

## حقوق الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة الفلسطينية في ظل أزمة إنسانية طويلة الأمد

بقلم: مارلين بوسمانس<sup>١</sup>، دينا ناصر<sup>٢</sup>، أمية خمّاش<sup>٣</sup>، باتريشيا كلايس<sup>٤</sup>، مارلين تيمرمان<sup>٥</sup>  
أ باحثة في مجال العلوم السياسية، المركز الدولي للصحة الإيجابية، جامعة جنت، جنت، بلجيكا.  
البريد الإلكتروني: marleen.bosmans@ugent.be

ب مستشارة في مجال الصحة، مؤسسة جذور للصحة والتنمية الاجتماعية، القدس.  
ج مديرة الخدمات الصحية بوكالة الأونروا (وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى)  
في الضفة الغربية؛ ورئيسة مؤسسة جذور للصحة والتنمية الاجتماعية، القدس.  
د منسقة علمية، المركز الدولي للصحة الإيجابية، جامعة جنت، جنت، بلجيكا.  
هـ مديرة المركز الدولي للصحة الإيجابية، جامعة جنت، جنت، بلجيكا.

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: تعرض هذه الورقة نتائج دراسة أجريت في الأراضي الفلسطينية المحتلة في سبتمبر ٢٠٠٢. لاختبار مدى فائدة اتباع دليل لنهج شامل لحقوق الصحة الجنسية والإنجابية للاجئات واحتياجاتهن. أجريت مقابلات معمقة مع المبحوثات الرئيسيات من ١٩ منظمة، ومناقشات بؤرية مع مجموعتين في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما جرت زيارة ثلاثة مخيمات للاجئين، فضلاً عن خمسة مرافق صحية. وكشفت النتائج عن أن القيود الصارمة المفروضة على الحركة قد أدت إلى تقليص إمكانات الوصول إلى المرافق الصحية، سواء للموظفين أو للمرضى. بدرجة كبيرة. أما بالنسبة للنساء الحوامل، فقد أدى ذلك إلى تناقص إمكانية حصولهن على رعاية ما قبل الولادة وما بعدها، وزيادة حالات الولادة المنزلية، والولادة المستحثة، فضلاً عن الولادة عند نقاط التفتيش العسكرية. وقد أُشير إلى غياب اهتمام الهيئات المانحة، وسحب الدعم المقدم منها باعتبارها يعرقلان تنفيذ «المبادئ التوجيهية الوطنية للصحة الإيجابية». وكذا استدامة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية القائمة ونوعيتها. لقد أصبح تنظيم الأسرة مسألة حساسة سياسيًا، وظهرت مؤشرات على زيادة العنف القائم على النوع الاجتماعي. وكان الافتقار إلى إمكانية الوصول لخدمات الصحة الإيجابية أكثر جوانب تأثير النزاع وضوحًا على الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة. هناك اهتمام ضئيل بالأدلة الأقل ظهورًا للعيان بشأن تبعية الحقوق الإيجابية للمرأة للوضع السياسي.

Palestinian Women's Sexual and Reproductive Health Rights in a Longstanding Humanitarian Crisis  
Marleen Bosmans, Dina Nasser, Umayyeh Khamash, Patricia Claeys, Marleen Temmerman, Reproductive Health Matters 2008;16(31):103-111

الكلمات المفتاحية: الحقوق الجنسية والإنجابية، الأزمة الإنسانية، الوصول إلى الصحة، الهيئات المانحة، الأراضي الفلسطينية المحتلة

حسب ما ورد تعريفها في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية<sup>١</sup> وكان أحد أهداف الدراسة يتمثل في إعداد دليل لتطوير برامج الصحة الجنسية والإنجابية للنساء اللاجئات، باستخدام نهج قائم على الحقوق. تم اختبار الدليل للمرة الأولى في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وتهدف هذه الورقة البحثية إلى

نتجت هذه الورقة البحثية عن مشروع لسياسة دعم المشاريع البحثية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وحقوق النساء اللاجئات، وبتكليف من مؤسسة «التعاون الإنمائي البلجيكي». تنبع المسلمة الأساسية للدراسة من ضرورة تعزيز الحقوق الجنسية والإنجابية وحمايتها في جميع الأوقات والظروف.

التزايد من السكان الفلسطينيين. ولم تستثمر في النهوض بملكية الفلسطينيين في هذا الصدد.<sup>٢</sup> بدأت الانتفاضة الفلسطينية الأولى ضد الاحتلال الفلسطيني في ديسمبر ١٩٨٧. واستمرت لمدة خمس سنوات حتى توقيع ما يُسمى «اتفاقيات أوسلو» في ١٣ سبتمبر ١٩٩٣. كانت الاتفاقيات تُعتبر تدبيراً مؤقتاً، يُقصد به أن يكون الأول في سلسلة من المفاوضات في سياق عملية تفضي إلى إيجاد حل مستدام ودائم. ونتيجة لاتفاقيات السلام، أنشئ كيان مؤقت للحكم الذاتي. هو «السلطة الوطنية الفلسطينية». في عام ١٩٩٤. كان من المتوقع أن تتصرف السلطة الفلسطينية بوصفها دولة. لكنها كانت أقل كثيراً من دولة. لقد حُمّلت مجموعة محدودة فحسب من المسؤوليات. بما فيها الصحة. دون منحها السيطرة المدنية الكاملة على الإقليم. حيث ظل ٥٩٪ منه تحت الحكم الإسرائيلي. واجهت وزارة الصحة الفلسطينية منذ لحظة إنشائها نظاماً صحياً متداعياً. يعتمد على إدارة مُسيسة تتسم بعدم الخبرة. وكان على الوزارة أن تتعامل مع ثلاث فئات مختلفة من مقدمي الرعاية الصحية: (١) الخدمات التي تديرها وزارة الصحة للناس في ظل التأمين الصحي (٦٠٪)؛ و(٢) الخدمات التي تديرها منظمات غير حكومية (٣١٪)؛ و(٣) الخدمات التي تقدمها الأونروا للاجئين الفلسطينيين المسجلين (٧٩٪). كما أن معظم أطباء الصحة العامة لديهم أيضاً ممارسات خاصة. وكان القطاع الخاص مهماً لرعاية قطاع التعليم العالي والمتخصص.<sup>٣</sup> ظلت وزارة الصحة تعتمد. منذ إنشائها. اعتماداً كبيراً على دعم جوهري يقدمه عدد كبير من الهيئات الخارجية المانحة. تدفعهم في ذلك مهمات عملهم وأجنداتهم الخاصة وليس اهتمامهم بإقامة نظام مستدام للصحة أو حوار سياسي. كان دعمهم يحمل طابع الاستراتيجيات المُستخدمة في التدخلات الإنسانية. أي الالتزامات قصيرة الأجل. والسعي لتحقيق نتائج على المدى القصير. وليس الاهتمام بتطوير بيئة مستدامة للصحة. وقد أثر هذا النهج

