التحدّيات التي يواجهها النظام الصحّيّ والتي تؤثّر على نوعيّة وجودة الرعاية الصحّيّة لمرضى السكّريّ في فلسطين

أحمد ابو الحلاوة*

السكّريّ من الأمراض المزمنة وغير المعدية المنتشرة عالميًّا على نحوٍ بالغ، حتّى إنّه يشكّل تحدّيًا كبيرًا للأفراد والمجتمعات والدول، وللصحّة العامّة، على جميع الصُّعُد. يعرَّف مرض السكّريّ بأنّه ارتفاع نسبة الجلوكوز (السكّر) في الدم لأنّ خلايا البنكرياس لا تنتج ما يكفي من هرمون الأنسولين، أو لأنّ الجسم لا يستجيب لعمل هرمون الأنسولين على نحوٍ سليم، وبالتالي يتعذّر دخول السكّر من الدم إلى خلايا الجسم للقيام بالعمليّات الحيويّة الضروريّة.

السكّريّ ثلاثة أنواع: (1) السكّريّ الأكثر انتشارًا في المجتمع الفلسطينيّ، ويُعْرَف بسكّريّ الكبار، أو السكّريّ الناتج عن أوضاع حياتيّة غير صحّيّة (السمنة؛ قلّة حركة الجسم؛ النمط غير الصحّيّ في التغذية...). (2): السكّريّ الذي يُعْرَف بسكّريّ الأطفال أو السكّريّ المعتمد على الأنسولين، ويشكّل ما نسبته 5% من حالات السكّريّ في فلسطين. (3) سكّريّ الحمْل، الذي لا يظهر إلّا أثناء فترة الحمل، وقد يختفي بعد ذلك ويتطوّر إلى السكّريّ من النوع الثاني في مرحلة لاحقة.

عالميًّا، تشير إحصائيّات الاتّحاد الدوليّ للسكّريّ لعام 2015 إلى أنّ هنالك ما معدّله 415 مليون مريض في العالم تتراوح أعمارهم بين 20 وَ 79 سنة، بالإضافة إلى نحو 192 مليون إنسان غير مشخَّصين بالمرض ولا يعلمون بإصابتهم، ويموت نحو 5 ملايين مريض سنويًّا كنتيجة مباشرة للإصابة بالسكّريّ ومضاعفاته، وأنّ معدّل الإنفاق على السكّريّ يبلغ 673 مليار دولار[1]. أمّا في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، حيث تُعتبر فلسطين تابعة جغرافيًّا لهذه المنطقة (وغالبيّة الدول في هذه المنطقة تُعتبر من الدول النامية وذات الدخل المتدنّي أو المتوسّط)، فإنّها تُعتبر من أكثر المناطق التي ينتشر فيها السكّريّ؛ وذلك بسبب قلّة الموارد الماليّة والبشريّة، والاضطرابات السياسيّة، وغياب الديمقراطيّة وتداول السلطة، وغياب الخطط الإستراتيجيّة التي تشكّل نواة لبرامج الوقاية وعلاج السكّريّ ومضاعفاته.

فلسطينيًّا، السكّريّ من الأمراض المنتشرة انتشارًا واسعًا في المجتمع الفلسطينيّ. في حين كان معدّل انتشار السكّريّ في فلسطين 9.7% عام 2000، بلغ معدّل انتشاره 15.3% عام 2010، ويُتوقّع أن يصل إلى 20.8% في العام 2020 وإلى 23.4% في العام 2030 [2]. وإذا أضفنا إلى ذلك ما هو متوقّع على صعيد العالم، أنّ أكثر من ثلث الحالات غير مشخَّصة ولا يعرف أصحابها أنّهم مصابون بالسكّريّ، تَبَيّنَ لنا مدى حجم المشكلة التي نعاني منها نحن في المجتمع الفلسطينيّ، كما هو الحال في المجتمعات الأخرى، وبخاصّة في الدول الفقيرة وذات الدخل المحدود. يُعزى الانتشار المطّرد للسكّريّ في المجتمع الفلسطينيّ مؤخّرًا إلى التغيُّرات الكبيرة في أنماط الحياة، والتي تتمثّل في نظام التغذية وَ "حياة التمدّن"، إذ لم يعد هنالك حدود بين نمط حياة المدينة والقرية والمخيّم، وإلى التقدّم في التكنولوجيا الذي أدّى إلى ازدياد نسبة السمنة وقلّة الحركة، ولا سيّما لدى النساء، وتزامن ذلك مع ارتفاع معدّلات الفقر، وهو ما يؤثّر في جودة ونوعيّة

