوا عيادات الأنروا، حسب العمر والجنس. (n=1151)



## ثلاثة مرضى من أصل عشرة يسافرون إلى أماكن بعيدة للعلاج

وفي حين يتلقى (29%) من المرضى المصابين بأمراض حادة المساعدة الطبية الاختصاصية في الحارة التي يقيمون فيها أو الجوار نجد أن (26%) ينتقلون ضمن مكان الإقامة أو المدينة المقيمون فيها لتلقي العلاج كما يزور (43%) طبيباً أو ما شابه في تجمع سكاني آخر.

يوضح (الجدول 14) مسافة الانتقال من مكان الإقامة إلى مكان الاستشارة الطبية تبعاً لخلفية مختلفة من العوامل.

أولاً: يظهر الاختلاف تبعاً للموقع الجغرافي، فالأفراد المقيمين في مخيم اليرموك للاجئين تتوفر لهم الخدمات الصحية بشكل أسهل من الأفراد المقيمين في مخيمات اللاجئين الأخرى أو خارج المخيمات. وينعكس ذلك في مسافة الانتقال عبر المناطق. حيث نرى أن المقيمين في العاصمة أو "مدينة دمشق" وضعهم أفضل من غيرهم، كما هو مبين في الجدول، بينما من بين المناطق الخمسة - نجد أن ريف دمشق وخاصة الشمال ذوي وضع سيئ. ففي المنطقة الشمالية يتم تلقي أكثر من نصف الاستشارة الطبية من خلال الانتقال من مكان الإقامة إلى مرفق الرعاية الصحية وضمن تجمعات سكانية أخرى، فالرحلة من مخيم النيرب إلى مدينة حلب تصف المسألة هنا.

ثانياً: يبين الجدول الاختلاف تبعاً لنوع ومصدر الرعاية الصحية. وبغض النظر عن أولئك الذين يراجعون "مرافق صحية أخرى" فإن المرضى الذين يزورون عيادات الأنروا ينتقلون أقصر مسافة للوصول إليها. من الناحية المبدئية نجد أن المرضى الذين يراجعون مرافق الأنروا لا ينتقلون مسافات طويلة للحصول على المساعدة الطبية، بل إنهم يتلقون مساعدة الاختصاصي هنا لأن خدمات الأنروا قريبة من منازلهم - إلا أنه ثانياً نجد أن المرضى ينتقلون إلى أمكنة بعيدة للوصول إلى المستشفيات الخاصة ولا سيما المستشفيات الحكومية، حيث يوجد العديد من الاختصاصيين الأمر الذي يبرهن النتيجة بأن (المرضى) - كما يمكن التوقع به - يميلون للسفر مسافات طويلة لمراجعة أطباء اختصاصيين).

ثالثاً: يجد أفقر المرضى صعوبة إزاء توفر الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها (أو التي يختارون مراجعتها)، حيث يبقى الوضع ضمن ما ذكر آنفاً أي أن المقيمين في

اليرموك- الذي يأوي حوالي نصف اللاجئين الفلسطينيين في سورية- تتوفر لهم الخدمات الصحية بشكل أسهل من غيرهم وهم أقل فقراً من السكان الذين شملهم المسح.

جدول رقم (14): التوزيع النسبي للأفراد 5 سنوات فما فوق المصابين بأمراض حادة والذين ينتقلون من مكان إقامتهم إلى مكان الاستشارة الطبية، حسب بعض المتغيرات الرئيسية (n=1149)

