



جانة بولص | بدون عنوان، 2009، تصوير.

الفصل التاسع

المرشد في جهاز الصحة وتسييس صحة المرأة

تحرير:

رغدة النابلسي و عربية منصور

ترجمة مواد اللغة العربية:

شركة أورينتاتسيا (Orientation) رنا سعيد

شكراً لجميع النساء اللواتي ساهمن بكتابة الأجزاء باللغتين، الإنجليزية والعبرية، والتي شكّلت لنا مرجعاً في كتابنا.

شكراً لجميع النساء اللواتي ساهمن بالمشاركة بتجاربهنّ وقصصهنّ.

"أنا، المثقفة والمتعلمة والمطلعة صاحبة العلاقات والاتصالات، الجازمة والتمكّنة، كان عليّ أن أستجمع كافة قواي ومواردي لكي أحصل على ما أريده، كل ما كنت في حاجة إليه من أجل علاج سرطان الثدي الذي أعاني منه. علاج حديث يأخذ في الحسبان احتياجاتي كامرأة".

"لقد تجرع جدي وجدتي يومياً أدوية كثيرة لم يكن لهما علم بها. في مرحلة معينة، وصفوا لجدي أيضاً أدوية ضد الاكتئاب، وهو لم يكن يعرف في كل الأحوال ماذا يتناول. أنا أيضاً، مثلي مثل الكثيرين، تربّيت على أن الطبيب هو ملكوت السماء على الأرض. ممنوع طرح أسئلة أكثر من اللزوم، علينا أن لا نهدر له وقته الثمين".

المرشد في جهاز الصحة وتسييس صحة المرأة « «

مقدمة

يحتضن الجهاز الطبي العديد من الرجال والنساء: مستخدم/مستخدمات الإدارة، الأطباء/الطبيبات، والطاقم الطبي كعاملين فيه. مع ذلك، فإننا ننظر إلى العلاقة التي تربط بيننا وبين الطبيب/ة المعالج/ة والطاقم الطبي باعتبارها العلاقة التي تمثل الجهاز الطبي برمته، بخيره وشره. إنَّ التصور بأن الأطباء/الطبيبات يمثلون الجهاز الطبي هو في الحقيقة تصوّر ساذج، لأن الجهاز الطبي هو الذي يفرض على الطبيب/ة أعماله وهو الذي يحدد له العلاج الذي يقدمه لنا. للطبيب/ة دور أدبي وأخلاقي من الدرجة الأولى، وهو الدور المشفوع بالقسم منذ بدء مزاوله مهنة الطب. مع ذلك، تُمارس في إسرائيل ضغوط كبيرة على الأطباء/الطبيبات لتحسين عملهم بشكل يؤدي إلى التوفير والاقتصاد في الموارد!

لذلك، كثيرًا ما يجد الأطباء أنفسهم بين المطرقة والسندان: بين الجهاز الذي يشغلهم/يشغلهم وبين واجبهم تجاه المرضى/ المريضات ممن هم/هن بحاجة لهم/لهن. السؤال المطروح هو: ماذا سيختار الأطباء/الطبيبات؟ هل سيفون بالتزاماتهم تجاه المريض من أجل التخفيف

من عذابه/عذابها؟ وماذا سيفعلون مثلاً، في حال كانت الفحوص التي يُوصون بإجرائها مُكلفة جداً وتقابل بالمعارضة والرفض من جانب صندوق المرضى الذي يَأبى تمويلها؟

لهذا الفصل هدفان أساسيان: التسهيل علينا جميعاً، سواء كُنَّا قارئات له أو كاتبات مشاركات، في الحصول على معلومات حيوية عن حقوقنا الصحية كنساء في إسرائيل، وأيضاً طرح الأسئلة حول ماهية الجهاز الصحي، بُنيته وميزانيته، ودراسة ما إذا كان هناك أي اعتبارات تاريخية، اقتصادية، جنسوية، وغيرها من الاعتبارات غير الطبية التي من شأنها التأثير على بُنية، هيكلية وفعل المؤسسة الصحية.

سيتبين لنا في هذا الفصل أن ما يبدو موضوعياً تماماً من الناحية الجنسية (الجندرية)، على سبيل المثال غياب خدمات معينة تخص صحة المرأة عن السلة الأساسية للخدمات الصحية والتقليص من مخصصات الشيخوخة، يمس النساء في الدرجة الأولى. في هذا الفصل لن نتطرق لجميع القضايا، لكننا سنقدم عدداً من الأمثلة التي قد تبدو لنا غير مفهومة ضمناً بالمعينة في المرّة الثانية أو الثالثة.

سنُطرح أسئلةً أخرى تتعلق بالأهمية التي تُولِيها الدولة لقيم مثل قدسية الحياة، مساعدة الآخرين وقت الضيق وما شابه. قد يُسْعِفنا الإطلاع على أوضاع الطبقات المستضعفة والمضطهدة في المجتمع: الفقراء/الفقيرات، المسنين/المسنات وغيرهم، ويتيح لنا الحصول على بعض الأجوبة. تمنح القوانين في إسرائيل والمواثيق الدولية أهمية كبرى للنواحي الحقوقية والأخلاقية لأي إنسان يعاني من ضائقة طبية. لكن، كيف يتعامل الجهاز الصحي والطبي مع هذه القضايا على أرض الواقع؟

القرار بمنح العلاج الطبي، أو حجبهِ، ليس قراراً طبياً صرفاً؛ إنما هو مرآة لسلم الأولويات في السياسات العامة للدولة، وتحديدًا في السياسات الاجتماعية التي تتعلق برفاهية الفرد. نحن غالباً ما ننظر إلى الجهاز الصحي والطبي باعتباره جهازاً محايداً هدفه حماية صحة الجماهير والفرد في آن. مع ذلك، فإن عوامل كثيرة تؤثر على سياسات وبنية (أو

هيكلية) الجهاز الصحي والطبي، ميزانيته وسلم أولوياته، كيفية توزيع الميزانية وهو موضوع سوف نتطرق إليه بتوسع لاحقاً.

يهدف هذا الفصل كذلك إلى تقديم مادة إرشادية أولية، هي بمثابة بؤابة لجهاز الصحة في إسرائيل وكيفية المطالبة بحقوقنا ونيلها. ونسعى من خلال هذا الفصل لتوضيح قضايا هامة مثل تعريف مفهوم "سلة الخدمات الصحية"، وكيف يتم تحديدها؟ ما السبب في إقصاء خدمات هامة جداً لصحتنا، مثل طب الأسنان وخدمات البصريات (optometry)، وعدم إدراجها في سلة الخدمات الصحية؟ لماذا تبقى النساء دوماً المتضررات الرئيسيات من نقص هذه الخدمات؟ يثير هذا الفصل تلك الأسئلة، ويحاول أن يطرح بعض الإجابات المصحوبة باقتراحات عملية لمساعدتنا على تحصيل حقوقنا. نحن، كقارئات وكاتبات، نحث جميع النساء على التشكيك في ما قد يبدو لنا في بعض الأحيان مفهوماً ضمناً؛ مثل التصور الخاطئ بأن الطبيب/ة يتمتع بصلاحيّة اتخاذ القرارات نيابةً عنّا، أو حقيقة أن دواءً معيّنًا مشمول ضمن سلة الخدمات وغيره ليس مشمولاً "حسب نص القانون". نقدّم في هذا الفصل معلومات قيّمة يمكن استخدامها في التعامل مع الجهاز الصحي والطبي، ونأمل أن تعزّز هذه المعلومات قدرتنا على تعميم المعرفة بين جمهور النساء، الصحيات منهن والمریضات على حدّ سواء.

"كنت أعاني من ورم حميد في الرأس، وبعد استئصاله بقيت تحت المراقبة والمتابعة لبضع سنوات من خلال العيادة الخارجية التابعة للمستشفى. مرة كل سنتين، كان طبيبي المتابع لحالتي في المستشفى يحولني لإجراء فحص تصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، ومن أجل الفحص كان عليّ أن أحضر استمارة رقم 17 كضمانة من صندوق المرضى للتكفل بتكلفة الفحص. توجهت راجيةً متوسّلةً إلى طبيبي في صندوق المرضى، كي يمنحني توصيةً بإجراء التصوير كي يصادق عليها صندوق المرضى. ورغم حاجتي لهذا النوع من الفحوص، حسب ما قيل لي في المستشفى وبكل وضوح، إلا أن إجراءه كان بمثابة الدخول في صراع شرس ومتواصل! الفحص مكلف جداً، وهناك تعليمات للأطباء في صناديق المرضى بتصعيب إعطاء توصية لهذا الفحص. كان

طبيبي في صندوق المرضى يحولني دائماً، وقبل كل شيء، لإجراء فحص التصوير المقطعي المحوسب (CT)، وإذا لم يظهر أي شيء في الصورة، يحولني الطبيب لإجراء فحص التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI). لم أعرف ما إذا كنت مُستحقة للفحص وكيف أقوم بالاستفسار عن ذلك، وحتى في حال كنت مستحقة فعلاً، كيف يمكنني أن أطلب به، دون أن أرجوهم بالسماح لي بإجرائه. كنت أصاب بحالة من التوتر الرهيب كل مرة، وفي كل مرة كنت أتوجه فيه للفحص كنت أشعر وكأنني ذاهبة إلى معركة، موقفي فيها ضعيفٌ أساساً*.

الطب والجنوسة (الجندر)*

الجنوسة (الجندر) هي مفهوم يعبر عن التركيبة الاجتماعية للوظائف، المسؤولية، الإمكانيات والتوقعات من كل فرد، والتي يتم تحديدها وفقاً

لجنسه البيولوجي. يوجد في العالم فرع أكاديمي وبَحْثِي يتناول العلاقة بين الطب والجنوسة (الجندر). لا يقتصر الطب الجندي على صحة المرأة فقط، من حيث جنسها البيولوجي وبُنيتها الجسمانية، إنما يشمل أيضاً التأثيرات الاجتماعية والثقافية والسياسية التي لا يُمكن تفاديها مثل نوعية الأمراض، طرق العلاج ونسبة الوفيات لدى النساء. تشير الأبحاث إلى أن الظواهر البدنية مُرتبطة بعدد من المجالات التي لا تُعتبر بيولوجية بمفهومها المُعتاد، إنما هي نابعة من مجموعة من الأسباب النفسية والثقافية والسياسية ومن التصورات الاجتماعية للنوع الاجتماعي (الجنوسة). على سبيل المثال، تشير بعض الأبحاث إلى أن الرجال والنساء الذين تعرّضوا إلى انتهاكات وحوادث جنسية، يُعانون أكثر من غيرهم من ظاهرة المثانة العصبية؛ إلا أنه، وعلى مرّ السنين، لم تفحص الأبحاث التي أُجريت

*في هذا الفصل، سوف نستعمل المصطلح "جنوسة"، الذي حل محل مصطلح "النوع الاجتماعي" المستخدم في عددٍ من الأدبيات. "جنوسة" هي كلمة عربية ابتكرها كمال أبو ديب، أستاذ كرسي اللغة العربية في جامعة لندن، لتعريب الكلمة الإنكليزية "gender" عام 1997 في ترجمته لكتاب إدوارد سعيد (الثقافة والإمبريالية). واللغة الإنكليزية تستخدم لفظة "sex" بمعنى جنس، للدلالة على الجنس الظاهري البيولوجي للفرد، في حين تستخدم لفظة "gender" للدلالة على الفروق الاجتماعية والدور الذي يرتضيه الفرد لنفسه بكونه أنثى أو ذكراً سلوكياً. من:

<http://syriancommunist.jeeran.com/archive/2010/5/1053930.html>
أُخرج في 16.5.2011

حول المرض متغيّر العلاقة بينهما، ذلك لأن الباحثين/الباحثات لم يعتبروا الانتهاكات الجنسية عوامل يمكنها التأثير على ظاهرة المثانة العصبية. لم يُطرح السؤال قط؛ وإن طرَح، فإنه لم يؤخذ في الحسبان حقيقة أن الكثيرين/الكثيرات من الضحايا يواجهون/يواجهن صعوبة في الإفصاح عن تعرضهم لانتهاكات جنسية، ولذا لا بدّ من فحص وسائل أخرى. لا يزال هذا التصور قائماً حتى اليوم، والكثيرون من الأطباء/الطبيبات لا يدركون ذلك، ولذا فإنهم لا يستدرجون المرضى من خلال أسئلتهم للإفصاح عما تعرضوا له.