تسليط الضوء على أن تعقد الصراع الفلسطيني-الإسرائيلي يؤثر بشكل خطير على الحقوق الجنسية والإنجابية للنساء. سواء اللاجئين أو غير اللاجئين. في الضفة الغربية وقطاع غزة.

### النظام الصحي الفلسطيني

ترتبط حالات الطوارئ المعقدة دائماً بوجود أزمة لدى الحكومات. وغالباً ما تُترجم على شكل زيادة قصور النظم الصحية وانهايار الخدمات الصحية.<sup>٤</sup> وقد كان تاريخ عقود طويلة من تقسيم الأراضي الفلسطينية. فضلاً عن الاحتلال العسكري. عاملاً ثابتاً يعوق تطوير سياسات وبرامج صحية سليمة و متماسكة. ومن المهم إلقاء نظرة متبصرة داخل تاريخ الصراع الفلسطيني-الإسرائيلي. للتوصل لفهم أفضل لحالة الحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة الفلسطينية.

تعود جذور الصراع إلى عام ١٩٤٧. عندما وافقت الأمم المتحدة على تقسيم الأراضي الفلسطينية الواقعة غرب الأردن إلى دولة يهودية ودولة عربية. وفي عام ١٩٤٨. أسست إسرائيل نفسها دولة في فلسطين. واندلعت أول حرب بين العرب وإسرائيل. واستمر الصراع سنوات طويلة. ظلت الضفة الغربية تحت حكم الأردن المباشر من عام ١٩٤٨ وحتى عام ١٩٦٧. بينما خضع قطاع غزة إلى الولاية القضائية للإدارة المصرية. مع سيطرة الإدارتين أيضاً على النظم الصحية بالأراضي الخاضعة لكل منهما. وفي عام ١٩٥٠. أدخل نظام ثالث للصحة في ظل إنشاء وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (وكالة الأونروا). تتولى الأونروا مهمة محددة تتمثل في توفير خدمات الإغاثة. بما فيها خدمات الصحة. للاجئين الفلسطينيين. وفي يونيو ١٩٦٧. احتلت القوات الإسرائيلية الضفة الغربية وقطاع غزة وأُخفت القدس الشرقية. أصبحت الصحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة مسؤولية الإدارة المدنية الإسرائيلية. وُحْدِيداً وزارة الدفاع الإسرائيلية. لم تستثمر إسرائيل في تطوير نظام الصحة الذي يمكن أن يتناول احتياجات العدد

الأونروا. واللاجئون غير المسجلين هم من لا يحملون هذه البطاقة. أما وضع «غير لاجئ» فينطبق على أي فلسطيني لا يندرج في أيٍّ من هاتين الفئتين.<sup>٧</sup> إن ٣٩,٨٪ من الفلسطينيين الذين يعيشون في الأراضي الفلسطينية المحتلة مُسجلين بوصفهم لاجئين. و١,٤٪ هم من اللاجئيين غير المسجلين. يُعد اللاجئون أقلية في الضفة الغربية (٢٤,٦٪ من السكان مُسجلين. و١,٩٪ من السكان غير مُسجلين). وفي غزة. أغلبية السكان من اللاجئيين (٦٤٪ من السكان مُسجلين و١,١٪ غير مسجلين).<sup>٨</sup>

يتفرق معظم اللاجئيين في جميع أنحاء مدن الضفة الغربية وقرها وقطاع غزة. جنبًا إلى جنب مع غير اللاجئيين. وغالبًا في بيئة مخيمات اللاجئيين الرسمية.<sup>٩</sup> يعيش ٤٢,٣٪ فقط من اللاجئيين في الخيمات. وفي الضفة الغربية. يعيش ٢٦,٩٪ من السكان اللاجئيين في ١٩ مخيمًا رسميًا. وفي غزة. يعيش ٥٣,٣٪ من اللاجئيين في ثمانية مخيمات رسمية.<sup>١٠</sup> يبلغ متوسط حجم الأسر المعيشية في مخيمات اللاجئيين ٧,٧٣ شخصًا.<sup>١١</sup> تشمل الاتفاقيات الإنسانية الدولية. وليس القانون الفلسطيني. اللاجئيين بالحماية. على الرغم من أنه في بعض الحالات. ووفقًا لمكان الإقامة والخدمات المحددة التي يحتاجونها. يمكنهم مناقشة السلطات الإسرائيلية وأو الفلسطينيين. ينبغي أيضًا حماية غير اللاجئيين بموجب القانون الدولي الإنساني. نظرًا لأنهم يعيشون تحت الاحتلال العسكري. وعلى قوات الاحتلال واجب دولي يتمثل في ضمان الخدمات الصحية والإبقاء عليها للسكان المدنيين.<sup>١٢</sup> بيد أن التمييز التقليدي بين اللاجئيين وغير اللاجئيين قد أصبح أكثر غموضًا. نظرًا لأن العواقب الاجتماعية-الاقتصادية المترتبة على النزاع. فضلًا عن نظم الإغلاق وحظر التجول. تؤثر بصورة متزايدة على السكان الفلسطينيين.<sup>١٣</sup>

### منهجية الدراسة

أجريت الدراسة الميدانية في الضفة الغربية وقطاع غزة في سبتمبر عام ٢٠٠٢. أي بعد مرور عامين