الطعام ومحدوديّة تَوافُر المَرافق الصحّيّة والرياضيّة التي تعزّز مبادئ الوقاية والعلاج، فضلًا عمّا يعانيه الفلسطينيّون من جرّاء سياسات الاحتلال ومن الضغوط النفسيّة والحصار بجميع أشكاله وإغلاق قِطاع غزّة.

دَوْر النظام الصحّيّ في رعاية السكّريّ:

عام 2011، عقدت الأمم المتّحدة قمّة عالميّة حول انتشار الأمراض المزمنة، وكي تدعو الحكومات والمجتمعات للقيام بدور متكامل وفعّال في سبيل تفعيل مبادئ الوقاية من عوامل الخطورة في هذه الأمراض، وفي سبيل تقوية السياسات الصحّيّة الداعمة للنظام الصحّيّ، بالإضافة إلى الدعوة لتعاون دوليّ وشراكة عالميّة لتعزيز أسس البحث العلميّ حول هذه الأمراض. كما وضعت منظّمة الصحّة العالميّة الإطار العامّ لوصف وظائف الأنظمة الصحّيّة وتحدّياتها حسب النقاط التالية [3]:

1. **الخدمة الصحّيّة:** وتركّز على ماهيّة الخدمة وكيفيّة تقديمها في سياق معيّن، بالنسبة للسكّريّ، بحيث يجب أن تكون الخدمة متكاملة وتحتوي على عناصر متعدّدة للتعاطي مع المرض، نحو: استشارة المختصّين من أطبّاء وممرّضين واختصاصيّي تغذية واختصاصيّين اجتماعيّين ونفسيّين؛ العناية بشبكيّة العين، والقدمين، والقلب والأوعية الدمويّة، والأعصاب الطرفيّة؛ الأخذ بعين الاعتبار وضع المرضى الصحّيّ العامّ ووجود أمراض أخرى كارتفاع ضغط الدم مثلًا.

الخدمة الصحّيّة لمرضى السكّريّ يجب أن تكون متوافرة وقريبة من مكان وجود المريض، ومن السهل الوصول إليها دون وضع إعاقات ماديّة، اجتماعيّة، نفسيّة، ثقافيّة، سياسيّة وغيرها. كذلك يُشترط في الخدمة الصحّيّة مشاركة المريض وعائلته على نحوٍ إيجابيّ في وضع خطّة الرعاية الصحّيّة، وذلك بشراكة حقيقيّة مع الطاقم مقدِّم الخدمة، ووضع أهداف مرحليّة وطويلة الأمد للخطّة العلاجيّة بالتوافق بين المريض والطاقم المعالِج.

في فلسطين، تُقدَّم الخدمة الصحّيّة لمرضى السكّريّ في نطاق الرعاية الصحّيّة الأوّليّة، ويجري التركيز على الأدوية والعلاجات تركيزًا كبيرًا (النموذج الطبّيّ)، في حين يغيب عمل الفريق المتكامل ولا يجري التركيز على النواحي الهامّة الأخرى (كالتغذية، والنشاط البدنيّ والرياضة، وتجنُّب المضاعفات). ثمّة مستويات لعيادات الرعاية الصحّيّة الأوّليّة، وفي الغالب تكون العيادات المركزيّة في المدن هي التي تقدّم خدمات السكّريّ، أمّا في العيادات النائية وفي القرى فيجري تحويل المرضى إلى العيادات المركزيّة. تُقدِّم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيّين (الأونروا) خدمات السكّريّ للّاجئين الفلسطينيّين في عياداتها المختلفة المُقامة على نحوٍ أساسيّ في المخيّمات الفلسطينيّة. أمّا بالنسبة للأطفال المصابين بالسكّريّ، ففي الغالب تُقدَّم الخدمة الصحّيّة لهم في العيادات المركزيّة أو في العيادات الخارجيّة التابعة للمستشفيات.