المتغيرات	مواقع مكان العلاج		
	ضمن مكان الإقامة أو ضمن المدينة	في تجمع سكني آخر أو مدينة أخرى	في الجوار
مكان الإقامة	مخيم اليرموك	20	51
	المخيمات الأخرى	37	36
	التجمعات	35	36
المناطق	مدينة دمشق	21	49
	الجنوب	37	49
	الغرب	32	43
	ريف دمشق	34	33
	الشمال	53	29
مكان الاستشارة	أخرى*	16	62
	عيادة الأنروا	3	59
	مشفى الهلال الأحمر الفلسطيني	14	54
	عيادة خاصة	34	37
	مشفى خاص	51	28
	مشفى حكومي	72	18
اختصاص الطبيب	عام	21	46
	خاص	37	35
الدخل السنوي للأسرة	متدني	29	36
	تحت المتوسط	22	43
	متوسط	35	42
	فوق المتوسط	30	46
	عالي	28	49
المجموع	29	26	43

\* تشمل العلاج في المنزل أو دواء من الصيدلية وغير الأماكن المبينة في مكان الاستشارة



## التأمين الصحي

وكما بينا في بداية هذا الفصل، فإن الرعاية الصحية العامة "الحكومية" مبدئياً مجانية في كل المناطق السورية، بما فيها الرعاية الصحية المقدمة للاجئين الفلسطينيين، لا تدير أي من شركات التأمين في البلاد برامج للتأمين الصحي.

وبالرغم من ذلك، هناك بعض الشركات الخاصة والمؤسسات الحكومية والوزارات العامة والمديريات التي لها أنظمة توفر الأدوية والعلاج والرعاية بما فيها الجراحة المتقدمة التي تقدم مجاناً أو (إعانات مالية كبيرة) للعاملين فيها أو إلى مجموعة محدودة من العاملين، كما أن هناك بعض المؤسسات التي تتعاقد مع أطباء وعيادات ومستشفيات اختصاصية، ومؤسسات أخرى يتم فيها اختيار التأمين الصحي بحرية من بين الخدمات المتوفرة في السوق. يبدو من حيث المبدأ العام، أن المؤمن عليه لا يدفع أية رسوم من أجل "التأمين" (كان يقتطع من راتبه على سبيل المثال) بل يبدو أنه كجزء من المكافأة. حيث تقوم بعض برامج التأمين بتغطية الأفراد الذين يعيلهم العامل (زوجته وأولاده)، بينما تغطي برامج أخرى العاملين أنفسهم فقط. وهذا الأمر يستفيد منه اللاجئون الفلسطينيون مثل السوريين.

وبالرغم من ذلك، فإن الخدمات المقدمة قد تختلف بشكل كبير بين مختلف البرامج، إلا أنه يتم تغطيتها ببرنامج يمنح للمؤمن عليه فائدة أكثر من الفرد غير المؤمن عليه. ونتيجة لذلك، يعتبر التأمين الصحي وسوف نستخدم هذا المصطلح هنا- العامل الهام الذي يحدد مدى توفر وإمكانية الاستفادة من الخدمات الصحية. وسوف نشرح لاحقاً كيفية توزيع التأمين الصحي لدى السكان الذين شملهم المسح وإبراز مدى تأثيره على مسألة الاستفادة من هذه الخدمات.

يتم تأمين أقل من العشر صحياً، أعلى نسبة تغطية من الشمال.

يستفيد من التأمين الصحي (7%) فقط من اللاجئين في المخيمات والتجمعات، كما يتوفر التأمين الصحي للرجال بنسبة أكبر بقليل من النساء. (الشكل 11).

يختلف توزيع التأمين الصحي كذلك باختلاف الوضع الاجتماعي والاقتصادي، حيث يمثل العدد متغيرات ثلاث: دخل الأسرة السنوي، التحصيل العلمي لرب الأسرة، علاقة رب الأسرة بسوق العمل، فهناك على سبيل المثال، أكثر من ثلاثة أضعاف من المستفيدين من التأمين الصحي لدى فئات الدخل الأعلى مقارنة مع ذوي الدخل الأدنى، وتوجد علاقة مماثلة بين ذوي فئة التحصيل العلمي الأعلى والأدنى، إضافة إلى ذلك تتم تغطية أرباب الأسر العاملين بنسبة (8%) مقارنة مع (3%) لدى الأسر ذات رب الأسرة من خارج سوق العمل. ويكون المستفيدين من التأمين الصحي أفراد بالغين سن العمل (الشكل 11).