أيضًا على تطوير وتنفيذ سياسة للصحة الإيجابية. انصب التركيز هنا أيضًا على «الإصلاحات السريعة» (مثلًا. من خلال تركيز ضيق على خدمات تنظيم الأسرة) وليس على التصدي للمحددات الأساسية لارتفاع الخصوبة. مثل تحسين نوعية خدمات تنظيم الأسرة بمنشآت الرعاية الصحية الضعيفة والمثقلة بالأعباء.<sup>١٤</sup> ظلت القضايا الرئيسية في عملية السلام الإسرائيلية-الفلسطينية دون حل. واندلعت الانتفاضة الثانية في سبتمبر عام ٢٠٠٠. وهذه الانتفاضة الثانية مستمرة. وتعاني من صرامة نظام القيود الذي تفرضه قوات الاحتلال الإسرائيلي على الحركة. وقد أكدت كاترين برتيني (Catherine Bertini). المبعوثة الإنسانية الشخصية للأمم المتحدة. أنه لا يمكن اعتبار الوضع في فلسطين أزمة إنسانية تقليدية «مثل الأزمات الناجمة عن الجماعات أو الجفاف. لكنه أزمة في الوصول والتنقل». ما أدى أيضًا إلى انخفاض حاد في مجمل الوصول إلى الخدمات الصحية. وأشارت. في هذا الصدد. إلى انخفاض قدره ٥٢٪ في نسبة حصول اللاجئيات على خدمات رعاية ما بعد الولادة التي تقدمها الأونروا. كما أفادت بأن سيارات الإسعاف التابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني واتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية قد مُنعت من المرور عند نقاط التفتيش. أو أُجبرت على الانتظار لعدة ساعات. وكثيرًا ما كان المرضى. بما فيهم النساء الحوامل. يُجبرون على مغادرة سيارة الإسعاف والعبور إلى الجانب الآخر سيرًا على الأقدام.<sup>١٥</sup>

### اللاجئون الفلسطينيون في الأراضي الفلسطينية المحتلة

يتسم وضع اللاجئيين الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة بالخصوصية. فهم لاجئون من الأراضي الفلسطينية التي تعيش إسرائيل الآن داخل حدودها. يُفرق مكتب الإحصاءات المركزي الفلسطيني بين اللاجئيين المسجلين واللاجئيين غير المسجلين. وغير اللاجئيين. اللاجئون المسجلون هم الذين يحملون بطاقة تسجيل اللاجئيين. الصادرة عن

قطاع غزة. وبسبب حالة الأمن. أُلغيت الزيارات التي كانت مقررة لمخيم آخر للاجئين في الضفة الغربية. ولركز صحي في قطاع غزة. وللسبب نفسه. لم تُنفذ سوى مناقشات مع مجموعتي تركيز: واحدة مع اللجنة النسائية. والأخرى مع موظفات وحدة صحية محلية في أحد مخيمات اللاجئين بالضفة الغربية. أُجريت المقابلات ومناقشات مجموعات التركيز باللغة الإنجليزية. وعمومًا. لا يُشكل استخدام اللغة الإنجليزية مشكلة: حيث غالبية الباحثات حاصلات على درجة عالية من التعليم. ولم تكن الترجمة إلى العربية ضرورية إلا مرتين فقط. وخديداً خلال مناقشتين بمجموعة التركيز في مخيم اللاجئين. وقد تولت الترجمة مرضة فلسطينية ذات خبرة في مجال الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية.

لم تكن في حاجة إلى موافقات أخلاقية. لأننا لم نقابل المرضى. ولم نوجه أية أسئلة شخصية. شاركت جميع الباحثات على أساس طوعي. وكُن على علم تام بأهداف الدراسة.

نوقشت النتائج الأولية للدراسة خلال اجتماع استخلاص المعلومات الذي جرى تنظيمه في نهاية الزيارة. ثم استُكملت بالكتابات الأكاديمية ووثائق الأمم المتحدة بشأن سياسات الصحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة والنهج القائم على حقوق الصحة الجنسية والإيجابية. وعلى الرغم من أن تركيز الدراسة كان منصباً على احتياجات الصحة الجنسية والإيجابية وحقوق اللاجئات الفلسطينيات. فقد كان وضع النساء غير اللاجئات مأخوذاً أيضاً في الاعتبار نظراً لتعرضهن لتأثير كبير.

## النتائج

### القيود المفروضة على الحركة تؤثر على إمكانية الوصول إلى الخدمات

تمكنت الباحثات في ١٣ من بين ١٩ مقابلة. وفي واحدة من مناقشات مجموعتي التركيز. من إلقاء الضوء خديداً على أن الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإيجابية منذ بداية الانتفاضة الثانية قد

على بدء الانتفاضة الثانية. كانت الدراسة جزءاً من مشروع بحثي أوسع نطاقاً. يهدف إلى إعداد دليل لمسؤولي البرامج يتضمن نهجاً شاملاً يركز على حقوق الصحة الجنسية والإيجابية للنساء اللاتي نزلن بسبب الحرب والنزاع المسلح. استخدمت الباحثات الدليل في الدراسة الميدانية كإطار أساسي للمقابلات. ومناقشات مجموعات التركيز. وتحليل النتائج. كان تنظيم الدراسة الميدانية وتحديد الباحثات الرئيسيات بدعم من المكتب القطري لصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة جذور. وهي منظمة فلسطينية غير حكومية.

أجرت الباحثات مقابلات معمقة مع الباحثات الرئيسيات من ١٩ منظمة. فضلاً عن مناقشات مع مجموعتي تركيز في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما زرن ثلاثة مخيمات للاجئين وستة مرافق للصحة. جرى اختيار الباحثات الرئيسيات من ثلاث منظمات إنسانية دولية. ومنظمتين تشاركان في تطوير وتنفيذ سياسات الصحة الجنسية والإيجابية. ومنظمة دولية لحماية الطفل. ومنظمتين فلسطينيتين غير حكوميتين للصحة الجنسية والإيجابية. وخمسة مراكز صحية (يتبع اثنان منهما الأوتروا. ويتبع اثنان المنظمات غير الحكومية. ومركز واحد في مجال الصحة العامة). ومنظمة فلسطينية غير حكومية توفر خدمات الصحة العقلية. ومستشفى للإحالة بشأن صحة الأم. وثلاث منظمات فلسطينية لحقوق الإنسان. ومنظمة فلسطينية لحقوق المرأة. والسلطات الصحية الفلسطينية. كانت جميع الباحثات الرئيسيات يتبوأن مناصب عالية: مديرة. مديرة بالإنابة. منسقة البرنامج. أو رئيسة الوحدة. في إحدى مراكز الصحة. نُظمت المقابلة مع المرضة والقابلة. حيث كانتا الوحيدتين المتبقيتين من مجموعة العمل السابقة بعد تقليصها قسراً نتيجة للنزاع. وأُلغيت أربع مقابلات. لأسباب تتعلق بالأمن وحظر التجول.