قلّة الموارد المستثمَرة في برامج الرعاية الصحّيّة الأوّليّة والبرامج المجتمعيّة والتي تشكّل خطّ الدفاع الأوّل للكشف المبكّر عن السكّريّ وتقديم الرعاية الصحّيّة والوقائيّة للمرضى، وافتقار بعض المجتمعات الفلسطينيّة النائية إلى خدمات صحّيّة ومخبريّة، كلّ هذا يؤدّي إلى تحويل المرضى إلى المراكز والعيادات المركزيّة أو إلى المستشفيات، وتلك كلّها تعاني من كثرة المراجِعين وقلّة الموارد، ممّا يزيد وضع المريض سوءًا ويقلّل من مستويات الرضى عن الخدمات الصحّيّة المقدَّمة. بالإضافة إلى ذلك، لقلّة التنسيق بين مقدّمي الخدمة الصحّيّة، ولغياب التوثيق العلميّ السليم للإجراءات الطبّيّة والعلاجيّة، ولعدم وجود ملفّ طبّيّ للمريض موحَّد، ولعدم وجود بروتوكولات موحّدة للعلاج بين مقدّمي الخدمات الصحّيّة لمرضى السكّريّ في الوطن،

ولارتفاع نسبة الفقر والبطالة، ولوجود الانقسامات السياسيّة، فضلًا عن عدم قدرة النظام الصحّيّ على التأثير إيجابيًّا على سلوكيّات المرضى وحثّهم على تبنّي سلوك صحّيّ سليم، لهذا كلّه نرى الارتفاع المطّرد في نسبة انتشار السكّريّ ومضاعفاته وعدم رضى المرضى عن الخدمات الصحّيّة المقدَّمة؛ إذ يقوم المرضى بإجراء زيارات متعدّدة (أشبه بالتسوّق) لمقدّمي الخدمات الصحّيّة أو للقِطاع الخاصّ، وذاك ما يؤدّي إلى ضياع العديد من الموارد واختلاف البروتوكولات والبرامج العلاجيّة بحيث يصبح المريض في حيرة من أمره، وقد يلجأ بعضهم إلى الطبّ البديل أو الطبّ العربيّ، أو يقرّر المريض بنفسه بشأن العلاج، وقد يلجأ إلى الإنترنت أو أيّة وسيلة أخرى، وذلك لفقدانه الثقة بالنظام الصحّيّ وبالخدمات الصحّيّة.

2. **الموارد البشريّة**: يتعدّى مفهومُ توافُر الموارد البشريّة أو القوى العاملة مجرَّدَ توافُر هذا المختصّ أو ذاك، ليشمل المعرفةَ والخبرة والمهارة في تقديم الخدمة الصحّيّة المطلوبة بروح من المحبّة والإيجابيّة وحبّ العمل.
في فلسطين، كما في الدول ذات الدخل المتدنّي أو المتوسّط، ثمّة نقص حادّ في الكوادر العاملة في برامج الرعاية الصحّيّة الأوّليّة وفي تدريبها. ففي غالبيّة العيادات، ليس هنالك –على سبيل المثال- مختصّون في التغذية، ولا اختصاصيّون اجتماعيّون ونفسيّون، ولا اختصاصيّون في علاج القدم السكّريّة، فضلًا عن النقص في التمريض والعاملين في صحّة المجتمع. النظام الصحّيّ الفلسطينيّ يعتمد على الأطبّاء كثيرَ اعتماد؛ فالطبيب ملزَم بمعاينة المراجِعين كافّة وكتابة الوصفة الطبّيّة وتقديم النصائح الطبّيّة لهم، بالرغم من النقص في عدد الأطبّاء وقلّة التخصّص، والعدد الهائل من المراجِعين يوميًّا والذي قد يتجاوز المئة مريض[4]، بحيث يكون تركيز الخدمة الصحّيّة على الوصفة الطبّيّة (الدواء). وهذا يؤدّي الى عدم الرضى من الخدمة الصحّيّة المقدَّمة، وإلى وجود نسبة كبيرة من مضاعفات السكّريّ.
وللتغلّب على مثل هذه التحدّيات، يجب القيام ببرامج تدريبيّة على نحوٍ منتظم للطواقم العاملة في الرعاية الصحّيّة الأوّليّة، وتعزيز روح العمل كفريق، مع إعطاء صلاحيات أكبر في المتابعة ومراجعة الخطّة العلاجيّة لأفراد كادر التمريض في العيادات وتدعيم دَوْرهم، وتخصيص وقت أكثر لتعليم المرضى وتمكينهم من معرفة جميع الأمور الضروريّة والتي تساعدهم في الوقاية والعلاج، واعتماد نظام مواعيد فعّال للمراجِعين.