وبناء على ما تقدم، يستنتج المرء بأن التأمين الصحي مرتبط بوظيفة الفرد، ولا يتأثر بسوق العمل، كما هو الحال في العديد من الدول الأخرى، بما في ذلك الأردن ولبنان.

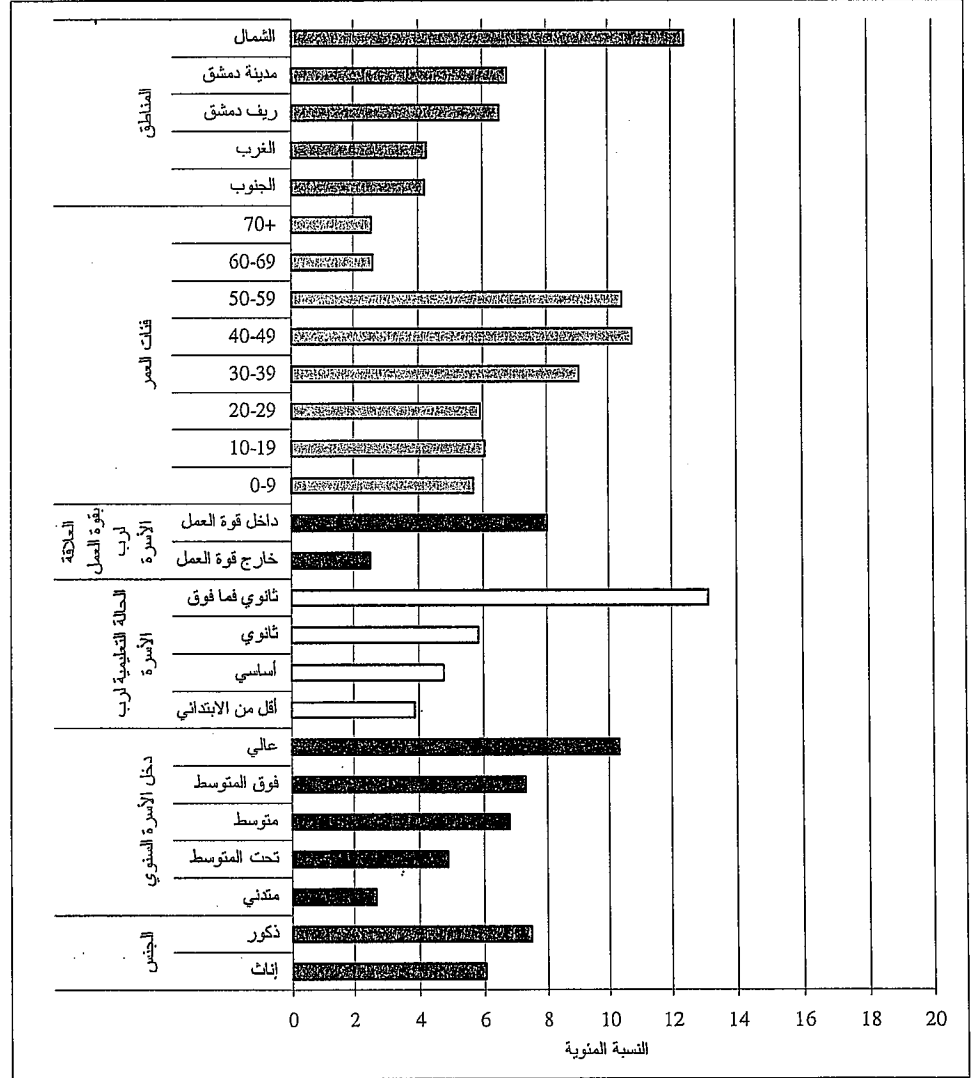
في الواقع، ترتفع نسبة التأمين الصحي فقط عندما يتم حساب عدد البالغين العاملين لدى القوة العاملة، تبلغ نسبة العاملين المؤمن عليهم (11%)، وكما يظهر (الشكل 12) فإن أكبر نسبة مستفيدة من التأمين الصحي، هم العاملين لدى الإدارة العامة والتعليم والصحة والعمل الاجتماعي.