لقد تبلورت المعرفة حول الفيسيولوجيا البشرية باستخدام طرق بحث علمية تقليدية بشكل خاص. غالباً ما أُجري البحث على يد رجال، ومن خلال تحليل بروتوكولات طبية تكاد تتمحور كلياً، ودون استثناء، حول المتغير البيولوجي البحث فقط. لم تفحص الأبحاث التقليدية تأثير العوامل الحضارية، الثقافية، الاجتماعية والجنسوية والسياسية؛ إذ لم يُعتقد أصلاً أن لها تأثيراً ما. لسنوات طويلة سابقة كان شكل وبنية جسم الرجل يمثلان نموذجاً متبّعاً للبحوث، وقد تمحور البحث سابقاً حول الأمراض التي تصيب الرجال وحول أعراضها أو تأثيرها على صحته، في حين اقتصرت دراسة جسم المرأة على الخصوبة والإنجاب. لقد ساهم ذلك في بلورة التصور بأن الجسم البشري هو جسم ذكوري أساساً، وبأن جسم المرأة هو في الواقع جسم الرجل مُضافة إليه وظائف الإنجاب والتناسل. من الضروري التنويه بأن هذه التصورات قد عادت بالضرر على الرجال أنفسهم أيضاً، وإن بنسبة أقل. على سبيل المثال، يُعرف مرض هشاشة العظم كمرض يصيب النساء، ولذلك لا يدرك الرجال أهمية الوقاية منه ومعالجته رُغم شيوع إصابتهم به هم أيضاً (أيفين، 2008).

على امتداد سنين عديدة، كان التصور السائد بأن الاختلافات بين الرجال والنساء تقتصر على وظائف الإنجاب والتكاثر. كلما انصبّ المزيد من الاهتمام والتمويل لهذا الموضوع، اتّضح أكثر من أيّ وقت مضى مدى الاختلاف بين الرجال والنساء في جميع أجهزة الجسم بشكل واضح، بل وغير متوقع أيضاً.

إن النساء اللواتي اعتُبرن، على مرّ التاريخ، مجرد استنساخ لجسم الرجل باستثناء الوظائف البيولوجية للتكاثر والإنجاب، يعتبرن اليوم وحدات

تتمتع بأجهزة لها وظائف خاصة بها. هكذا مثلاً يتضح، من معطيات نشرتها لجنة الإحصاء المركزية بمناسبة يوم المرأة العالمي، أنّ النساء في إسرائيل يشعُرن بالضغط والاكْتئاب أكثر من الرجال: ثلث النساء (33%) شعرن بالتوتر على فترات متقاربة أو في بعض الأحيان، مقارنةً مع 24% من الرجال (دائرة الإحصاء المركزية، 2009). من هنا لا بدّ من فحص تكلفة الأدوية وأشكال العلاج الملائمة لهذه الحالات وفحص قدرة النساء في الحصول عليها. يجب أن تكون سلة الخدمات الصحية متناسبة مع احتياجات النساء، وليس فقط مع الحالات المتعلقة بالخصوبة والإنجاب. تمارس المنظمات النسوية ومنظمات الصحة ومنظمات حقوق الإنسان ضغوطاً في هذا السياق من أجل ضمان تكريس الموارد المالية لتمويل الأبحاث التي تركز على النساء، وعلى تأثير الظروف الاجتماعية والبيئية والسياسية على صحة النساء في الدولة.

معطيات حول صحة المرأة الفلسطينية في إسرائيل

تقوم الكنيسة بإجراء مسح معلومات حول صحة النساء في البلاد، ووفق ذلك تقدم هذه المعلومات وتُنشر. ومن المعلومات الأخيرة التي عرضت في الكنيسة عام 2009، والتي طرحت وضع صحة المرأة الفلسطينية في إسرائيل هي كالتالي:

- متوسط عمر النساء العربيات هو 78.8 مقابل 82.9 متوسط عمر النساء اليهوديات في البلاد.
- من بين كل 1000 امرأة عربية هنالك 80 امرأة مصابة بأمراض مزمنة، 23.2 من بين كل 1000 امرأة عربية لديها إعاقة صحية في السمع والنطق، إعاقة عقلية أو إعاقة في الحركة.
- عدد الولادات الأخيرة لسنة 2005 في البلاد بلغ نحو 143.913 ولادة، 38.801 منهم عدد الولادات لنساء عربيات في البلاد وهو معدل 27% من جميع الولادات.
- من مجمل عدد الولادات الأخيرة لسنة 2005، 2.666 أطفال

ولدوا لأمهاتٍ شابات في جيل 19، من بين الولادات (أي 2.5% من مجمل الولادات)، 148 طفلاً ولدوا لنساء يبلغن 16 عاماً فقط أو أقل من ذلك.

• معطيات من سنة 2004، تعرض: "إمكانيات الإصابة" بالأمراض الصعبة كمرض السرطان وأمراض القلب لدى النساء اليهوديات عالية جداً لدى المقارنة مع "إمكانيات المرض" للنساء في الدول الغربية، على الرغم من إمكانيات الطب المتطورة والتكنولوجيا الحديثة وقانون الصحة العام. أما نسبة النساء العربيات اللواتي يصرحن بوضع صحي غير جيد فتصل إلى (27.8%)، وهذه النسبة مرتفعة مقارنة مع نسبة النساء اليهوديات اللواتي يصرحن عن نفس الوضع الصحي (22.7%) (فايسبلاي، 2009).

يعمل في إسرائيل جهاز صحة عام يقوم بتقديم الخدمات الطبية من خلال أربعة صناديق مرضى. كانت صناديق المرضى في السابق جمعيات نظمها أفراد أو حركات سياسية مختلفة. في أعقاب سنّ قانون التأمين الصحي الإلزامي، أصبح من حق كل مواطنة في الدولة أن تكون مؤمنة في أحد صناديق المرضى الأربع حسب اختيارها. تتقاسم كل من الدولة، صناديق المرضى، المنظمات (مثل منظمة نساء هداسا)، سلطات محلية وجهات خاصة ملكية المستشفيات. جميع المستشفيات ممولة ومدعومة، سواء جزئياً أو كلياً من قبل الدولة.

من "عضوة" إلى "زبونة"؟

في أواخر القرن العشرين، ظهرت توجهات وميول لدى صناديق المرضى في إسرائيل لاستبدال اسمها بتسمية "خدمات الصحة". لم يكن التغيير شكلياً فحسب، إنما عكس التغيير الذي طرأ على تصورات صناديق المرضى: الانتقال من منظمة أعضاء لديها "صندوق" مشترك وهدفها مساندة العضوة الذي/التي وقع/ت في ضائقة طبية، إلى تنظيم يركز على الجوانب الخدمائية وأعضاؤه زبائن. أدى التغيير إلى نتائج متباينة.

من ناحية، حسنت صناديق المرضى بشكل ملحوظ مستوى الخدمة المُقدّمة للمريض وخفّفت عنه عبء مواجهة البيروقراطية الشائكة. لذا، فإنه من السهل علينا أن نفهم حقوقنا وأن نحصل على معلومات موثوقة تتمتع بالشفافية. من ناحية أخرى، سُحقت مبادئ التعاطف والتضامن، ومعها أيضا التمويل الحكومي للجهاز الصحي. إن الاستهلاك الخاص للفرد في إسرائيل في مجال الصحة في ارتفاع مستمر، وهو يعتبر اليوم من الأعلى من بين الدول التي تتمتع بجهاز صحة عام (ليندر-كاس، 2009).

ما هو قانون التأمين الصحي الإلزامي؟

سُنَّ قانون التأمين الإلزامي الصحي في أواخر سنة 1994. أقرّ القانون حق كل مواطن/ة في إسرائيل في الحصول على الخدمات الصحية، وواجب الدولة في تمويل هذه الخدمات. يُدرج البند الأول من القانون أهدافه، ومنها بأن قانون التأمين الإلزامي الصحي، يسعى إلى دفع قيم "العدالة، المساواة والمساعدة المتبادلة".

نصّ قانون التأمين الصحي الإلزامي، ولأول مرة، على أنّ سكان دولة إسرائيل مؤمنون/مؤمنات بتأمين صحي، وأنّ من واجب كل صندوق مرضى أن يمنح نفس الخدمات الصحية، وبالتساوي، لجميع مؤمنيه/مؤمناته. في حينه، كانت فكرة أن يكون التأمين الصحي إلزامياً فكرة ثورية ومبتكرة، إذ أن الكثير من الناس في إسرائيل لم يكونوا مؤمنين بتأمين صحي: أشخاص/نساء غير مقتدرين أو غير مؤمنين في مكان عمل مُنظم، وبالأخص تلك الطبقات المُستضعفة في المجتمع، مثل المجتمع الفلسطيني في إسرائيل والنساء. إذن، فقد أحدث سنّ قانون التأمين الصحي الإلزامي طفرة نوعية في كل ما يتعلق بالحق في الصحة في إسرائيل، وذلك مع سريان القانون على جميع السكان في البلاد. إضافة إلى ذلك، فقد فصل القانون بين القدرة على الدّفع وبين الحق في الحصول على خدمات الصحة، وذلك من خلال الفصل بين طريقة جباية ضريبة الصحة (مؤسسة التأمين الوطني) وبين آلية تقديم الخدمة (صندوق المرضى ووزارة الصحة). تقوم مؤسسة التأمين الوطني اليوم

باقتطاع ضريبة الصحة من دخل الفرد. إذ أنه يتم اقتطاع ضريبة الصحة للنساء ربّات البيوت، أو النساء العاطلات عن العمل اللواتي يتقاضين مخصصات بطالة من مخصصاتهن مباشرة. إضافة إلى ذلك، فقد تقرّر عدم حرمان النساء اللواتي لا يدفعن رسوم التأمين الوطني من الخدمات الصحية. أما التغيير الهام الآخر الذي حصل، فكان في إلزام صناديق المرضى بقبول كل مؤمن/ة من كل الأعمار، من أي جنس وما شابه، وإن كانوا مرضى. هذا يعني أنّ في وسعنا الانتقال بين صناديق المرضى، حتى وإن كنّا مريضات. مع ذلك، فإن القانون يحدّد وتيرة الانتقال بين الصناديق والقدرة على الانتقال بينها.