زارت الباحثات خمسة مرافق صحية وثلاثة مخيمات للاجئين. اثنان في الضفة الغربية وواحد في

لدى إحدى المنظمات الدولية تقارير حول ٣٣ حالة ولادة و١٩ حالة ولادة طفل ميت عند نقاط التفتيش العسكرية خلال السنتين الماضيتين منذ بداية الانتفاضة الثانية.<sup>١٢</sup> وسجلت منظمة دولية أخرى ٣٦ حالة ولادة عند نقاط التفتيش. بما فيها ثلاث حالات أسفرت عن وفيات الأمهات وولادة ٤ أطفال متوفين.<sup>١٣</sup> وتقوم المنظمات الأخرى بإعداد كتيب حول الولادة عند نقاط التفتيش. لكن أعدادها لم تتوفر بعد.

أعدت مجموعة متنوعة من التدابير الطارئة. من أجل الاستجابة للوضع المتفاقم. اعتادت العاملات في مجال الصحة بوحدة الأمومة في مستشفى الإحالة البقاء في المستشفى طوال فترات حظر التجول. بهدف تأمين الرعاية للنساء الموجودات في المستشفى بالفعل. وأنشأت إحدى المنظمات غير الحكومية خطًا ساحنًا وشبكة من المتطوعات للمساعدة في حالات الولادة بالمنزل. وذلك عن طريق الاستدعاء عبر الهاتف أو سرعة استدعاء طبيب أو قابلة للذهاب إلى منزل المرأة. وقد اضطرت إحدى المنظمات الإنسانية إلى تعيين عاملات إضافيات في مجال الصحة. وطلبت منهن تغيير أماكن سكنهن والانتقال للعيش بالقرب من المراكز الصحية. أما في المناطق النائية. حيث لا توجد عاملات مؤهلات في مجال الصحة. كانت القابلات والطبيبات تقمن استثنائيًا بتقديم الخدمات الصحية المنزلية. وبدأت منظمة دولية أخرى في تنظيم دورات تدريبية للقابلات على الولادات المنزلية. وتزويدهن بمستلزمات نظيفة للولادة.

أشارت موظفات المنظمات الفلسطينية غير الحكومية إلى الوضع شديد الإجهاد الناتج عن القيود المفروضة على تنقل النساء الحوامل اللاتي يحق لهن الاستفادة من الخدمات الصحية في القدس. لكنهن يعيثن و/أو يعملن في الضفة الغربية خارج القدس: إذ يتهددن - وكذا أسرهن - خطر مستمر من فقدان المواطنة في القدس. لا سيما إذا وُلد طفل خارج القدس الشرقية. كما سيواجه الطفل أيضًا عقبات جديّة ليتم تسجيله من مواطني القدس. يتمتع

أصبح مشكلة كبيرة بالنسبة للمرضى وموظفي الصحة والوكالات الإنسانية. بغض النظر عن تقديم الرعاية للاجئين أو لغير اللاجئين أو لكليهما. ومنذ مارس ٢٠٠٢. لم تُعدّ الأمم المتحدة والمنظمات الإنسانية مُنَحَ مركزًا متميزًا للحصول على تصاريح لدخول المناطق الخاضعة للإغلاق أو حظر التجول. وأصبح الحفاظ على الإمداد بالأدوية ووسائل منع الحمل والمعدات الطبية عملية معقدة. وتستغرق وقتًا طويلًا. لم تُعدّ الطبية حُضِرَ إلى أحد مراكز الصحة العامة. حيث تُقدم خدمات ما قبل الولادة وما بعدها. فضلًا عن خدمات تنظيم الأسرة وتقديم المشورة. حيث حالت نقاط التفتيش وحظر التجول المتكررة دون إمكانية وصولها إلى المركز. وتولت القابلة المحلية والمرضة المساعدة تقديم الخدمات التي يقدرن عليها. وهي مجرد بعض المتابعة العامة للأمهات وأطفالهن (الطول والوزن).

أفادت المبحوثات في مستشفى الإحالة بالضفة الغربية أن عدد حالات الولادة بوحدة الأمومة انخفض. خلال فترات حظر التجول. من ٣ إلى ٥ حالات في المتوسط يوميًا. واعتُبر أن هذا الانخفاض يشير إلى زيادة عدد حالات الولادة المنزلية. كما زاد عدد العمليات القيصرية بسبب مضاعفات الحمل الناتجة عن انخفاض حصول النساء الحوامل على الرعاية السابقة للولادة. وقد لاحظت المستشفى تزايد عدد حالات الولادة المبكرة. نظرًا لزيادة طلب النساء على الولادة المستحثة خوفًا من الوقوع في براثن حظر التجول وعدم التمكن من الوصول إلى المستشفى في الوقت المناسب. وللأسبب نفسه. كان النساء يطلبن الخروج من المستشفى بعد الولادة مباشرة. أخفقت النساء في الاستفادة من رعاية ما بعد الولادة. وذلك بسبب المشاكل الأمنية. كما أشارت أيضًا المبحوثات من منظمّتين فلسطينيتين ومنظمّتين دوليتين أنهن احتفظن بسجلات حالات الولادة. والمواليد المتوفين. والنساء اللاتي يمتن أثناء الولادة عند نقاط التفتيش العسكرية نتيجة منعهن من المرور للوصول إلى المستشفى. وتوجد