وعندما يتعلق الأمر بالتغطية الخاصة بالتأمين الصحي، فلا يظهر المسح أي اختلاف كبير بين الأشخاص المقيمين في المخيمات وغيرهم من المقيمين في التجمعات، أو بين مناطق المدينة أو الريف. إلا أن اللاجئين الفلسطينيين في المنطقة الشمالية هم أكثر استفادة من التأمين الصحي من غيرهم من اللاجئين المقيمين في أماكن أخرى (الشكل 11).

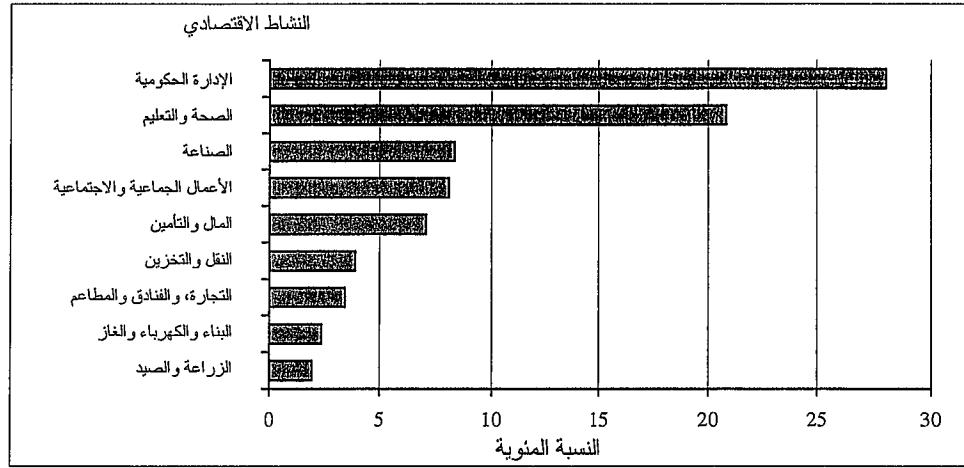
قد يفسر ذلك بأنه يعود لاختلاف قطاعات العمل (الأنشطة الاقتصادية) في مختلف المناطق حيث أن أهم الأنشطة الاقتصادية بالنسبة للاجئين الفلسطينيين في الشمال هي مصانع الصلب والتعدين (أي استخراج المعادن من المناجم) والإدارة العامة- قطاعات كما نرى، تكون فيها نسبة تغطية التأمين

الصحي عالية، فعلى سبيل المثال، نذكر مصنع جيه المجاور- مصنع للسلع الذي يعتبر أهم رب عمل للسكان المقيمين في مخيم النيرب، وفي مخيم عين النل، المقابل لمدينة حلب، هناك نسبة عالية نسبياً من الأفراد الذين يعملون في حقل التعليم والإدارة العامة وهي قطاعات يوجد فيها الكثير من المؤمن عليهم صحياً كذلك مقارنة مع القطاعات الأخرى.