سلة الخدمات الصحية

بُنية سلة الخدمات الصحية في إسرائيل ومضامينها

"سلة الخدمات الصحية" أو سلة الأدوية" هي مجمل الخدمات (الفحوص، الأدوية، المُستلزمات وما شابه) التي يقدّمها جهاز الصحة في إسرائيل لكل مستفيدٍ ومستفيدة من التأمين الصحي، وذلك بموجب قانون التأمين الصحي الإلزامي. تم إقرار سلة الخدمات كسلة مماثلة لسلة الخدمات المقترحة سنة 1994، من قبل صندوق المرضى العام، وبتوثيق الخدمات التي قدّمها لأعضائها. لم تشتمل سلة الخدمات الصحية على خدمات أساسية وحيوية مثل: علاج الأسنان، خدمة البصريّات (Optometry) وغيرها، لأن صندوق المرضى العام لم يمنحها لأعضائه في حينه.

تلتئم كلّ عام "لجنة سلة الخدمات الصحية" التي تحدّد مجددًا ميزانية سلة الخدمات الصحية والتخصيصات المالية للخدمات المختلفة. تتخذ اللجنة قراراتها في إطار ميزانية تقوم وزارة المالية بوضعها. كلما كانت الميزانية أقل، قل عدد الخدمات المشمولة في السلة، أو لم يتمّ تحديث حالات الاستعمال (معايير الحصول على الأدوية)، (في هذا الفصل حول النقاش والشرح عن حالات استعمال الأدوية). عند اتخاذ القرار في ما ستشمله سلة الخدمات الصحية لا تؤخذ في الاعتبار الدواعي الطبية بشكل أساسي وصرف. إذ تقوم سلة الخدمات الصحية بدراسة اعتبارات التكلفة مقابل الفائدة، كما تفحص عدد المرضى/ المريضات الذين

سوف يستفيدون من دواء معين، وتحسب تكاليف أدوية معينة مقارنة مع أدوية أخرى، تفحص ما إذا كان الدواء منقذًا للحياة أو أنه يُستخدم كمُسكّن للألم، هل هو للاستعمال من قبل المسنين/المسنات أم الأولاد/البنات، وما شابه.

هذه الاعتبارات هي اعتبارات قيمية وأخلاقية وسياسية تمامًا كما هي اعتبارات طبية. ينطوي قرار إدخال خدمة ما في سلة الخدمات الصحية، أو استبعادها، على انعكاسات أخرى غير طبية (اجتماعية وديموغرافية وسياسية).

يزداد عدد المستهلكين لسلة الخدمات سنويًا مع ازدياد عدد الأشخاص/النساء في إسرائيل، ويتغير سنّ المؤمنين/المؤمنات مع ارتفاع متوسط العمر باستمرار. كلما كانت نسبة المؤمنين أكبر، كلما ازدادت تكاليف الصحة. وفي المقابل، يتغير عالم الطب ويتطور وتُستحدث باقّة جديدة من الأدوية والتقنيات الطبية باستمرار. لذا، هناك حاجة لزيادة تمويل سلة الخدمات الصحية كل سنة بشكل متناسب مع العوامل المذكورة سابقًا. أما في الواقع، فما يحدث هو العكس: نشهد في السنوات الأخيرة تقويضًا لميزانية سلة الخدمات الصحية. بمعنى أن الحكومة تقلل من تخصيص الأموال الموجهة لتحديث السلة وفقًا للاحتياجات العامة المتزايدة. في هذه الحالة، فإن الأدوية المنقذة للحياة، والخدمات المتقدمة الأخرى، تبقى خارج سلة الخدمات الصحية. لهذا السبب، ينتظم المرضى/المريضات في السنوات الأخيرة على شكل مجموعات ضغط تعمل من أجل شمل الدواء الشافي من مرضهم داخل سلة الخدمات الصحية. تقترح منظمات حقوق الإنسان تحديث ميزانية سلة الخدمات الصحية بنسبة ثابتة 2% في السنة بشكل تلقائي، الأمر الذي سيضمن شمل تقنيات طبية، أدوية جديدة ومُحسّنة، طرق علاج حديثة وأجهزة متطورة كل سنة وبشكل يفي باحتياجات السكان.

لماذا تحصل مريضة على الدواء الذي تحتاجه، بينما تعاني مريضة أخرى من نفس المرض، فتحرّم منه؟

يكمن الجواب على هذا السؤال في حالات الاستعمال لكل دواء مشمول في سلة الخدمات الصحية. فحالات الاستعمال عبارة عن قائمة المعايير

المحددة من أجل الحصول على أي دواء مشمول في سلة الخدمات الصحية. يتم تحديد هذه الشروط مسبقاً، وتتعلق بالوضع الطبي الحالي للمريض وبتاريخه الطبي. يمكن للطبيب/ة وصف الدواء، لكن الجهاز الإداري لصندوق المرضى يجب أن يصادق هو الآخر على إعطاء الدواء المدعوم وفقاً لمعايير حالات الاستعمال. في حال عدم الحصول على المصادقة، على المريضة أن تشتري الدواء على نفقتها الخاصة. وهنا يتجسد الصراع في أوجه، عندما تعود المريضة إلى صندوق المرضى حاملة وصفة أعطاها لها الطبيب في المستشفى. في العديد من الحالات، يرفض صندوق المرضى أن يعطيها الدواء الموصوف، لأنها لا تستوفي الشروط المشددة المذكورة في حالات الاستعمال، حتى وإن اعتبر المريض وأطباء/طبيبات آخرون أن هذا الدواء قد يساعدها بأفضل صورة ممكنة. إذا أردنا أن نستأنف على قرار صندوق المرضى، سوف نصطدم بصعوبات جمة لأننا لا نعرف اللغة المتداولة المستعملة في كتابة حالات وشروط الاستعمال، الأمر الذي يُصعب علينا فهم معايير الاستحقاق.

على سبيل المثال، في ما يلي تأثير حالات الاستعمال المعقدة للدواء فوسالان (Fosalan)، نقلا عن موقع وزارة الصحة على شبكة الانترنت، قسم الصيدلة:

1. يُعطى الدواء المذكور لعلاج مرض هشاشة العظام، وذلك وفقاً للشروط التالية:

[أ] للمعالجات اللواتي تعانين من حالات هشاشة العظام التالية:

- للمعالجات مع كسر حالي ناجم عن هشاشة العظام.
- مع "T score" (الفرق بين متوسط كثافة العظم لدى المُعالِجة وبين متوسط كثافة العظم للفرد) أقل من -3.5.
- للنساء فوق سن 60، مع "T score" أقل من -2.5.
- والتي نجمت عن أحد الأمراض المعروفة كمُسببة لها.
- في كل حالة هشاشة عظام نجمت عن العلاج بمستحضرات (glu-cocorticoïd).

[ب] للمعالجين في حالات هشاشة العظام التالية:

- مع كسر حالي ناجم عن هشاشة العظام.
- فوق جيل 60 مع T score أقل من -2.5.
- في كل حالة من هشاشة العظام والتي نجمت عن العلاج بمستحضر جلوكوكورتيكوئيدي.
- نجمت عن إحدى الأمراض المعروفة كمسببة لها.

[ج] تُعطى الأدوية للمعالجين والمعالجات حسب التوزيع التالي:

- للمعالجين والمعالجات (Alendronate Sodium)
- لا تُعطى أي من الأدوية المذكورة: Alendronate Sodium, Risedronate Sodium, Raloxifene كتوليفة مع الأدوية الأخرى.

ما الذي لا تشمله سلة الخدمات الصحية ولماذا؟

تتناول التفسيرات الدارجة في ما يخص محتوى سلة الخدمات الصحية أسئلة مثل التكلفة مقابل الفائدة، سلم الأولويات وما شابه. غير أن ما يدخل في سلة الخدمات الصحية، وما لا يدخل، نابغ أيضًا من تصورات ثقافية ودينية ومن اعتبارات سياسية تتعلق بسلم الأولويات وأخرى سياسية اجتماعية تتعلق بقيم ومعايير مفهوم "رفاهية الفرد". سنطرح هنا ثلاثة أمثلة لحالات طبية تميز النساء خاصة: متلازمة الالتهاب العضلي الليفي، إرهاق مزمن وكذلك مسألة تمويل كل ما يتعلق بخصوبة النساء في الدولة - سواء في حالة إنهاء الحمل أو في حالات علاج الإخصاب. تتفاوت الخدمات التي تُعطى في هذه الحالات كخدمات علاجية متعارف عليها، فبعضها مشمول في سلة الخدمات الصحية والبعض الآخر غير مشمول.

متلازمة الالتهاب العضلي التليفي ومتلازمة الإرهاق المزمن

د. عادي فينكلشطاين

متلازمة الالتهاب العضلي التليفي (تعب العضلات المزمن): مُعرّفة على أنها متلازمة مفاصل (متعلقة بالمفاصل)، وتتميّز بأوجاع تنتشر في الجسم؛ في العضلات، الأنسجة الرقيقة، المفاصل والعمود الفقري؛ ولكن دون التهاب. يتم تشخيص المرض من خلال فحص قوة الألم والحساسية المفرطة في مناطق معينة.

متلازمة التعب المزمن؛ إنه مرض يشمل سلسلة واسعة جداً من الأعراض الخطيرة المقيّدة، وأهمها صعوبة في الأداء الوظيفي بسبب التعب الشديد والمتواصل.

لا يزال تشخيص هذه الأمراض وعلاجها موضع خلاف وجدل طبيين حتى اليوم، إذ أن مسبب هذه الأمراض مازال غير معروف، كما لا تُعرف حتى اليوم طريقة علاج واحدة ناجعة ومختبرة تناسب جميع المرضى/المريضات. إلى جانب ذلك، هناك نقص في المعلومات الطبية بين جمهور الأطباء/الطبيبات حول هذه الأمراض. نتيجة لذلك، يواجه المرضى/ المريضات، المصابون/ المصابات بهذا المرض، مشاكل جمة إلى أن يحصلوا على التشخيص الطبي، كما أنهم يعانون في كثير من الحالات من الآراء المُسبقة، النّبذ الاجتماعي ومن التجاهل لحالتهم ووضعهم الجسدي.

"أود أن أطرح تجربتي الخاصة. لقد أمضيت تسع سنوات دون تشخيص واضح. كان واضحاً لي تماماً أنني لست على ما يرام، شعوري كان سيئاً للغاية؛ كنت أعاني من الحمى، ومن الإلتهابات وغيرها من الأعراض. لا شك في أنه، وبعد تشخيصي كمریضة مصابة بمتلازمة الالتهاب التليفي العضلي وبمرض "CFS" (الإرهاق المزمن - Chronic Fatigue Syndrome)، أصبح من السهل عليّ أن أقول لِنفسي: حسناً، لا بأس.. هذا هو الوضع وسوف نتغلب عليه، أصبح الوضع أسهل بالنسبة لي عندما أصبح

هناك تعريف لحالتي.

بالتأكيد، أصبح الوضع أسهل بالنسبة لي أن أقول: حسناً، هذا أمر عليّ أن أواجهه، لن أشفى غداً، لكن سأشفى كما أنني لست مريضة... إذن لن أشفى غداً، ولكن المهم بأنني أعرف ما الذي أعاني منه وما عليّ أن أفعله حيال ذلك، كان مهماً جداً بالنسبة لي أن أؤكد على هذه النقطة".

لا تزال متلازمتا الإرهاق المزمن والتهاب التليّف العضلي خارج قانون الصحة الإلزامي حتى اليوم، الأمر الذي توجد له تبعات وانعكاسات كثيرة على مكانة وأحقية المصابين/المصابات الذين يعانون من الأمراض. إن عدم الاعتراف بالأمراض يحول دون حصول المرضى/ المريضات على الأدوية التي تساعد في التخفيف عنهم/عنهن. جزء كبير من هذه الأدوية مشمول في سلة الخدمات الصحية، لكنه يُستعمل في علاج أمراض أخرى (مثل الأمراض النفسية)، الأمر الذي يحول دون حصول المرضى/المريضات على العلاج المناسب، وأحياناً يجبرهم/يجبرهن أو يجبر الأطباء/ الطبيبات المعالجين لهم/الهن على اعتبارهم/اعتبارهن مُصابين/ مصابات بأمراض أخرى، كي يحصلوا على العلاج الناجع لحالتهم/لحالتهن.