3. **المعلومات الصحّيّة**: نظام المعلومات الصحّيّة هو أداة هامّة وأساسيّة للنهوض بالنظام الصحّيّ. فعمليّة توفير المعلومات وتجميعها وتحليلها وتجميع البيانات تساعد على اتّخاذ القرارات الملائمة وتحديد السياسات والإجراءات اللازمة لتحسين الرعاية الصحّيّة وتقديم الخدمات بطريقة تناسب الاحتياجات وتساعد في تطوير النظام الصحّيّ.
وللأسف، تفتقر معظم عياداتنا ومراكزنا الصحّيّة إلى وجود الملفّ الطبّيّ الإلكترونيّ وربطه بشبكة معلومات صحّيّة مركزيّة يشترك فيها جميع مزوّدي الخدمات الصحّيّة والصيدليّات، وربطها بنظام التأمين الصحّيّ والمستشفيات، ممّا يؤدّي إلى ضياع العديد من الموارد، وإلى تنقُّل المرضى بين مقدِّمي الخدمات دون معرفة الخطّة العلاجيّة الخاصّة بالمرضى، وأحيانًا تتولّد عن ذلك تناقضات بين مقدّمي الخدمات الصحّيّة.
تؤكّد منظّمة الصحّة العالميّة على أهمّيّة البحث العلميّ من أجل المعرفة والتطوير وإعطاء الأدلّة العلميّة والمثبتة للتشريعات الصحّيّة والسياسات التي تدعم تقديم خدمات صحّيّة شاملة، بحيث تكون هذه الخدمات من السهل الوصول إليها، وعلى قَدم المساواة للجميع، ومبنيّة على سلّم الأولويّات الصحّيّة.