شكل رقم (11): نسبة الأفراد المؤمن عليهم صحياً، حسب المتغيرات الأساسية. (n=26820)



شكل رقم (12): نسبة الأفراد 15 سنة فما فوق ضمن قوة العمل والمؤمن عليهم صحياً حسب قطاعات النشاط الاقتصادي. (n=7588)



في الدول التي يكون فيها التأمين الصحي أكثر انتشاراً مما هو عليه في سورية، يجد المرء أن المؤمن عليهم يستفيدون من مرافق الرعاية الصحية أكثر من أولئك الذين يفتقرون للتأمين الصحي. وهذا الاتجاه سائد كذلك لدى اللاجئين الفلسطينيين في سورية، حيث أن نسبة (89%) من المؤمن عليهم صحياً مقارنة مع (79%) غير مؤمن عليهم قد التمسوا مساعدة طبية اختصاصية إثر إصابتهم بأمراض خطيرة، ولكن بما أن عدد المؤمن عليهم صغير جداً، فليس له أثر على مجمل عدد الاستشارات الطبية.

#### النفقات المدفوعة على الخدمات الصحية

بشكل عام، إن نسبة (45%) من الذين استشاروا شخصاً ما إثر إصابتهم بمرض حاد، لم يدفعوا أي مقابل لقاء الخدمات الطبية، (25%) لم يدفعوا مقابل علاجهم، وكما ذكرنا سابقاً فإن الاستشارة الطبية لدى المرافق الحكومية والأنروا مجانية. وبالمقابل تستلزم الخدمات الطبية المقدمة في مرافق خاصة دفع رسوم مقابل العلاج. إن هذه الاختلافات موضحة في (الجدول 15)، ويبلغ معدل نفقات الزيارة الواحدة (استشارة أو علاج) إلى العيادات الخاصة حوالي سبعة أضعاف أعلى ثمناً من عيادات

الأثروا، كما أن تكلفة الاستشارة والعلاج في المستشفيات الخاصة تبلغ كحد وسط ثلاثة أضعاف التكلفة لدى المستشفيات الحكومية.

إن هذه الاختلافات، هي نتيجة لاختلاف مبالغ الإعانات المالية وأنظمة الأسعار بين مقدمي الخدمات، وكذلك لأن مختلف الجهات التي توفر الخدمات تقدم أنواع مختلفة من الخدمات ذات تكلفة أعلى من غيرها من الجهات الأخرى.

جدول رقم (15): تكلفة المعاينة والعلاج والمجموع (ل.س) للذين يعالجون من أمراض حادة، حسب مكان المعاينة. (n=1151)

التكلفة (ل.س.)	التهال: الأحمر (n=57)	مستشفى خاص (n=59)	مستشفى حكومي (n=115)	عيادة خاصة (n=542)	عيادة الروم (n=259)	الجزع (n=114)	المجموع (n=1151)
0	40	21	70	12	96	70	45
1-199	39	8	11	26	2	14	17
200-499	8	15	7	40	1	9	22
500+	12	55	12	22	0	8	16
المجموع	100	100	100	100	100	100	100
المتوسط	154	1723	217	326	11	70	281
الوسيط	50	500	0	200	0	0	75
0	20	12	23	7	72	14	25
1-199	26	11	14	19	13	47	20
200-499	32	20	25	33	9	22	25
500-999	13	21	19	19	2	10	14
1,000+	9	35	20	22	3	6	16
المجموع	100	100	100	100	100	100	100
المتوسط	307	1778	1020	781	152	329	644
الوسيط	200	500	300	300	0	100	200
0	16	12	20	4	73	14	23
1-399	47	7	36	25	21	62	29
400-999	23	21	20	40	3	17	25
1,000+	14	59	24	31	3	7	22
المجموع	100	100	100	100	100	100	100
المتوسط	461	3535	1249	1109	163	399	927
الوسيط	269	1449	300	600	0	100	350

## الاقتناع بالخدمات المقدمة

توجد قناعة بالرعاية الصحية المقدمة إلا أنها أدنى نسبة لدى الأنروا.