لا تعترف مؤسسة التأمين الوطني بالمرضى، والمريضات، غير القادرين على العمل، كعاجزين غير مؤهلين للعمل؛ وبالتالي تعتبرهم غير مستحقين للإعانة المالية. كما أنهم يُحرّمون أيضاً من مزاوله العمل الذي يتناسب مع عجزهم، كما هو منصوص عليه في "قانون مساواة الحقوق للأشخاص ذوي العجز"¹. في تشرين ثاني 2008، قدمت جمعية "أساف"، جمعية مرضى سي.ف.اس (التليف الكيسي) والتهاب التليّف العضلي التماساً لمحكمة العدل العليا من أجل الحصول على اعتراف من التأمين الوطني بمرضى التهاب التليّف العضلي والإرهاق المزمن على أنهم عجزة: "نحن غير قادرين على العمل، ومؤسسة التأمين الوطني فقط هي الوحيدة التي تُنكر وجود المرض".

1. www.bizchut.org.il

تمويل إبطال الحمل

تعتبر إسرائيل من الدول القليلة التي توفر تغطية تكاد تكون شاملة للخدمات الصحية، غير أنها لا تدعم وسائل منع الحمل للنساء خلال معظم سنوات خصوبتهن. وحسب النسبة والتناسب، فإن نسبة عمليات إنهاء الحمل التي يتم الإبلاغ عنها في إسرائيل مرتفعة مقارنة بالعالم الغربي. بعض أسباب ذلك تعود إلى حقيقة عدم قدرة جميع النساء الحصول على وسائل منع الحمل. إن تغطية عملية إنهاء الحمل غير مشمولة بالضرورة في سلة الخدمات الصحية، ما عدا في الحالات التالية: إنهاء الحمل بسبب خطورة على حياة المرأة أو على حالتها النفسية، تخوُّف من إصابة الجنين بعيب جسدي أو نفسي، إذا كان الحمل ثمرة علاقة ممنوعة حسب القانون الجنائي أو ثمرة سفاح المحارم، وأيضاً إذا كانت المرأة قاصراً. تدفع النساء اللواتي يخضعن لعملية إنهاء الحمل استناداً للبند "خارج إطار الزواج"، أو النساء فوق سن الأربعين (البند 1) ما يقارب الألف شاقل. إضافة لذلك، فإن إنهاء الحمل باستخدام الأدوية، في مرحلة مبكرة من الحمل، والذي يُعتبر اليوم أكثر وسيلة مضمونة لإنهاء الحمل في مراحله الأولية، منوط بدفع مبلغ لا يُستهان به يزيد على الألف شاقل. يسبب عدم توفير التمويل الكامل لعمليات إنهاء الحمل، خارج الحالات المذكورة أعلاه، صعوبات بالنسبة للنساء غير المُقتدرات مادياً اللواتي لا يستطعن دفع هذه المبالغ الكبيرة، وبالتالي لا يستطعن إنهاء الحمل. عمليات إنهاء الحمل غير المشروعة ليست موثقة بطبيعتها، ولكن تشير التقديرات المتداولة (حتى وإن لم تكن هناك بيانات رسمية)، إلى أنه تُجرى في إسرائيل ما بين 4,000-6,000 عملية إنهاء حمل غير مشروع سنوياً. قد تكون هناك مضاغفات لعمليات إنهاء الحمل غير المشروع، في حال لم تتم على يد أطباء/طبيبات مرموقين، فإنها مُكلفة جداً (حوالي 4,000 شاقل على الأقل). (لتفاصيل إضافية راجعي فصل إبطال الحمل).

تمويل كامل لطرق زيادة الإنجاب والولادة

"أنا امرأة في الثلاثين من عمري، خضعت حتى الآن لـ 8 عمليات خصوبة بالأنابيب لكي ألد طفلي الثاني... هل ستقولون لي أنني لا أستحق أن يكون لدي طفلان على الأقل... ألا تعتبر العائلة المكونة من طفل واحد استثنائية وشاذة؟ أنا لست امرأة متدينة، أنا امرأة علمانية. أنظر فقط إلى الطبقة الاجتماعية والاقتصادية التي أعيش فيها وأدرك العزلة الاجتماعية التي أعيشها. وأعتبر شاذة (عدم القدرة على الإنجاب بشكل طبيعي ودون الخضوع لعلاج تخصيب يعتبر إعاقة) في المجتمع الذي أعيش فيه، أنا شاذة في المجتمع الذي أعمل فيه..."

يمول الصندوق العام في إسرائيل دورات علاج الإخصاب دون تحديد حتى ولادة طفلين، وإلى أن تصل المرأة إلى سن 45. يتضح من المعطيات التي قدمتها وزارة المالية في الجلسة التي عقدتها لجنة تطوير مكانة المرأة في الكنيسة في أيلول 2003، أنه يجري في إسرائيل ما يعادل 3.400 علاج إخصاب سنوياً لكل مليون مواطن/ة. هذه النسبة مرتفعة جداً مقارنة بالدول الغربية. على سبيل المثال، تصل نسبة حالات العلاج بالإخصاب لكل مليون شخص في فرنسا إلى 900 وفي إنجلترا إلى 300. تُجرى في إسرائيل حوالي 20,000 دورة علاج بالإخصاب كل سنة. تصل تكلفة دورة العلاج إلى ما يقارب الـ 8000 شاقل. حسب معطيات وزارة الصحة، في سنة 2008 أجريت في إسرائيل ما يقارب 30000 دورة إخصاب (وزارة الصحة، 2010)، وتعتبر إسرائيل من الدول الأولى في تمويل علاج الخصوبة (أيفين، 2010).

في سنة 2005، قدّمت منظمات حقوق الإنسان التماساً إلى محكمة العدل العليا تطالبها فيه بإلزام الدولة بشمل وسائل منع الحمل في سلة الخدمات الصحية. من بين الادعاءات التي وردت في الالتماس بأن عدم شمل وسائل منع الحمل في سلة الخدمات الصحية ليس نابغاً من أسباب جوهرية تتعلق بالميزانية، إنما من اعتبارات ديموغرافية وسياسية أساسها تشجيع الولادة والإنجاب (تحديداً لدى اليهود). يمكن لمس ذلك بشكل واضح من

خلال أعلى نسبة تمويل بين حالات العلاج بالإخصاب ومن التمويل الجزئي للغاية لوسائل منع الحمل والإنهاء الطبي للحمل (التماس 6595/05، جمعية حقوق المواطنين في إسرائيل وآخرون ضد وزير الصحة).

من هي الفئات المتضررة من عدم شمل الخدمات في سلة الخدمات؟

منذ سنّ قانون التأمين الصحي الإلزامي، بدأت الدولة بالتنصّل المستمر من مسؤوليتها عن صحة سكانها. ينعكس هذا التنصّل من خلال الخصخصة التدريجية لجهاز الصحة العام، حيث تتم هذه الخصخصة بعدّة وسائل، سواء من خلال الخصخصة "الكلاسيكية"، من خلال تحويل الخدمات، التي كانت الدولة قد أودعتها في عهدة المؤسسات غير الربحية، إلى جهات خاصة ذات أهداف ربحية خاصة²؛ وكذلك من خلال التمويل الآخذ بالازدياد للخدمات من جانب المؤمنين/المؤمنات أنفسهم/أنفسهن (مثلاً، من خلال دفع أقساط اشتراك تضخمت مع مرور السنين منذ سنّ القانون). حينما تُضعف

الحكومة من دورها في تمويل ميزانية الصحة، فإن أقساطنا المدفوعة كمؤمنات تزداد تدريجياً، بحيث أن المزيد من الخدمات شبه الخاصة (مثل تأمينات مكّملة) تُعطى تحت مظلة الجهاز الصحي العام (سبيرسكي، 2010).

أولى الفئات المتضرّرة هي الفئات غير الميسورة وغير المُقتدرة مادياً، وهذا يعتبر بمثابة نصف لقيمة المساواة أمام القانون. عدد النساء في هذه المجموعات أكثر من غيرهن، وبالتالي فهن متضرّرات أكثر من الرجال. إضافة إلى ذلك، وبما أن الخدمات غير المشمولة في سلة الخدمات الصحية مثل علاج الأسنان وخدمات البصريات (Optometry) مُكلفة جداً، بالتالي تتضرر النساء اللواتي لا يستطعن الحصول عليها، وبما أن جزءاً كبيراً من الفقراء في إسرائيل هم من المسنّين/المسنّات الذين يحتاجون

2. يدور الجدل الحالي في الموضوع حول مبادرة الدولة لنقل مراكز رعاية الأم والطفولة إلى صناديق المرضى. يدعي الراضون لهذه العملية بأنها عبارة عن خصخصة للخدمات التي كانت تمنحها الدولة والتي كانت هي مسؤولة عنها. من ناحية أخرى، هناك من يدعي أن نقل هذه الخدمات إلى مسؤولية صناديق المرضى ليس خصخصة لخدمات عامة، وذلك بسبب ماهية صناديق المرضى. يدعي الراضون لهذا الإجراء بالخوف من قيام صناديق المرضى بتحويل تشغيل مراكز رعاية الطفل والأمومة إلى جهات خاصة من أجل التوفير في المصاريف، أو أن تُقحم فيه أطراف أو جهات تجارية - كما تفعل عادة في حالة التأمينات الخاصة التي تسوقها مثل تأمينات السفر إلى الخارج وما شابه.

للخدمات الطبية أكثر من غيرهم، وبما أن متوسط عمر النساء أطول من الرجال، بالتالي فإن معظم المسنين هم من النساء. وعليه فإن سلم أولويات الدولة في التقائه مع الجيل والقدرة الاقتصادية؛ يمسّ بالدرجة الأولى بالنساء وبالنساء العربيات (حسون، 2007).

معوقات وحواجز لضمان الحق بالعلاج

إن الحق في الصحة هو حق منصوص عليه في "تصريح حقوق الإنسان لجميع سكان العالم" الذي يعود تاريخه إلى سنة 1948، وإلى "الميثاق الدولي للحقوق الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية" من سنة 1966 (ICE-SCR). افتتحت لجنة الميثاق النقاش حول الحق في الصحة بالملاحظة العامة رقم 14، وقامت بتفصيل عناصر الحق في الصحة، بحيث يشمل مبادئ عدم التمييز ومجموعة من العوامل الأولية التي لا بدّ من توفرها. يتعلق الحق في الصحة بالتوفّر وسهولة المنال وأيضًا بالمقبولية والكفاءة:

ما هو التوفّر؟ هو واجب توفير منشآت، منتجات، خدمات وبرامج بجودة مناسبة:

ما هي المالية؟ هي قدرة الشخص على استخدام كل ما ورد أعلاه. وتشمل سهولة المنال:

1. **عدم التمييز:** من واجب الدولة الامتناع عن عرقلة الوصول للخدمات الصحية، تجنّب عادات فيها تمييز أو حدّ من فرص الحصول على الصحة كوسيلة عقاب. الميثاق موجه أساسًا للطبقات المستضعفة أو الفئات المهمّشة.

2. **المالية العينية:** يجب أن تتوفر جميع الخدمات على بُعد مقبول من المواطنين/المواطنات، وأن تكون متوفرة.