4. **توافر الأدوية واستخدام التكنولوجيا الحديثة:** أدوية علاج السكّريّ متوافرة بعامّة من خلال النظام الصحّيّ، وحسب قائمة الأدوية الأساسيّة المعتمَدة لدى وزارة الصحّة والأونروا. يسهم المريض بمبلغ رمزيّ مقابل الأدوية المصروفة من خلال التأمين الصحّيّ الفلسطينيّ. أمّا في نظام الأونروا، فيجري صرف العلاجات الأساسيّة للسكّريّ دون أن يقوم المريض بأيّ إسهام ماديّ مقابل ذلك. من أهمّ التحدّيات التي تواجه مرضى السكّريّ في فلسطين عدمُ اشتمال التأمين الصحّيّ على خدمات أساسيّة ومهمّة لمرضى السكّريّ، نحو: توفير أجهزة فحص السكّريّ الذاتيّ، وتوفير شرائح الفحص وبخاصّة للأطفال والذين يحتاجون إلى إجراء فحص ذاتيّ للسكّريّ في البيت من 4 إلى 6 مرّات يوميًّا، وهو ما يشكّل عبئًا ماديًّا عليهم. فضلًا عن هذا، النظام الصحّيّ الفلسطينيّ كذلك لا يدعم تركيب مضخّات الأنسولين للأطفال وبعض أنواع الأنسولين الأخرى (أقلام الأنسولين) التي قد تكون ضروريّة لبعض فئات المرضى -ولا سيّما الأطفال- وتسهّل حياتهم اليوميّة في التعايش مع السكّريّ.
5. **التمويل:** يسهم المرضى بنسبة كبيرة في تمويل الرعاية الصحّيّة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسّط. في فلسطين، مجموع النفقات الصحّيّة للفرد عام 2015 بلغ 282.2 دولار[5]. وللتغلّب على إشكاليّة التكلفة الصحّيّة على الفرد، تدعم منظّمة الصحّة العالميّة رؤية العمل بنظام التغطية الصحّيّة الشاملة والذي يُعتبر مكلفًا للنظام الصحّيّ. وللتقدّم صوب مثل هذا الطرح في فلسطين، نحن بحاجة إلى توحيد نظام تقديم الخدمات الصحّيّة، وتقوية نظام الرعاية الصحّيّة الأوّليّة ليشكّل صِمامَ الأمان أو الحارسَ باتّجاه تحويل المرضى إلى الرعاية الصحّيّة الثانويّة والمتقدّمة والتي تشكّل عبئًا ماديًّا ثقيلًا على النظام الصحّيّ. أضف إلى ذلك أنّ النظام الصحّيّ والشامل يحتاج إلى نظام ماليّ قويّ، وإلى حاضنة اجتماعيّة وسياسيّة لاشتراك مؤسّسات الدولة الكاملة في إنجاح مثل هذا النظام.
6. **القيادة والحَوْكَمة:** المسؤوليّة الأساسيّة عن النظام الصحّيّ تقع على عاتق وزارة الصحّة؛ إذ تقوم هذه الوزارة بدور مركزيّ وأساسيّ في تنظيم وتقديم الرعاية الصحّيّة، بالإضافة إلى التنسيق والشراكة مع المؤسّسات والمنظّمات الصحّيّة الوطنيّة. توضَع الخطط الإستراتيجيّة من خلال وضع الخطّة الوطنيّة التي يجب أن تشتمل على مواضيع الوقاية، والتعزيز الصحّيّ، والعلاج، والمسح الصحّيّ، والرصد والتقييم للنظام الصحّيّ. كلّ ذلك يجب أن تواكبه سلسلة من التشريعات والقوانين التي تعزّز مبادئ الوقاية وتسهم في أن توضع الصحّة بصورة عامّة، والأمراض غير السارية مثل السكّريّ، ضمن الأولويّات لتطوير النظام الصحّيّ وتوفير الميزانيّات المناسبة لها.

للوضع السياسيّ وتدخُّل الدول المانحة دَوْر مهمّ في تحديد الأولويّات وتجنيد الأموال اللازمة للنظام الصحّيّ الفلسطينيّ؛ إذ يعتمد وصول أموال بعض الدول المانحة على الانصياع لطلب بعض هذه الدول المانحة اتّخاذ مواقف سياسيّة معيّنة، ويوقَف التمويل إن لم ينفَّذ ما هو مطلوب سياسيًّا من الفلسطينيّين، وبالتالي يحدث خلل في ترتيب أولويّات النظام الصحّيّ وتنفيذ الخطّة الإستراتيجيّة، ليركّز النظام الصحّيّ على الاستجابة لحالات الطوارئ والعلاجات الأساسيّة بدلًا من التطوير والتقدّم في بناء النظام الصحّيّ.

بقي أن نضيف أنّ رعاية السكّريّ، كما الأمراض المزمنة الأخرى، ليست فقط من مهامّ النظام الصحّيّ الرسميّ والمتمثّل في وزارة الصحّة، ولذا فإنّ وزارة الصحّة يجب أن تذهب بعيدًا في خلق شراكة حقيقيّة مع مؤسّسات المجتمع المدنيّ والمنظّمات الأهليّة وغير الحكوميّة، إلى جانب العمل مع جميع الوزارات والقِطاعات الأخرى