قبل بدء الانتفاضة الثانية. كانت اللجان الفلسطينية قادرات على الوصول إلى مجموعة واسعة من خدمات الصحة الجنسية والإيجابية. بما في ذلك المعلومات والتعليم والتوعية حول تنظيم الأسرة. والأمراض المنقولة جنسيًا. وفيروس نقص المناعة البشري/مرض الإيدز. وقد أبلغتنا المبحوثات من المنظمات الإنسانية الدولية أنهن لاحظن وجود «ضجر» بين الهيئات الدولية المانحة منذ سبتمبر ٢٠٠٠. وتقليص العديد من البرامج. تقلصت خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للجان إلى الحد الأدنى من خدمات تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل. هذا بالإضافة إلى إعادة النظر في سياسة الرعاية عند الولادة. والتي كانت تستهدف الحلول محل الدايات (القابلات التقليديات). لم يكن هناك أي خيار آخر سوى إعادة إدماج الدايات في الولادات المنزلية وزيارات ما بعد الولادة. حتى على الرغم من أن بعضهن لم يتلق أي تدريب على العمل كقابلة. قالوا إن تقليص التمويل الخارجي أثر على جودة الخدمات. حيث لم يعد من الممكن تنظيم دورات تدريبية للعاملات في مجال الصحة. كما لم يعد الإشراف أو الرصد المنظوم مكفولاً.

ثلاث مبحوثات فلسطينيات - واحدة من السلطة الوطنية الفلسطينية. وواحدة من مستشفى الإحالة. والثالثة من منظمة غير حكومية تقدم خدمات الصحة الجنسية والإيجابية - ألقين الضوء على الحاجة إلى مزيد من الموظفين المؤهلات في مجال الصحة الإيجابية. كما شعرن أن المعايير الثقافية السائدة. سواء بين المسلمين أو المسيحيين. التي تمنح تقديرًا كبيرًا للأمومة والخصوبة. قد تعززت نتيجة قسوة الوضع السياسي. وأصبحت عائقًا خطيرًا أمام اتخاذ النساء حياة مهنية.

أعربت صراحة خمس مبحوثات فلسطينيات عن قلقهن من أن المحظورات الثقافية القوية حول الحياة الجنسية. والعديد من الوفيات الناجمة عن الوضع السياسي. فضلًا عن السلطة الوطنية الفلسطينية. تدعو النساء لكثرة الحمل كمساهمة

المقدسيون بامتيازات عديدة أكثر مما يتمتع به غيرهم من مواطني الضفة الغربية. كما يتمتع كثيرون منهم بتأمين صحي إسرائيلي يتيح لهم الوصول إلى المستشفيات ووحدات الأمومة الإسرائيلية المجهزة بشكل أفضل.

## التأثير على سياسات وبرامج الصحة الجنسية والإيجابية

أصبحت المرأة أولوية في السياسات الصحية الفلسطينية منذ إنشاء وزارة الصحة الفلسطينية. وأنشئت في عام ١٩٩٥ مديرية التنمية والصحة النسائية. وكانت تركز في ذلك الوقت على تنظيم الأسرة أساسًا. أعدت وزارة الصحة. بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان. «توجيهات وبروتوكول الصحة الإيجابية الوطنية الموحدة». وكانت الفكرة الأساسية هي إدماج خدمات الصحة الإيجابية الشاملة في جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية. بيد أن تنفيذ التوجيهات واجه عراقيل جديدة نتيجة الفصل الجغرافي بين الضفة الغربية وغزة. وهو الوضع الذي تفاقم بسبب القيود القاسية المفروضة على الحركة. وفي أحيان كثيرة. لم تكن قوات الدفاع الإسرائيلي تمنح حتى مسؤولي وزارة الصحة في غزة ورام الله ونائب وزير الصحة في نابلس تصريحات للسفر والاجتماع معًا.

أشارت المبحوثات من منظمين دوليتين وإحدى المنظمات الفلسطينية غير الحكومية والسلطات الصحية الفلسطينية إلى أن توفير خدمات الصحة الجنسية والإيجابية كان يعتمد اعتمادًا كبيرًا على التمويل الخارجي. وأن الصحة الإيجابية لم تعد أولوية لدى الهيئات المانحة في ظل سياق تصاعد العنف السياسي. وكان ضجر المانحين. وعدم اهتمام الهيئات المانحة ببرامج الصحة الجنسية والإيجابية. وسوء التنسيق بين الهيئات المانحة. من الأسباب الرئيسية التي ذكرت لانعدام استدامة تنظيم الأسرة وبرامج الصحة الإيجابية الأخرى. مثل الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسيًا.

قابلة للتحقق. على أن العنف ضد المرأة أصبح مشكلة خطيرة أكثر من أي وقت مضى. فقد قيل إنه وصل. في بعض المناطق. إلى معدلات تبعث على القلق. حيث وردت أنباء عن تزايد حالات قتل النساء على أيدي أزواجهن. وقد جرت العادة على اعتبار - أو تقديم - حالات القتل هذه بوصفها «جرائم الشرف» وتعالجها محاكم قانون القبيلة. وقيل إن الحد الأقصى للعقوبة لا يزيد عن الحبس لستة أشهر.

وقيل أن العنف ضد النساء مقبول اجتماعيًا وثقافيًا. والنظام التشريعي الفلسطيني يتناوله بطريقة غير مباشرة باعتباره «إلحاق الضرر بشخص» و«اغتصاب واعتداء». لكنه لم يعترف بالاغتصاب في إطار الزواج. أما المبادئ التوجيهية للصحة الإيجابية الوطنية. فلم تضم أي بروتوكول لتقديم المساعدة الشاملة للضحايا. حيث كانت تلك المسألة تتسم بحساسية بالغة. كانت المعونة تُقدم للضحايا بوصفها جزءًا من العلاج الطبي لأي إصابات جسدية. ولكي يحصل الضحايا على الدعم القانوني والنفسي-الاجتماعي. كانوا يحالون إلى وزارة الرفاه. أو إلى منظمة من المنظمات غير الحكومية القليلة المتخصصة في هذا المجال. بيد أن الإحالة كانت قرارًا شخصيًا من جانب مُقدم الرعاية الصحية وليست سياسة عامة.