3. **المالية الاقتصادية:** التخلص من العوائق الاقتصادية التي تقف حجر عثرة في وجه المجموعات الفقيرة، بحيث لا يشكل الدفع على الخدمة عائقًا أمام الحصول على العلاج الطبي.

إضافة إلى ذلك، فقد أقرّت اللجنة بأنه لدى تطبيق الحق في الصحة، يمكن الأخذ بعين الاعتبار الحالة الاقتصادية للدولة، لكن هناك خدمات أساسية لا يمكن اشتراط تزويدها مثل: المياه الصالحة للشرب، ظروف صحية أساسية، غذاء، مسكن وظروف بيئية مناسبة. على أي حال، فإن من واجب الدولة أن تقوم بتطبيق الحق في الصحة دون تمييز.

حواجز اقتصادية: الدفع مقابل أدوية بوصفة طبيب في سلة الأدوية وعلى خدمات في سلة الخدمات الصحية العامة

صادقت إسرائيل على انضمامها لمعاهدة الحقوق الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية في سنة 1991، مؤكّدة بذلك على التزام الدولة واهتمامها بتمكين جميع المواطنين والمواطنات في الدولة من جميع الطبقات الاقتصادية من الحصول على الخدمات الصحية. لقد عملت الحكومة عملياً، ومنذ سنّ القانون، على تقزيم دورها في تمويل الجهاز الصحي بحيث أصبح العبء الأكبر على المواطنين/المواطنات. في سنة 1998، سُمِحَ لصندوق المرضى بجباية أقساط اشتراك على الخدمات المشمولة في سلة الخدمات الصحية (رسوم الزيارات لدى الأطباء/الطبيبات، مراكز التصوير وغيرها)، وزيادة المشاركة في الأدوية بوصفة طبيب. خلق هذا الأمر عائقاً مادياً أمام الحصول على الخدمات، كما انعكس ذلك من خلال المعطيات التالية: في سنة 2005، أفاد 30% من أصحاب الدّخل المحدود و- 20% من المصابين/المصابات بأمراض مزمنة ، بأنهم فضّلوا التّخلي عن دواء موصوف لهم، أو التّخلي عن علاج طبي بسبب تكلفته. إضافة لذلك، فقد تبين أن النساء يَمِلن أكثر من الرجال إلى التنازل عن دواء أو علاج (20% مقارنة بـ 15% لدى الرجال). من بين أولئك الذين اضطروا إلى التّخلي عن الأدوية، 45% تخلّوا عن دواء لمرض مزمن، 14% - عن علاج للجلد، العينين أو مشاكل الهضم؛ 8% - عن مضادات حيوية باهظة الثمن و6% - عن مسكّن للألم. من ضمن أولئك الذين اضطروا إلى التنازل عن الخدمات: 40% تخلّوا عن العلاج لدى طبيب/ة مختص/ة، 10% - عن مركز تشخيص وتصوير و 25% - عن أشكال أخرى من العلاج علاجات أخرى مشمولة في سلة الخدمات الصحية (طبيب/ة عائلة، متابعة الحمل، أخصائية تغذية، أخصائية علاج طبيعي ونمو الطفل) (جروس، برمالي-جرينبرج ومنتسليخ، 2007).

يدفع فرض أقساط المشاركة الذاتية على الخدمات والأدوية في السلة أكثر من مليون مواطن/ة على التخلي عن الأدوية والعلاج. ليس هذا فحسب؛ فالمشاركة الذاتية توسّع دائرة الفقر بنسبة 1.5% (حوالي 20.000 نسمة). هذه التنازلات لها انعكاسات خطيرة لكونها ترغم المواطنين/المواطنات على التنازل عن خدمات حيوية، الأمر الذي يزيد مخاطر تدهور حالتهم الصحية. قد يؤدي التدهور في الحالة الصحية إلى الحاجة لاستهلاك خدمات صحية مُكلفة أكثر (مثل الرقود في المستشفى)؛ وفي المقابل فإنه يمس بقدرة المريض على مزاولة حياته الطبيعية في مختلف مناحي الحياة (التي تنطوي هي الأخرى على تكاليف عامة مثل رسوم بطالة، مخصصات عجز وما شابه). إضافة إلى ذلك، فإن النساء ذوات الدخل المحدود، اللواتي لا يرغبن في التنازل عن شراء أدوية وخدمات، يتنازلن أحياناً عن مصاريف هامةٍ أخرى مثل الغذاء، التعليم وما شابه. لا ينعكس هذا على الفرد فحسب، إنما على المجتمع برمته، حيث تزداد الفجوات الاجتماعية والاقتصادية، ومعها تزداد الفجوات في مستوى الصحة أيضاً.

الفئات الاجتماعية المُقصّاة عن العلاج الطبي

النساء اللواتي ترفض الدولة إعطاءهنّ حق المواطنة أو المكانة المدنية: إن الحق في الصحة وفي الحياة هما حقّان متداخلان أحدهما بالآخر. الحق في الصحة هو حق أساسي، غير أن إسرائيل لم تقم يوماً بإدراجه ضمن "قانون أساس حرية الإنسان وكرامته"، ولم تعمل على ترسيخه في أي قانون أساس آخر. في كثير من الحالات يضع المشرّعون المنتخبون من قبل الشعب سلّم أولويات ليبرالي ورأسمالي على حساب حقوق اجتماعية، مثل الصحة وغيرها، وهكذا يتم أيضاً تهميش مبدأ المساواة (التي لم تحظ هي الأخرى بترسيخها بقانون أساس). لقد فضّلت المحكمة العليا، في مجلسها كمحكمة عدل عليا، رفض الالتماسات التي تناولت موضوع العيش بالحد الأدنى مع الحفاظ على الكرامة، أو الالتماسات التي تناولت موضوع التيسير المالي للخدمات الصحية الحيوية غير المشمولة في سلة الخدمات الصحية. بما أن الحق في الصحة ليس حقاً أساسياً دستورياً، فإن

الجهاز الصحي ليس مُلزمًا حسب القانون بمنح العلاج، مثلاً، لمن يمكنه في إسرائيل دون مكانة مدنية (أي أنه ليس مُقيماً/مقيمةً أو مواطناً/ة) ويحتاج/تحتاج للعلاج لإنقاذ حياته/حياتها.

على سبيل المثال، تعيش في إسرائيل عشرات الآلاف من النساء ممن لسن مواطنات أو مُقيّمات، مثلاً النساء الفلسطينيات من الضفة الغربية وغزة، والمهاجرات للعمل (عاملات أجنبيات)، وكذلك اللاجئات السياسيات اللواتي يبحثن عن اللجوء إلى إسرائيل، بالإضافة إلى ضحايا الاتجار بالنساء ممن لسن مواطنات في الدولة. تمنح الأحقية لهن في الحصول على خدمات الصحة العامة بموجب قانون حقوق المريض (1996) الذي يضمن لكل شخص، أيًا كان مركزه أو وضعه، العلاج الطبي في حالات الطوارئ، ويقضي بتقديم العلاج دون قيد أو شرط في الحالات التي تشكل خطراً واضحاً ومباشراً على حياة المريض/ة وسلامته/سلامتها. ومع أن القانون يضمن، ولو ظاهرياً، الحق الأساسي بالصحة للفئات الاجتماعية التي لا مكانة لها، فإنه عملياً يؤدي إلى عدم تأمين النساء اللواتي لا مكانة مدنية لهنّ وفقاً لقانون التأمين الصحي الإلزامي، كما لا يحق لهن الحصول على الخدمات الصحية العامة، باستثناء حالات الطوارئ فقط كما سبق وأسلفنا.

كما ذكرنا، تنعكس المشاكل الاقتصادية، إلى حد كبير، على تطبيق القانون، الأمر الذي يدفع بطواقم المستشفيات وبالأخص النساء العاملات في الإدارة إلى وضع الصعوبات أمام النساء اللواتي لم يحصلن على مكانة مدنية في إسرائيل، لدى سعيهن للحصول على العلاج في الحالات الطبية الطارئة. لقد فسرت المستشفيات بشكل مقتضب مصطلح "الخطر الواضح والفوري" على الحياة. على سبيل المثال، فإن علاج مرض السرطان، حتى في الحالات المتقدمة، ليس معترفاً به كعلاج حالة تشكل خطراً على الحياة. ولا تحصل على العلاج الأولي سوى المرأة التي وصلت إلى غرفة الطوارئ وهي في وضع صعب جداً، مثل مريضة كلى في حاجة إلى غسيل كلى فوري أو مريضة كسرت يدها. الوضع سخيف للغاية، إذ أنه، وإلى أن تحصل الأخيرة على علاج تجبير وتثبيت للكسر، فهي بعد ذلك سوف تحتاج إلى إزالة الجبس، عندها يرفض المستشفى القيام بذلك لأن الخطر ليس فورياً مباشراً.

تبدأ المشكلة مباشرة لدى الوصول إلى غرفة الطوارئ. في البداية يُجري موظف/ة الاستقبال تقصيًّا أوليًّا، يطلب أوراقًا ثبوتية، تحويلة لغرفة الطوارئ (عادة ما لا تكون متوفرة)، ويقدم/تقدم طلب دفع. تصل تكلفة الفحص من قبل طبيب/ة في قسم الطوارئ إلى 807 شاقل، وأما تكلفة الرقود ليوم واحد للمواطنة الأجنبية فتصل اليوم إلى قرابة الـ 3000 شاقل. يتضح إذن بأن القانون يضمن بالفعل العلاج الطبي الطارئ دون شروط مسبقة، لكنه لا يعفي من الدفع ولا يعوّض المستشفى عندما لا يكون في مقدور المريض دفع تكاليف الرقود الباهظة. في أعقاب ذلك، يبدأ المستشفى بوضع العراقيين والصعوبات أمام النساء المتواجدات في إسرائيل بلا مكانة مدنية مشروعة لدى لجوئهن للحصول على العلاج الطبي الطارئ (آفني فاكنين، 2007).

يكون طلب الدفع في الكثير من الأحيان مصحوبًا بأجواء ترمز إلى استحالة الحصول على العلاج الطبي من غير دفع التكاليف. يمكن للنساء اللواتي لا يتمتعن بمكانة أن يفسرن الرسائل الصادرة عن الطاقم الطبي في المستشفى على أنها رفض قبولهن للعلاج، وأحيانًا ما يخشين من أنه في حال عدم الدفع، قد يتم اعتقالهن بل وطردهن من البلاد. في حالات معينة، تغادر المريضات غرفة الطوارئ وهنّ في وضع طبي خطر للغاية ودون أن يقوم/تقوم طبيب/ة بفحصهن. إن وضع العراقيين والصعوبات من قبل المستشفى في الدخول إلى أقسام طب الطوارئ، يعرّض النساء اللواتي لا مكانة اجتماعية لهن لخطر كبير بشكل خاص لأنهن يملن أصلًا إلى تجنب وتأجيل طلب العلاج الطبي قدر الإمكان (بسبب التكاليف الباهظة)، ويصلن إلى غرف الطوارئ وهنّ في وضع مزرع عندما لا يبقى أمامهن خيار آخر. تزداد التبعات سوءًا عندما تضطر تلك النساء للحضور إلى غرفة الطوارئ لأمر صحية تتعلق بالحمل والولادة، وذلك لأنهن لم يحصلن على متابعة لاثقة للحمل أثناء حملهن، مثلهن مثل سائر النساء المواطنات في الدولة.