ابتغاءَ خلق حاضنة سياسيّة واجتماعيّة واقتصاديّة وصحّيّة ملائمة للعمل المتكامل والشراكة الإيجابيّة في دعم ومساندة النظام الصحّيّ الرسميّ ووزارة الصحّة في أداء واجباتها تجاه مكوّنات المجتمع الفلسطينيّ كافّة.
ومن النماذج التي شكّلت نجاحًا على الصعيد الوطنيّ، وحقّقت إنجازات يُفتخر بها، نموذجُ الشراكة بين وزارة الصحّة الفلسطينيّة والأونروا مع مركز السكّريّ في مستشفى المطلع في القدس. فقد أُنشئ مركز وطنيّ للسكّريّ في القدس عام 2003 بدعم من الإغاثة الدنماركيّة (DanChurchAid) ومؤسّسة السكّريّ العالميّة (World Diabetes Foundation)، بغية تقديم نموذج شموليّ ومتميّز في تقديم خدمات الوقاية وعلاج أمراض السكّريّ ومضاعفاته، وتدريب الطواقم الوطنيّة على نموذج الرعاية الشاملة للسكّريّ، من خلال العمل الموحّد للطواقم الطبّيّة والزيارات المبرمجة للعيادة المتنقّلة للسكّريّ بطواقمها المدرَّبة والمحمّلة بجميع المعدّات والأجهزة الضروريّة لتقديم خدمات السكّريّ في المجتمعات الفلسطينيّة والعيادات الطبّيّة التابعة لوزارة الصحّة والأونروا، والإسهام في تطبيق ونشر البروتوكولات العلاجيّة والوقائيّة للسكّريّ، بالإضافة إلى وضع آليّات لتحويل المرضى والذين يحتاجون إلى رعاية متقدّمة إلى المراكز المتخصّصة والمتابعة معهم لضمان وصولهم إلى تلك المراكز. وتجدر الإشارة هنا إلى أنّ مركز السكّريّ في "المطلع" قام بدعم وتمويل تطوير مراكز سكّريّ متخصّصة في وزارة الصحّة ومديريّة صحّة جنوب الخليل، ومركز "شمس" التابع للأونروا في مخيّم الدهيشة، ومركز "العودة" التابع لاتّحاد لجان العمل الصحّيّ في مدينة غزّة، بحيث جرى تدريب الطواقم في هذه المراكز التخصُّصيّة وتوفير الأجهزة والمعدّات الضروريّة لتقديم خدمات مجتمعيّة متكاملة ومتخصّصة في السكّريّ وعلاج مضاعفاته. ولضمان استمراريّة هذه المراكز، تنظّم العيادة المتنقّلة للسكّريّ بطواقمها المتخصّصة زيارات دوريّة لهذه العيادات وترتّب زيارات لطواقم العيادات المحلّيّة لمركز السكّريّ في القدس.

بالنظر إلى حجم المعيقات والتحدّيات التي تواجه تقديم رعاية صحّيّة متكاملة للسكّريّ ومضاعفاته في المجتمع الفلسطينيّ، بالاستناد الى مبادئ الحقّ في الصحّة والمساواة بين أبناء الشعب الفلسطينيّ كافّة في الوصول الى خدمات رعاية مجتمعيّة وشاملة للسكّريّ، وبناء على الخبرات التي اكتسبتُها خلال الخمسة عشر عامًا في العمل الصحّيّ المجتمعيّ مع مرضى السكّريّ في فلسطين، قرّرتُ أن يتناول بحث الدكتوراه الذي أقوم به أهمَّ التحدّيات التي تواجه النظام الصحّيّ الفلسطينيّ في تطبيق نموذج الرعاية الشاملة للسكّريّ في فلسطين. سوف يتناول هذا البحث جميع التحدّيات التي تتعلّق بالتشريعات والسياسات الصحّيّة الوطنيّة، وبروتوكولات العلاج، والاختلاف بين مقدّمي الخدمات الصحّيّة في فلسطين، والتحدّيات كما يراها مقدّمو الخدمات الصحّيّة، والتحدّيات من وجهة نظر مرضى السكّريّ، بالإضافة إلى التحدّيات التي تفرضها سياسات الاحتلال، من تعميق الفقر والبطالة، وإغلاق قِطاع غزّة، ومحدوديّة وصعوبة التنقّل والحركة بين المدن والقرى والمخيّمات الفلسطينيّة والقدس.
سوف تعتمد منهجيّة البحث على مزيج من الطرائق الكمّيّة والكيفيّة، بحيث سيكون هنالك استكمال لدراسات سابقة قمت بها حول مدى السيطرة على السكّريّ في فلسطين ومدى انتشار مضاعفاته [6]. كذلك ستشمل منهجيّة البحث إجراء مراجعات شاملة للسياسات والبروتوكولات الصحّيّة، وإجراءَ مقابلات هادفة ومعمّقة مع صانعي القرار في النظام الصحّيّ الفلسطينيّ، ومقدّمي الخدمات الصحّيّة، ومع مرضى السكّريّ