كما حذرت مبحوثات عديدات من أن العنف القائم على النوع الاجتماعي يجب تناوله بحذر شديد. وأوضحت المبحوثات المنتميات إلى منظمات حقوق الإنسان الفلسطينية أن هناك اتجاهًا لزيادة التشديد على الحقوق السياسية والمدنية في الكفاح ضد الاحتلال الإسرائيلي. وجاهل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. كانت النظرة إلى العنف القائم على النوع الاجتماعي تعتبره ناجمًا عن الوضع السياسي. وليس بوصفه انتهاكًا لحقوق المرأة الاجتماعية والثقافية والمدنية. أما الحقوق الإيجابية للمرأة. فبالأكيد لم تكن تُعتبر أولوية. بل إن إحدى المبحوثات من مؤسسة لحقوق الإنسان أصرت على أن تندد بأن انتهاك احتياجات وحقوق الصحة الجنسية

منهن في الانتفاضة؛ وهو الأمر الذي أسفر عن تزايد حساسية قضايا الصحة الجنسية والإيجابية. علاوة على عرقلة تنفيذ سياسة الصحة الإيجابية الفلسطينية. كما أوضح ضرورة توخي الحذر فيما يتعلق بالنهوض ببرامج تنظيم الأسرة. التي كانت تُعتبر ببساطة برامج للسيطرة على السكان. تقول المبحوثات بأحد مراكز صحة المرأة بمخيم للاجئين: «يتمثل واجب المرأة في إجاب الأطفال.» وأوضحت الدايات العاملات في المخيم مدى صعوبة تشجيع تنظيم الأسرة خلال الزيارات المنزلية. حيث رددت أفعال الأسرة قد تكون شديدة العدوانية في بعض الأحيان. ونظرًا لاتساع نطاق المقاومة لتنظيم الأسرة. تم تشجيع وسائل منع الحمل الحديثة كوسيلة للمباعدة بين الولادات؛ وذلك بهدف حماية صحة المرأة. وليس كوسيلة لتقليص عدد الأطفال في مجتمع يُعد معدل الخصوبة الإجمالي فيه من بين أعلى المعدلات بالمنطقة العربية.

هناك أيضًا سبع مبحوثات - بما فيهن أولئك المنتميات إلى معظم المنظمات الدولية والسلطات الفلسطينية - أشرن إلى الحاجة الملحة للحصول على بيانات جديرة بالثقة وحديثة عن الصحة بشكل عام. وعن الصحة الجنسية والإيجابية على وجه الخصوص. لا سيما ما يتعلق بالقضايا الحساسة مثل الأمراض المنقولة جنسيًا. وقد لاحظن أن المشكلة لا تقتصر على غياب جمع البيانات فحسب. وإنما تمتد أيضًا لتشمل تحليل البيانات. فالبيانات المتاحة لا تسمح بتحليل ما إذا كان تأثير الوضع السياسي على حالة الصحة الجنسية والإيجابية للمرأة يختلف بالنسبة للاجئات وغير اللاجئات.

## الاعتقاد بأن العنف القائم على النوع الاجتماعي يتزايد

أشارت تسع مبحوثات - من المنظمات الدولية وكذا الفلسطينية - أن العنف ضد المرأة مسألة حساسة للغاية. لكنها تلقى التجاهل. وأوضحن أن هناك مؤشرات جدية. رغم أنها ليست مدعومة ببيانات

نقاط التفتيش. فيجري تناولها بوصفها انتهاكاً للحق في التنقل وليس بوصفها انتهاكاً لحق المرأة في مكان محمي للولادة.<sup>١٩</sup> كما أن إجبار النساء الحوامل على الولادة عند نقاط التفتيش لا يُشكل تهديداً لحقوقهن وحالتهم الصحية فحسب. بل أيضاً لحقوق وحالات أطفالهن الصحية. فضلاً عن كونه شكلاً من أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي.

على أن هذه هي أكثر الجوانب وضوحاً فقط فيما يتعلق بتأثير النزاع على النساء. أما الجوانب الأقل ظهوراً للعيان. فهي تأثيره على زيادة سوء العقبات الاجتماعية والثقافية والقانونية والسياسية أمام الاعتراف بحقوق المرأة على نطاق أوسع. لقد أدت عقود الاحتلال العسكري إلى ازدياد العنف والتمييز ضد المرأة الفلسطينية.<sup>٢٠</sup> فقضايا مثل تنظيم الأسرة والعنف القائم على النوع الاجتماعي قد أصبحت تابعة لمعارضة العنف السياسي الجاري في المنطقة بدلاً من أن تُدرَك بوصفها جزءاً لا يتجزأ من هذا العنف. إن مساهمة المرأة في البقاء والتنمية الوطنية تُفهم أساساً من حيث دورها الإيجابي. كما أن استمرار عدم المساواة بين الجنسين يمنعها من استخدام موانع الحمل.<sup>٢١</sup>

في حين يُعتبر المعدل الإجمالي للخصوبة في فلسطين، والبالغ ٤.٦. من بين أعلى المعدلات في المنطقة العربية (٥.٨ في غزة، و٤.١ في الضفة الغربية). ولا يزال استخدام وسائل منع الحمل الحديثة منخفضاً (٣٧,٣٪ في عام ٢٠٠٤). فإن تناول مسائل الصحة الجنسية والإيجابية الأساسية - مثل تنظيم الأسرة - يسفر عن تبعات سياسية يتعذر تجنبها.<sup>٢٢</sup> تمثل إحدى السمات الأساسية للاحتلال الإسرائيلي للضفة الغربية والقدس الشرقية. وغزة حتى مؤخراً. في احتواء السكان الفلسطينيين في المناطق المتقيّدة. وحركة المستوطنين اليهود المنتظمة إلى الأراضي الفلسطينية. ونتيجة لذلك. أصبح السكان والنمو السكاني أدوات حاسمة لدى الطرفين. يحاول كل منهما أن يفوق الآخر عدداً لكسب السيطرة على الأرض.<sup>٢٣</sup> وفي مثل هذا السباق. يصبح تعزيز الحقوق

والإيجابية. كما في حالة النساء اللاتي يلدن عند نقاط التفتيش العسكرية. لم يكن من الأولويات على الإطلاق. وهناك منظمة أخرى لحقوق الإنسان تخلت عن برامجها حول حقوق المرأة والعنف ضد النساء بعد أن أصبح الوضع السياسي. كما يقولون. «شديد التعقيد». بل اضطرت أيضاً منظمة ثالثة لحقوق الإنسان. فضلاً عن منظمة لحقوق المرأة. إلى وقف برامجها لتدريب الشرطة حول هذا الموضوع.