النساء الفلسطينيات في إسرائيل

يعيش في إسرائيل 1.449 مليون عربي/ة فلسطيني/ة مواطنون/ات في إسرائيل، يشكلون 20% من إجمالي عدد السكان في الدولة. 54% من العائلات العربية فقيرة، مقارنة مع 14.7% من العائلات في الوسط اليهودي. في سنة 2007، نشرت اللجنة المركزية للإحصاء أن 42% من العرب/العربيات في إسرائيل أبلغوا عن تخليهم عن دواء/علاج بسبب كلفته (مقارنة بـ 11% من مجمل السكان اليهود)، كما أن 66% من العرب/العربيات تخلوا عن علاج الأسنان بسبب ضائقة اقتصادية (مقارنة بـ 34% من اليهود).

تعتبر نسبة الوفيات بين الأطفال الرضع مقياساً متعارفاً عليه لمستوى الصحة. في سنة 2006، نشرت وزارة الصحة ملفاً من البيانات القومية بشأن وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة. اتضح أن نسبة وفيات الرضع في أوساط العرب/العربيات المسلمين/المسلمات هي 7.3 وفاة لكل 1000 ولادة و 15.5 في أوساط العرب/العربيات البدو في النقب، مقارنة مع نسبة وفاة الرضع في أوساط اليهود/اليهوديات التي تصل إلى 3.1 (أميتاي، 2006). إضافة إلى ذلك، يوجد في البلدات العربية أطباء/طبيبات بنسبة أقل مقارنة بعدد السكان، كما لا توجد مستشفيات حكومية، مؤسسات للصحة النفسية أو مؤسسات تريض عامة للمسنين.

جزءاً من هذه الفوارق ينبع عن التمييز العام والعنصرية ضد هذه المجموعة السكانية، والذي يتمثل بفقرها المدقع نسبة للمجتمع اليهودي (54% من بين العائلات الفلسطينية داخل إسرائيل، مقارنة بـ 14.7% من ضمن العائلات اليهودية). حسب إصدارات مكتب الإحصائيات المركزي من سنة 2008، 42% من العرب/العربيات الفلسطينين/ات في إسرائيل تنازلوا خلال سنة 2007 عن دواء أو علاج ما بسبب ارتفاع ثمنه (مقارنة بـ 11% من المجتمع اليهودي)، كما وتنازل 66% عن علاج أسنان بسبب مصاعب اقتصادية (مقارنة بـ 34% لدى اليهود) (دائرة الإحصاء المركزية، 2008). إضافة إلى ذلك، هنالك أيضاً تمييز في مجال البنى التحتية والذي يؤثر على الظروف الضرورية من أجل الصحة الجيدة، كنقص شبكات المياه، الكهرباء والصرف الصحي وغيرها.

هنالك أيضاً تمييز مباشر في كل ما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية. لا يحصل المجتمع العربي سوى على عددٍ ضئيل من أسرّة العلاج وأعضاء الطواقم الطبية نسبةً لكبر المجتمع، ومستوى الطواقم الطبية منخفض أكثر. إضافة إلى ذلك، يتم تخصيص موارد للبنى التحتية الملموسة في التجمعات العربية في إسرائيل بنسبة أقل بكثير (لا مستشفيات حكومية، مؤسسات للصحة النفسية أو مؤسسات ترميضية عامة في التجمعات العربية، كما لا تتوفر مؤسسات علاجية للمسنين العرب). من بين جميع عيادات الصحة النفسية في إسرائيل، اثنتان فقط تقعان في تجمعٍ عربيٍّ داخل إسرائيل، وقد تشرح هذه المعطيات السبب في أنّ 46% من الأمهات اللواتي يسكنّ في مناطق ذات أغلبية يهودية في إسرائيل أو في تجمعاتٍ مختلطة يتوجهن للعيادات للحصول على العلاج من أجل أولادهن، مقابل 9% فقط من الأمهات في التجمعات العربية في إسرائيل يتوجهن لطلب العلاج. (Mansbach-Kleinfeld, 2010).

إن جزءاً من المسّ بسهولة المنال لدى المجتمع العربي الفلسطيني في إسرائيل يعود أيضاً لعدم الوصول للمعلومات بسبب اللغة، سواء في المنشورات المكتوبة أو الاتصال الشخصي المتبادل مع الطاقم الطبي (شوستر وشلزينجر، 2007).

المس بحق النساء الفلسطينيات من الضفة الغربية وقطاع غزة والتمزوجات لمواطنين من إسرائيل في نيل الخدمات الصحية

يحق لسكان الدول الأجنبية المتزوجين/التمزوجات من مواطنين/مواطنات إسرائيليين/إسرائيليات الحصول على مكانة مدنية وعلى حقوق اجتماعية في ختام عملية "لمّ الشمل". في سنة 2002، قررت الحكومة تجميد عمليات لمّ الشمل بين نساء من مناطق السلطة الفلسطينية المتزوجات من مواطنين في إسرائيل. استند القرار إلى دواع أمنية لتعزيزه، وقد تم ترسيخه في سنة 2003، من خلال تعديل قانون المواطنة والدخول إلى إسرائيل، الذي يتم تمديده سنوياً. منذ ذلك الحين، تبقى النساء القاديات من مناطق السلطة الفلسطينية والتمزوجات من مواطنين عرب في إسرائيل بلا مكانة وبالتالي لا يتمتعن بأي حقوق اجتماعية وصحية.

غالبية المتضررين من قانون المواطنة هُن من النساء. ومع أن القانون

لا يميز بين النساء والرجال في هذا المضمار؛ لكن، في الواقع، وبما أن العادات الاجتماعية التقليدية تفرض بأن تهاجر المرأة إلى بلد الزوج (هي هذه الحالة إسرائيل)، لذا فإن عددهن أكبر من عدد الرجال المهاجرين، وهنّ المتضررات الرئيسيات من القانون. وفقاً لتقديرات منظمات حقوق الإنسان العاملة في المجال، فقد ألحق تعديل قانون المواطنة الضرر بما يزيد عن 16000 من الأزواج حتى الآن، لأنه ترك أحد/إحدى الزوجين دون مكانة وبالتالي بلا حقوق.

تمخض تعديل قانون المواطنة عن ظهور طبقة واسعة تسكن إسرائيل على نحو دائم، لكنها لا تتمتع بأي حقوق أو مكانة. في ظل عدم وجود مكانة - فإن الحقوق بالصحة، بالأمن الاجتماعي وبالعيش بكرامة غير قابلة للتطبيق. لا تستطيع المتضررات من القانون الحصول على الخدمات الصحية، لا يتمتعن بأي قدرة على الحصول على خدمات الرفاه الاجتماعي، إضافة لعدم تمكينهن من المساعدة في إعالة العائلة، وبالتالي يتم إقصاؤهنّ من أي أنظمة علاج، دعم ومساعدة محلية. في ظل غياب أي مكانة مدنية، تتضرر أيضاً حرية الحركة لدى النساء وكثيرات منهنّ يمتنعن عن مبارحة منازلهن خشية التعرض للاعتقال، الطرد والإبعاد عن أولادهن وعن أزواجهن/زوجاتهن. إضافة إلى المساس الخطير بحقوقهن في الحصول على الصحة، يدفع هذا الوضع النساء اللواتي لا مكانة لهنّ نحو العزلة الاجتماعية، التعلق الشديد بالزوج/الزوجة، المس بمكانتهن في العائلة، زيادة احتمالات تعرضهن للتنكيل والعنف دون أن يكون في وسعهنّ الفرار منه أو وضع حد له، ويفرض عليهنّ عيش حياة ترزح تحت وطأة الضغوط والتوتر. شأنهن شأن نساء أخريات، فإن النساء اللواتي يفتقرن إلى مكانة مدنية تُعانين من العنف داخل العائلة. ومع أنّ العلاج الطبي الذي يحصلن عليه هو أدنى بكثير مقارنة مع العلاج الذي تحصل عليه المواطنات في إسرائيل، فإن تلك النساء المفتقرات لمكانة مدنية، واللواتي وقعن ضحايا العنف المنزلي قد لا يحصلن على العلاج الطبي مُطلقاً!!

تستوعب الملاجئ، المخصصة لحماية ومعالجة ضحايا العنف الأسري، النساء اللواتي يفتقرن لمكانة مدنية أيضاً. بناء على بيانات وزارة الرفاه الاجتماعي فإنه في سنة 2007، باتت في تلك الملاجئ حوالي 33 امرأة

بلا مكانة قانونية، 25 من بينهن تواجدن في الملاجئ برفقة أطفالهن (وزارة الرفاه، 2008). في مطلع كانون أول 1993، نشرت وزارة الصحة نشرة المدير العام، التي تلزم بتقديم الخدمات الصحية للنساء ضحايا العنف المنزلي، حتى وإن لم يكن مؤمنات بتأمين صحي إلزامي. مع ذلك، فإن الإجراء يحصر الخدمات الطبية المقدمة للنساء (ممن بلا مكانة مدنية) على أنواع العلاج التي يحتجها جراء الإصابة فقط، ومن أجل إجراء الفحوص اللازمة لإثبات أدلة لتقديم لوائح اتهام (وزارة الصحة، 1993). في ظل عدم القدرة على الوصول للعلاج الطبي بسبب مشاكل قد تبدو نتيجة غير مباشرة للعنف، تضطر تلك النساء إلى تمويل إجراءات العلاج على نفقتهن الخاصة. في كثير من الحالات، تطرق الملاجئ، أو النساء أنفسهن، أبواب منظمات الدعم والجمعيات الخيرية طلباً للمساعدة الإنسانية. في حالات صعبة، تضطر النساء إلى التخلي عن العلاج الطبي.

لقد انتهت محاولة الفصل بين الحالة الطبية الناجمة عن العنف وبين الحالات الطبية الأخرى بالفشل. قد تعاني النساء من ضحايا العنف المنزلي من العديد من المشاكل الصحية المختلفة التي قد يبدو أن لا علاقة واضحة لها بالعنف، لكن في الواقع هي نتيجة العنف. تحتاج ضحايا العنف العائلي إلى العلاج الجسدي والنفسي، بغض النظر عن مكانتهن المدنية أو عن انتمائهن الثقافي، لكن ما يحدث في الواقع أنهن يُحرمن من حقهن في الصحة. في الحقيقة، إن ما يجري هو أن تنصل خدمات الصحة في الدولة من المسؤولية عن تلك الضحايا اللواتي لا تتمتعن بمكانة، يجعل المؤسسة الإسرائيلية عملياً شريكة للزوج الضارب أو العنيف، كما أنها بذلك ترسخ وتُديم احتياج المرأة لكرامات وعطف المؤسسات التطوعية.