وذويهم. ينضاف إلى هذا إبرازُ الخبرات العمليّة التي جرى اكتسابها من تطبيق النموذج الشموليّ للسكّريّ خلال السنوات السابقة.
من خلال نتائج هذا البحث، سنقوم بوضع توصيات عمليّة أمام صانعي القرار الصحّيّ الفلسطينيّ تعتمد على الأدلّة العلميّة (evidence-based) وقد تساعد في عمليّة إعادة هَيْكَلة وإصلاح نظام تقديم خدمات السكّريّ في فلسطين.

الخلاصة: السكّريّ من الأمراض التي تنتشر انتشارًا واسعًا في مجتمعنا الفلسطينيّ وتشكّل تحدّيًا هائلًا للنظام الصحّيّ وللمجتمع الفلسطينيّ. في سبيل مكافحة هذا المرض، وللتقليل من شدّة ووطأة مضاعفاته على المجتمع وعلى النظام الصحّيّ، نحتاج إلى تطبيق برنامجٍ وطنيّ موحّد يأخذ في الحسبان السياقَ الاجتماعيّ والسياسيّ والاقتصاديّ والثقافيّ لدى المجتمع الفلسطينيّ، برنامجٍ يجمع كلّ مقدّمي الخدمات في أرجاء الوطن كافّة وتحت مظلّة وزارة الصحّة، بحيث يرتكز على الإيمان العميق بأنّ الرعاية الصحّيّة النوعيّة هي حقّ لكلّ إنسان، ومن الواجب الحصول عليها بكرامة وعدالة ومساواة، وبأنّ النظام الصحّيّ القويّ يشكّل لَبِنة أساسيّة لبناء الدولة ومؤسّساتها، ولبناء مجتمع مدنيّ قويّ يكون حاضنًا وداعمًا للنظام الصحّيّ الوطنيّ.

المَراجع:

[1] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. Seventh Ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015.

[2] Abu-Rmeileh NME, Husseini A, Capewell S, O'Flaherty M. Preventing type 2 diabetes among Palestinians: comparing five future policy scenarios. BMJ Open 2013;3:e003558. doi:10.1136/bmjopen-2013-003558.

[3] Beran D. The Impact of Health Systems on Diabetes Care in Low and Lower Middle Income Countries. Curr Diab Rep 2015;15:20. doi:10.1007/s11892-015-0591-8.

[4] UNRWA, World DiabetesFoundation. 2012 clinical audit of diabetes care among Palestine refugees 2012:1–32.

[5] PCBS, MoH. Preliminary Results of Palestinian Health Accounts in Palestine for 2015. 2017.

[6] Abu Al-Halaweh A, Davidovitch N, Almdal TP, Cowan A, Khatib S, Nasser-Eddin L, et al. Prevalence of type 2 diabetes mellitus complications among palestinians with T2DM. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev 2017. doi:10.1016/j.dsx.2017.05.017.

***احمد ابو الحلاوة، مدير البرامج المجتمعية ومركز السكري في مستشفى المطلع-القدس، مؤسس ونائب رئيس جمعية السكري فلسطين. طالب دكتوراه في الادارة الصحية في جامعة بئر السبع .**