### المناقشة

على الرغم من أن الدراسة كانت تهدف إلى التركيز على حقوق الصحة الجنسية والإيجابية للاجئات. لم تُميز المحوّنات بالفعل بين اللاجئات وغير اللاجئات؛ فقد تأثرت جميعهن بشدة نتيجة للتدهور الحاد في الأزمة الإنسانية منذ بداية الانتفاضة الثانية. لا سيما أن الاحتلال العسكري الإسرائيلي لا يعمل بقواعد القانون الدولي الإنساني. ويرفض قبول مسؤولية الوفاء باحتياجات الفلسطينيين في الصحة وحقوق الإنسان.<sup>٢٤</sup>

خلال الفترة من سبتمبر ٢٠٠٠ وحتى أبريل ٢٠٠٥. زاد عدد حالات الولادة المنزلية بمقدار عشرة أضعاف. وانخفض عدد الأمهات اللاتي يحصلن على رعاية ما قبل الولادة بمقدار خمسة أضعاف.<sup>٢٥</sup> وعندما قررت إسرائيل بناء «الجدار العازل» (الجدار) في الضفة الغربية وحولها. واجه ما يزيد على ١٠٠ ألف فلسطيني في الضفة الغربية - من يعتمدون على المرافق الصحية في القدس الشرقية - حظراً من دخول القدس الشرقية.<sup>٢٦</sup> كانت التقارير والمقالات المتعلقة بأثر الأزمة على النظام الصحي الفلسطيني تميل إلى التركيز على تأثير قيود التنقل على الوصول إلى منشآت الصحة.<sup>٢٧</sup> بيد أن الكتابات تكاد لا تذكر أثر الصراع الفلسطيني-الإسرائيلي على تعزيز احتياجات النساء وحماية حقوقها في الصحة الإيجابية والجنسية. أما انخفاض إمكانية الحصول على خدمات الولادة نتيجة استمرار عمليات الإغلاق وحظر التجول. فضلاً عن حالات الولادة عند



مجتمع المانحين يشكل تهديدات رئيسية للصحة والأمن البشري.<sup>٢٨</sup>

يجب أن تتجاوز الهيئات المانحة والمنظمات الدولية النهج التقليدي في الإغاثة الإنسانية التي تُعد بمثابة تدخلات قصيرة الأجل. أي: تدخلات تقنية. إن عليهم الوفاء بالتزاماتهم الدولية بشأن حماية حقوق المرأة في الأراضي الفلسطينية المحتلة وتلبية احتياجاتها في الحياة والصحة. ويجب ألا يقتصر تطوير برامج الصحة الجنسية والإيجابية على منظور الطب والصحة العامة فحسب. بل يمتد ليشمل أيضًا التصدي للمحددات الاجتماعية والثقافية الأساسية. بما فيها العنف القائم على النوع الاجتماعي. إن فشل المجتمع الدولي في التصدي صراحة لهذه الانتهاكات لاحتياجات الصحة الجنسية والإيجابية للمرأة وحقوقها. الناجمة عن الاحتلال العسكري. ونظام القيود الصارمة المفروضة على التنقل. قد يسهم في تصور زائف بأن هذه الانتهاكات لا مفر منها. وبالتالي مقبولة سياسيًا واجتماعيًا وثقافيًا.

### شكر وتقدير

نتوجه بشكر خاص إلى جيهان أنستاس *Jihan Anastas* التي ألهمتنا ودعتنا للذهاب إلى فلسطين لإجراء الدراسة الميدانية. ونود أن نعرب عن تقديرنا أيضًا لوحدة الاستجابة الإنسانية التابعة لصندوق الأمم المتحدة للسكان والتنمية. كذا للمكتب القطري للصندوق في القدس. لما قدمه من دعم متحمس لا غنى عنه لهذه الدراسة؛ ولأعضاء منظمة «جذور» لالتزامهم. كما نشكر أيضًا جميع المبحوثات على انفتاحهن. وحسن ضيافتهن. واستعدادهن لمنحنا بعضًا من وقتهن الثمين.

الإيجابية قضية سياسية بالدرجة الأولى. كما يُشكل تأثيرًا محتملاً على النمو الديموغرافي.

تثير النتائج التي توصلنا إليها تساؤلات أيضًا بشأن فشل مجتمع الهيئات المانحة الدولية في الاستجابة على نحو كاف لاحتياجات الصحة الجنسية والإيجابية وحقوق المرأة في فلسطين. وقد أشرنا إلى عدم اهتمام الهيئات المانحة وسحبها للدعم كأحد العوامل الرئيسية التي تعوق تنفيذ المبادئ التوجيهية الوطنية للصحة الإيجابية. فضلًا عن تقويض الاستدامة ونوعية البرامج القائمة. عندما قرر المجتمع الدولي سحب دعمه للسلطة الوطنية الفلسطينية بعد الانتصار الانتخابي لحركة حماس في عام ٢٠٠٦. بدأ المراقبون يخشون من انهيار نظام الصحة بالكامل.<sup>٢٥</sup> وأسفرت المقاطعة المالية الدولية عن زيادة تفاقم نوعية خدمات الرعاية الأساسية. ونقص عدد الموظفين. ونقص الإمدادات والإشراف المناسب في مستشفيات الولادة.<sup>٢٦</sup> وقد حذرت منظمة الصحة العالمية من تفاقم الشلل الذي يصيب وزارة الصحة الفلسطينية. وتزايد «الافتقار إلى المعايير والبروتوكولات». و«عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية». بما في ذلك احتمال إجراء تخفيض جذري في خدمات ما قبل الولادة وما بعدها. وخدمات التوليد. التي تقدمها مرافق الصحة العامة.<sup>٢٧</sup> وهذا أمر إشكالي بصفة خاصة في قطاع غزة. حيث تسيطر حماس سيطرة كاملة على أكثر من ١.٤٠ مليون نسمة. ممن يجبرون على العيش دون حرية الوصول إلى العالم الخارجي. ومن المتوقع أن يتضاعف سكان غزة خلال الـ ٢٢ عامًا القادمة. وتتسم المنطقة باعتمادها الكامل على المعونة. كما أن فشل عملية السلام وانسحاب