التمييز في الصحة "الوضع الصحي لدى الأقلية الفلسطينية العربية في إسرائيل" تقرير المؤسسة العربية لحقوق الإنسان، شباط 2009

قامت المؤسسة العربية لحقوق الإنسان بعرض تقرير البحث عن الوضع الصحي لدى الأقلية الفلسطينية العربية في إسرائيل. تؤكد نتائج البحث والتقرير، مستوى التمييز الذي يعاني منه السكان العرب الفلسطينيون في إسرائيل، وفي ما يلي بعض الأمثلة والمعطيات من هذا البحث:

- لقد ثبت أن هناك علاقة بين الوضع الصحي للفرد والسكان بشكل عام وبين الوضع الاجتماعي-الاقتصادي. حيث أن الفقر والثقافة المتدنية والاكتماظ في السكن والبطالة تؤدي جميعها إلى ارتفاع نسبة انتشار المرض ونسبة الوفيات. وما زال السكان العرب هم الأقل ثقافة والأكثر فقراً ويشكلون النسبة الأعلى في عدد العاطلين عن العمل، وما زالت الفجوات في مجال الصحة قائمة.
- يعتبر السكان العرب من المجموعات السكانية الشابة، حيث أن 42% من العرب هم تحت سن الـ15 سنة. ولذلك ثمة حاجة لمزيد من الخدمات المخصصة لصغار السن، بما في ذلك محطات لصحة العائلة.
- العرب تعلموا أقل، 35.3% لم يتعلموا في مدرسة ثانوية. ونسبة العرب في قوى العمل منخفضة (54.9% في سن 25-54 سنة).
- كثافة السكن أكبر لدى السكان العرب منها لدى السكان اليهود (معدل 1.43 شخص للغرفة لدى العرب مقابل 0.84 لدى اليهود).
- معدل متوسط العمر أقل لدى العرب، والفجوة بين العرب واليهود أخذت في الاتساع منذ عام 1996.
- نسبة وفيات الرضع لدى العرب تساوي ضعف ما هي عليه لدى اليهود منذ قيام الدولة، وفي السنوات الأخيرة اتسعت الفجوة مع مرور السنين.
- نسبة الوفيات العامة أعلى لدى العرب منها لدى اليهود.

- أسباب الوفاة الأساسية لدى العرب: أمراض قلب، أمراض خبيثة، إصابات خارجية (حوادث وإصابات بما فيها حوادث طرق)، سكري وأمراض الأوعية الدموية في الدماغ.
- أمراض سرطانية: نسبة انتشار سرطان الرئة وسرطان الثدي لدى العرب آخذة بالازدياد بشكل سريع جداً، كما ويتم الكشف عن سرطان الثدي في مراحل متقدمة (أي بعد استفحال المرض)، الأمر الذي يقلل من احتمالات الشفاء والبقاء على قيد الحياة، كما أن المرض يظهر في جيل مبكر أكثر.
- نسبة مرضى السكري أعلى في أوساط العرب، والمرض أقل توازناً، الأمر الذي يؤدي إلى تعقيدات ومخاطر صحية في أعقاب المرض.
- يشكو العرب أكثر من اليهود من مشاكل جسمانية تسبب لهم صعوبات كبيرة، أو كبيرة جداً في ممارسة النشاط اليومي. ويعانون أكثر من أوجاع الظهر المزمنة، اضطرابات في النوم، اضطرابات نفسية والتهابات مفاصل (بدارنة، 2009).

كما ويشير السيد محمد زيدان، مدير المؤسسة العربية لحقوق الإنسان أن نتائج التقرير، تبرز أن حكومات إسرائيل المتعاقبة فشلت في تطبيق التزاماتها تجاه السكان العرب الفلسطينيين في إسرائيل. هذا الفشل هو انتهاك صارخ لالتزام دولة إسرائيل بتطبيق المعاهدة الدولية للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تم التصديق عليها من قبل حكومة إسرائيل في سنة 1966، كما أنها تشكل دوساً للالتزامات الرسمية كجزء من اتفاقيات الدولة مع الاتحاد الأوروبي، وبخاصة اتفاقية النقابات والاتفاقيات في إطار التعاون الأوروبي المتوسطي (موقع المؤسسة العربية لحقوق الإنسان، زيدان، 2009). لقراءة التقرير الكامل من خلال الرابط:

<http://www.arabhra.org/HRA/SecondaryArticles/SecondaryArticlePage.aspx?SecondaryArticle=1741>

فئة اجتماعية أخرى مُقصاة عن العلاج الطبي وهي: نساء مع إعاقات

رَسَّخت معاهدة حقوق الأشخاص/النساء مع إعاقات، والتي اعتمدها الأمم المتحدة سنة 2006، حقوق النساء اللواتي تُعانين من إعاقات في العديد من نواحي الحياة. تقضي المعاهدة بضرورة قيام الدول المختلفة باتخاذ خطوات تمكن من المساواة في الحقوق لتلك النساء لأنهن عُرضة للتمييز الشديد. في أعقاب سنِّ قانون "قانون المساواة في الحقوق للأشخاص/النساء مع إعاقات" تشهد إسرائيل تقدماً بطيئاً في كل ما يتعلق بالاعتراف بهذه الحقوق وتطبيقها.

تعاني النساء المُعاقات من التمييز المزدوج: أولاً، وجود الإعاقة نفسها وثانياً لكونهن نساء. أظهر استطلاع الصحة القومية الذي أجرته وزارة الصحة سنة 1996-1997، والذي قارن بين شيوع الإعاقة بين النساء والرجال، بأنه من سن 65 فما فوق كانت نسبة الإعاقة لدى النساء 21.3% مقارنة بـ 14% لدى الرجال. إذن، توجد في الفئات العمرية المتقدمة نساء مع إعاقات أكثر من الرجال. الوضع الاقتصادي للنساء اللواتي تُعانين من إعاقات أصعب بكثير: أبلغت 29% منهن بأنهن يواجهن وأبناء عائلاتهن صعوبات في سدِّ احتياجاتهن الأساسية في حين أفادت 41% منهن بأنهن يواجهن صعوبة إلى حد ما، وذلك مقارنة مع 20% و- 33% بالتناسب في أوساط النساء بدون إعاقة (شطروسبرغ و ايتان- ريفليس، 2008).

تواجه النساء، مع إعاقة، وبشكل اعتيادي حواجز كثيرة: حواجز جسدية ومشاكل في الوصول للأماكن والخدمات؛ حواجز اتصالية، مثل صعوبة تواصل المعالجين/المعالجات معهن؛ حواجز لوجستية، مثل صعوبات في القيام بالمهام اليومية؛ حواجز الجهل، والتي بسببها تعاني النساء نوات الإعاقات من عدم التفهم لحالتهم والتعامل المناسب مع احتياجاتهن الأساسية (مثل الفحوص لدى أطباء النساء وطب الأسنان)؛ وحواجز اقتصادية، مثل الأجر المتدني والثقافة المتدنية مقابل الاحتياجات المتعددة. إضافة لذلك، فإن النساء المُعاقات هنَّ عُرضة للعنف. تظهر الأبحاث بأن النساء المعوّقات تبلغن عن وقوعهن ضحايا للعنف (اغْتصاب، عنف جنسي، عنف جسدي) بنسبة أعلى من النساء بلا إعاقات (شطروسبرغ و ايتان- ريفليس، 2008).

هناك قضايا مميزة تخص النساء المُعاقات، مثلاً في مجالات الطب النسائي والتوليد في ما يخص الدورة الشهرية، الخصوبة والجنسانية. إضافة إلى ذلك، توجد معطيات قليلة تتعلق بقضايا صحية خاصة مثل تدني كثافة العظم في سن الأمان، استعمال حبوب منع الحمل من قبل النساء اللواتي تُعانين من قيود في الحركة وغير ذلك. بدأت في السنوات الأخيرة فقط صحة واهتمام من قبل شركات الأدوية التي بدأت تهتم بالتطوير في جوانب مختلفة تتعلق بالمشاكل الصحية الخاصة بالنساء اللواتي تعانين من إعاقات.

تحتاج النساء اللواتي تُعانين من التخلف العقلي من جميع الأجيال، سواء كنّ نشطات جنسياً أم لا، إلى العلاج الطبي والفحوصات الدورية مثل سائر النساء. بعض النساء تُعانين من إعاقات جسدية وبعضهن يواجهن صعوبات في التعبير عن أنفسهن. في الإمكان تصفح موقع الانترنت www.pigur.co.il. يمكن البحث من خلال الموقع عن معلومات تهتم والدي المراهقات، اللواتي يرغبن في الحصول على استشارة في مواضيع جنسية والحصول على تقرير طبي من مختص/ة لطب المراهقات، أو من قبل طبيب/ة نساء صاحب/ة خبرة وتجربة في علاج المعاقين/المعاقات. بعض الفتيات قد يرفضن إجراء الفحص، لذا يجب إجراؤه في عيادات خاصة تتوفر فيها إمكانية وصول للنساء اللواتي تعانين من إعاقات، وأيضاً تمتلك الوسائل والتقنيات التي يمكن بواسطتها فحص المريضة على الرغم من القيود مثل توفر معدات وأجهزة تسمح بوضعية مثلى أثناء الفحص في عيادة المرأة. على طبيب/ة النساء أن يمتلك/تمتلك كافة المعلومات الطبية والتقنية عن الإعاقة التي تعاني منها الفتاة.

مرشد لحقوقنا كمريضات ومستهلكات الخدمات الصحية

"أنا، المثقفة والمتعلمة والمُطلعة صاحبة العلاقات والاتصالات، الجازمة والتمكّنة، كان عليّ أن أستجمع كافة قواي ومواردي لكي أحصل على ما أريده، كل ما كنت بحاجة إليه من أجل علاج سرطان الثدي الذي أعاني منه. علاج حديث يأخذ في الحسبان احتياجاتي كمرأة".

يوفر هذا الفصل بعض المعلومات التي نحتاج إليها لاستطلاع طريقنا عبر جهاز خدمات الصحة بصورته الحالية. كلما اطلعنا على معلومات أكثر، عرفنا حقوقنا بشكل أفضل وتمسّكنا بها، وطالبنا جهاز الصحة بالإصغاء إلينا، لنحصل على العلاج الذي نحتاجه ولنتجنب العلاج الضار و/أو غير النافع. إن دور الطبيب/ة هو حماية صحتنا النفسية والجسدية والتخفيف من ألمنا مع حماية الحق بالحياة وكرامة الإنسان. عليه/ها أن يفعل ذلك دون تمييز على أساس العمر، الجنس، الدين، القومية، المكانة الاجتماعية والمدنية أو الاقتصادية، الأيديولوجيا السياسية وما إلى ذلك. بناء عليه، فإن الأطباء/الطبيبات ملزمون/ملزمات بنفس قواعد الأخلاقيات الطبية تجاه كل مُعالِجة.

توجد في إسرائيل بعض القوانين التي تبلور القيم والمعايير والسلوكيات المتعلقة بحقوقنا كمريضات. بداية، فإن قانون الأساس "حرية الإنسان وكرامته" (1992)، ينصّ على أن من حق كل إنسان الدفاع عن حياته، عن بدنه وعن كرامته. ينص قانون حقوق المريض، الذي تم سنّه سنة 1996، أن من حق كل إنسان الحصول على علاج طبي مناسب. من حقنا أن نحصل على المعلومات عن المعالِجين وعن العلاج المقترح والحصول على أية معلومة طبية تتعلق بنا؛ أي بكلمات أخرى، يحق لنا الحصول على ملفنا الطبي. يحظر القانون التمييز من أي نوع كان لدى تقديم العلاج الطبي. يحق للمريضة الحصول على العلاج مع الحفاظ

على كرامتها كإنسانة وعلى حقها بالحفاظ على خصوصية معلوماتها الطبية. كما ينص القانون على ضرورة الحصول على موافقة واعية من المريضة على أي علاج طبي يُقدّم لها.