هناك قاعدة تامة لدى اللاجئين الفلسطينيين في المخيمات والتجمعات في سورية إزاء الخدمات الصحية التي قدمت لهم عندما لجئوا للاستشارة الطبية إثر إصابتهم بأمراض حادة خلال الأسبوعين الذين سبقا زيارة فريق المسح لهم، حيث صرح (83%) بقناعتهم بالخدمات الصحية المقدمة وهي نسبة أعلى بقليل من النسبة التي سجلها اللاجئين الفلسطينيين في لبنان (Tiltnes 2003) والأردن (Khawaja and Tiltnes 2002)، بينما الغالبية (62%) كانوا مقتنعين جداً بالخدمات المقدمة، وصرح (21%) أنهم راضين إلى حد ما عن الخدمات، بينما كان (6%) حياديين و(11%) غير مقتنعين بالخدمات الصحية المقدمة. كما سجل المستجيبون للمسح قناعة بالأطباء الاختصاصيين (88%) بنسبة أعلى من الأطباء العاميين (76%).

أما بالنسبة لمكان الاستشارة الطبية، فإن المرضى الذين يراجعون المستشفيات والعيادات الخاصة هم أكثر رضى من كل المستفيدين الآخرين، حيث سجلت هنا نسبة القناعة (87%) و(86%) بينما نجد لدى عيادات الأنروا أقل معدل بنسبة (76%) من الذين أبدوا قناعتهم بخدماتها الصحية، وبالإضافة إلى ذلك، نجد أنه هناك أعلى نسبة من عدم القناعة بخدمات الأنروا الصحية بمعدل الضعفين من المرضى الذين سجلوا عدم قناعتهم مقارنة مع المرضى الذين يراجعون العيادات الخاصة، قد يكون سبب العدد الكبير نسبياً للمراجعين غير المقتنعين بخدمات الأنروا مرده عدم كفاية توفر الأدوية في هذه العيادات، حيث أن الوكالة توزع الأدوية على مرافقها الصحية كل أربعة أشهر فقط. ومن المحتمل كذلك أن يكون لدى اللاجئين توقعات بأن تكون خدمات الأنروا أعلى مستوى من خدمات المستشفيات العامة. وبما أن العلاج مجاني لدى المستوصفات الحكومية والأنروا، فإن تكلفة الخدمات ليست عامل يفسر سبب عدم القناعة بخدمات الأنروا الصحية بنسبة أكبر من غيرها من الجهات الأخرى. والأكثر احتمالاً أن يكون الاقتناع بالمرافق الصحية ناجم عن توفر ونوعية الخدمات. وبما أن منشآت الأنروا تتواجد في جميع المخيمات فإن الأنروا متوفرة للجميع ولكن مع الأخذ بعين الاعتبار العدد المرتفع للمرضى الذين يعالجهم طبيب واحد في عيادات الأنروا، ذلك أن القدرة على توفير استفادة ليست كبيرة جداً.

كان العدد الوسطي لعدد المرضى الذين يعالجهم طبيب واحد في اليوم 98 مريض عام 1999 (الأثروا 2000 تقرير المفوض العام). فإذا كان الطبيب يستقبل 98 مريضاً في اليوم فلا بد أن يكون لذلك تأثير على نوعية الاستشارة، إضافة إلى ذلك، هناك بعض المرضى الذين لا يستطيعون الانتظار لفترة طويلة من أجل مراجعة الطبيب، لذا يلجئون إلى جهات أخرى إذا كان بإمكانهم ذلك.

جدول رقم (16): التوزيع النسبي للأفراد 5 سنوات فما فوق المصابين بأمراض حادة، حسب قناعتهم بالخدمات المقدمة لهم، وحسب مكان الاستشارة الطبية. (n=1054)

مكان الاستشارة	راضٍ جداً	راضٍ بعض الشيء	لا راضٍ ولا غير راضٍ	غير راضٍ	المجموع
مشفى خاص	64	23	0	13	100
عيادة خاصة	65	21	5	9	100
الهلال الأحمر الفلسطيني	57	25	5	14	100
مشفى حكومي	52	29	11	8	100
عيادة الأثروا	55	21	7	17	100