1. United Nations Population Fund. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Article 7.2–7.3. Cairo, 5–13 September 1994.
2. Lautze S, Leaning J, Raven-Roberts A, et al. Assistance, protection and governance networks in complex emergencies. *Lancet* 2004;364:2134–41.
3. Giacaman R, Abdul-Rahim HF, Wick L. Health sector reform in the Occupied Palestinian Territory (OPT): targeting the forest or the trees? *Health Policy and Planning* 2003;18(1):59–67.
4. Sayigh Y. Inducing a failed state in Palestine. *Survival* 2007;49(3):7–40.
5. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Occupied Palestinian Territory. Preliminary Humanitarian Damage Assessment and Humanitarian Action Plan (May–December 2002). Jerusalem, June 2002.
6. United Nations Security Council. Personal Humanitarian Envoy of the Secretary-General – Mission Report 11–19 August 2002. At: <[www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/OCHA-64BLGF?OpenDocument](http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900SID/OCHA-64BLGF?OpenDocument)>. Accessed 9 June 2006.
7. Palestinian Central Bureau of Statistics. Statistical Atlas of Palestine, 2004. Ramalla, 2004. p.25–26.
8. Palestinian Central Bureau of Statistics. Population and Housing Census. Palestinian Population by Refugee Status, Region and Sex. At: <[www.pcbs.org/english/phc\\_t7.html](http://www.pcbs.org/english/phc_t7.html)>. Accessed 25 September 2002.
9. Birzeit University. The Occupied Palestinian Territory. Country Population Assessment. Prepared for UNFPA/Programme of Assistance to Palestinian People. Birzeit, 2000. (draft)
10. UNRWA. Refugee Camp Profiles. At: <[www.un.org/unrwa/refugees/me.html](http://www.un.org/unrwa/refugees/me.html)>. Accessed 23 October 2002.
11. Palestinian National Authority. Palestinian Central Bureau of Statistics. Household size and average household size by region and residence – 1995. At: <[www.pcbs.ps/Portals/\\_pcbs/populati/table2.aspx](http://www.pcbs.ps/Portals/_pcbs/populati/table2.aspx)>. Accessed 15 February 2008.
12. Geneva Convention (IV) Relative to the protection of Civilian Persons in Time of War of August 12, 1949. Article 55–56.
13. UNFPA. Improving Availability and Access to Reproductive Health Services, Information and Counseling with Emphasis on Emergency Obstetric Care. Project Proposal, 2002.
14. Stefanini A, Ziv H. Occupied Palestinian Territory: linking health to human rights. *Health and Human Rights* 2004;85(1):161–76.
15. United Nations Economic and Social Council. Commission on Human Rights: Integration of the human rights of women and the gender perspective. Written statement submitted by the Palestinian Centre for Human Rights, a non-governmental organization in special consultative status. E/CB.4/2006/NGO/128, 62<sup>nd</sup> Session. 2 March 2006.
16. United Nations Economic and Social Council. Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the situation of human rights in the Palestinian Territory occupied by Israel since 1967. A/59/256, 59<sup>th</sup> Session, 2004.
17. United Nations Economic and Social Council. Commission on Human Rights: Question of the Violation of Human Rights in the Occupied Arab Territory, Including Palestine. Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights, John Dugard, on the situation of human rights in the Palestinian Territory occupied by Israel since 1997. E/CN.4/2005/29, 61<sup>st</sup> Session. 7 December 2005.
18. Summerfield D. Palestine: the assault on health and other war crimes. *BMJ* 2004;329:924.
19. Giacaman R, Abu-Rmeileh NVE, Wick L. The limitations on choice: Palestinian women's childbirth's location, dissatisfaction with the place of birth determinants. *European Journal of Public Health* 2007;17(1):86–91.
20. Amnesty International. Israel and the Occupied Territories. Conflict, occupation and patriarchy. Women carry the burden. At: <[www.amnesty.org/en/library/info/MDE15/016/2005](http://www.amnesty.org/en/library/info/MDE15/016/2005)>. Accessed 6 April 2005.
21. Donati S, Hamam R, Medda E. Family planning KAP survey in Gaza. *Social Science and Medicine* 2000;50:842–49.
22. Palestinian National Authority. Palestinian Central Bureau of Statistics. Age-Specific Fertility

Rates and Total Fertility Rates During Year Preceding Survey, by Region, 2004 (Direct Method). At: <www.pcbs.gov.ps/Portals/\_pcbs/health/dhs04Table4.aspx>. Accessed 23 December 2007.

23. Palestinian National Authority. Palestinian Central Bureau of Statistics. Percentage of currently married women aged 15–49 years who are using (or whose partner is using) a contraceptive method, by selected background characteristics, 2004. At: <www.

pcbs.gov.ps/Portals/\_pcbs/health/dhs04Table5.aspx> .

Accessed 23 December 2007.

24. Abu-Lughod J. The Demographic War for Palestine. The Link 1986;19(5): At: <www.ameu.org/printer.asp?iid=163&aid=207> .

Accessed 11 January 2007.

25. Devi S. Rising tensions boost humanitarian concern for Palestinians. Lancet 2006;327: 973–74.

26. Hassan-Bitar S, Wick L. Evoking the guardian angel: childbirth care in a Palestinian hospital. Reproductive Health

Matters 2007;15(30):103–13.

27. World Health Organization.

Possible consequences on the health sector due to the reduction of support to the public services. 7 April 2006. At: <http://domino.un.org/UNISPAL.NSF/361eea1cc08301c485256cf600606959/318ce7fbfee88d5785257148006e5ebc!OpenDocument> .

Accessed 30 December 2007.

28. Hill AG, Clark CJ, Lubbad I, et al. Hope and despair over health in Gaza. BMJ 2006;333: 845–46.