ما هي الموافقة الواعية؟

تعني الموافقة الواعية موافقة المريضة على العلاج، من خلال منحها جميع المعلومات الضرورية لكي تستطيع أن تعطي موافقتها عن وعي وإدراك للعلاج أو الفحص. يتضمّن واجب تزويد المريض بالمعلومات المجالات التالية:

1. يجب منح المعلومات للمريضة عن وضعها الطبي، عن التشخيص الطبي لحالتها (Diagnosis) وعن التطور المتوقع للمرض دون علاج طبي (Prognosis). في حال عدم التيقن من التشخيص الطبي، يجب إبلاغ المريضة بذلك. هكذا على سبيل المثال، يجب إبلاغ المريضة بعدم التيقن من نوعية الكتلة التي تم الكشف عنها من خلال تصوير الموجات فوق الصوتية (Ultrasound).
2. يجب منح المعلومات للمريضة عن ماهية العلاج: حول حقيقة كون الفحص نوعاً من الانتقاص أو الانتهاك لخصوصيتنا (اجتياحياً أو شر لا بد منه)، يتوجب على المعالج أن يقدّم الإيضاحات حول علاج معين، يهدف إلى التخفيف من الأوجاع، والذي لا يعتبر شافياً للمشكلة الطبية أو أن الاحتمالات بأن تعيد عملية معينة الوضع إلى سابقه هي 50% فقط.
3. يجب تقديم المعلومات حول المخاطر الكامنة في العلاج المقترح، بما في ذلك الأعراض الجانبية، الألم والإزعاج. هكذا على سبيل المثال، يجب إبلاغ المُعالِجة في حال كان شقّط البويضات لغرض الإخصاب خارج الجسد ينطوي على خطر المسّ بالخصوبة. إلى جانب ذلك، يجب إبلاغ المرأة عن الأعراض الجانبية المتمثلة في إدخال اللولب الرحمي لمنع الحمل مثل الألم أو الالتهابات.

من الضروري الإشارة إلى أن واجب تقديم المعلومات حول مخاطر العلاج أو تبعاته يبقى ساريًا حتى عندما يقرر الطبيب/ة عدم تقديم أيّ خدمة

علاج طبيّ. لذا، على سبيل المثال، إذا قرر الطبيب/ة الاحتفاظ بحمل المرأة بعد نزول ماء الرأس وعدم التسبب بولادة مبكرة، عليه أن يخبر المرأة عن خطر الإصابة بتسمم الدم وعن الخطر الكامن في هذا المسار الطبي، مع أنها لم تتلقَ أي علاج طبي.

4. يجب منح المعلومات عن أنواع العلاج البديل المقترحة وعن عدم الحصول على أي علاج طبي إطلاقاً؛ ومن ضمن هذه المعلومات أيضاً معلومات عن المخاطر الكامنة في هذه البدائل. هذا الواجب ليس مقتصرًا بالضرورة على حالات العلاج المشمولة في سلة الخدمات الصحية. وبناءً عليه، فإن من واجب الطبيب/ة أن يبلغ المرأة الحامل أن فحص الموجات فوق الصوتية (Ultrasound) لأجهزة جسم الجنين، الذي يُجرى في صندوق المرضى، هو فحص محدود لا يتم من خلاله فحص سلامة الأطراف لدى الجنين، وفي إمكانها أن تدفع تكاليف فحص أكثر شمولاً من خلال مساقات الطب الخاص.

5. يجب تقديم المعلومات للمرأة بلغة مفهومة وواضحة لها. لذلك إذا كانت المرأة لا تفهم اللغة العبرية، يجب تزويدها بالمعلومات بمساعدة مترجم يتكلم لغتها.

6. من حق المريضة أن تطرح الأسئلة عن وضعها الطبي وعن العلاج الطبي المعروض عليها، وعلى الطبيب/ة أن يقدم لها إجابة كاملة ودقيقة. في حالات نادرة فقط، وبمصادقة اللجنة الأخلاقية، يمكن للطبيب/ة الامتناع عن تقديم المعلومات للمريضة.

يستند واجب تقديم الموافقة الواعية لكل علاج على افتراضين أساسيين:

- جسمنا هو مُلك لنا ويجب أن نكون قادرات على أن نقرر ماذا نفعل به.
- غالباً ما نكون قادرات على اتخاذ القرار الأفضل في ما يتعلّق بالعلاج الذي سنخضع له، إذا ما تم تزويدنا بمعلومات وافية عن هذا العلاج.

من حقنا أن نقرر ما الذي يتم فعله في جسمنا، وهذا الحق يشمل الحصول على العلاج الطبي. إن حقيقة امتلاك الطبيب/ة للمعلومات، المهارات

والنوايا الحسنة، في الوقت الذي نفتقر (كمعالجات) لهذه المعلومات؛ لا يعني ذلك حق الطبيب/ة في اتخاذ القرارات في شأن أجسادنا. من هنا، يُحظر تقديم العلاج دون الموافقة الواعية من قِبَل المرأة المُعالِجة. تبعاً لذلك، فإن من حقنا أيضاً أن نرفض تلقي العلاج الطبي، وإن كان الطبيب/ة يعتقد أن العلاج سيكون مفيداً لنا. لا يمكن فرض العلاج علينا، إلا في حال وجود ظروف استثنائية قاهرة. هذه الأمور صحيحة فقط إذا كان الرفض نابغاً من اعتبارات يرى الطبيب/ة أنها "غير معقولة".

يبقى واجب الحصول على موافقتنا على العلاج ساريًا في كل الأحوال: سواء من خلال العلاج لدى طبيب/ة العائلة أو لدى طبيب/ة مختص/ة؛ العلاج في إطار الرقود في المستشفى، في إطار عام، مثل علاج تجميلي؛ علاج طبي "بسيط" مثل فحص الـ (ECG-Electrocardiography) وعلاج طبي جدي مثل عملية جراحية؛ علاج لا ينطوي على ملامسة الجسم/ مثل منح وصفة لحبوب منع الحمل وعلاج طبي اجتياحي، مثل إدخال اللولب الرحمي لمنع الحمل.

لكي تكون موافقتنا على العلاج الطبي سارية المفعول (نافذة)، يجب أن تكون الموافقة بإرادتنا الحرة. لذا فإن الموافقة التي تم تحصيلها تحت التهديد أو الترويع من جانب الطبيب/ة بعدم إتمام العلاج، إذا لم نوافق على العلاج الذي عرضه/عرضته (مثل استئصال الثدي بدلاً من العلاج الكيماوي وترميم الثدي)، لن تكون موافقة نافذة. على نحو شبيه، فإن الموافقة التي تم تحصيلها تحت تأثير ضغط أفراد العائلة، مثلاً للقيام بعملية إبطال حمل، لا تعتبر موافقة نافذة. حتى الموافقة التي تم تحصيلها من امرأة متمددة على طاولة العمليات مثل الموافقة على إزالة وحم اكتشفه طبيب/ة الجلد أثناء الفحص، والتي قد تعتبر موافقة تم الحصول عليها في ظروف تكون فيها المريضة مسلوبة الإرادة أصلاً، وغير قادرة على إعطاء موافقة حرة وواعية على العلاج الطبي. الطبيب/ة ملزم/ة، حسب القانون، بمنحنا كافة المعلومات عن حالتنا الطبية وعن العلاج الطبي المعروض علينا، إلى جانب الحصول على موافقتنا الواعية. لهذا السبب، إذا لم نحصل على المعلومات بالشكل المطلوب، لا تُعتبر موافقتنا على العلاج موافقة نافذة بل إنها غير سارية المفعول.

نموذج الموافقة الواعية

في كثير من الحالات، يُطلب منّا التوقيع على نموذج الموافقة و الذي يتضمّن في الغالب تفاصيل عن العلاج المُقترح. لسنا مُلزّمت بالتوقيع على النموذج المذكور، إذا لم نكن موافقات على ما ورد فيه. علينا أن نوقّع على النموذج فقط بعد أن نحصل على المعلومات المطلوبة عن العلاج المقترح، وبعد أن يُطلب منّا موافقتنا على العلاج الطبي. من الضروري جدا الإطلاع على نموذج الموافقة، الإطلاع على تفاصيل المعلومات المذكورة فيه، فحص ما اسم العلاج الذي يظهر فيه والتأكد ما إذا كان هذا هو العلاج الذي عرّضه الطبيب/ة.

من أجل تقديم الموافقة الواعية، علينا أن نفهم المعلومات المُقدّمة لنا، ولدينا الحق في الإصرار على أن تكون المعلومات باللغة التي نفهمها. إذا لم نفهم ما يقوله الطبيب/ة، إذا شعرنا أنه ليس بوسعنا أن نسأله/ نسألها أسئلة، و/أو أن نفهم إجاباته/إجاباتها، علينا ألا نوقّع على نموذج الموافقة. إضافة إلى ذلك، إذا كان التفسير الذي أعطي لنا جزئياً أو سطحيّاً، علينا أن نُصرّ على الحصول على المعلومات كي نستطيع أن نقرر هل نوافق على العلاج المعروض علينا أم لا، وطلب الورقة بلغة الأم (اللغة العربية هي لغة رسمية حسب القانون الإسرائيلي).

إذن، الموافقة الواعية هي موافقة متعلّقة تتيح لنا قاعدة من المعلومات الطبية من أجل اتخاذ القرار. كما أسلفنا، يشترط القانون ضرورة حجب المعلومات الطبية فقط في حالة وجود تخوّف من أن تضرّ المعلومات المريضة، سواء من الناحية الجسدية أو النفسية. مسموح للطبيب/ة أن يفرض/تفرض العلاج من دون موافقة واعية فقط في الحالات الاستثنائية، المقصورة على الحالات الطبية الطارئة، ومن ضمنها عندما لا تكون المريضة قادرة على منح موافقتها الواعية لأسباب مختلفة، مثل فقدانها الوعي.

ينصّ قانون حقوق المريض على أن الموافقة الواعية هي شرط للحصول على العلاج الطبي المشروع. بما أن أهم حق من حقوقنا هو حقنا في السيطرة والتحكّم بما يجري لأجسادنا، فمن حقنا أن نقرر بشأن البدائل العلاجية الطبية الممكنة للعلاج المعروض. هكذا، فإن البالغات يتمتعن بالأهلية القانونية لرفض أي علاج، حتى وإن كان رفض العلاج معناه

تفاهم المرض أو الموت. ليس مسموحاً لأحد بمعالجتنا أو حتى لمسنا دون أن رغبتنا في الحصول على العلاج. عندما يتعامل الطاقم الطبي بجدية وباحترام مع مسألة الموافقة الواعية، عندها نستطيع بناء علاقة من الثقة والمشاركة تعتمد على الصلاحية المشتركة واتخاذ القرارات المشتركة والمسؤولية المشتركة أيضاً.

الموافقة الواعية ورفض القاصرين/القاصرات الحصول على العلاج الطبي

سن الأهلية القانونية في إسرائيل هو 18 سنة. يحتاج القاصرون والقاصرات دون سن الأهلية القانونية إلى موافقة والديهم/والديهن من أجل الحصول على أي علاج طبي من أي نوع كان. مع ذلك، يعترف القانون بأن موقفه المتشدد إزاء مسألة العمر، لا يوفر الردّ الكافي والشفافي على سلسلة من الحالات الصعبة. تُستثنى من ذلك الحالات التالية: يحق للقاصرات أن يحصلن من الطبيب/ة على وسائل منع الحمل والخضوع لعملية إبطال الحمل دون إعلام ذويهن أو الحصول على مصادقتهم؛ بإمكان القاصرة إجراء فحص للتحري عن فيروس الإيدز دون إعلام ذويها، ودون الحاجة للحصول على موافقتهم؛ لا يُسمح بفرض الرقود الإجباري في المستشفى أو المصحّة النفسية على القاصرة/البالغ/ة من العمر 15 سنة حتى وإن طلب والداه/والداها ذلك، ما عدا في حال توفرّ مصادقة من قبل اللجنة النفسية. إضافة إلى ذلك، يمكن رقود القاصرة/البالغ/ة من العمر 15 سنة في مصحّة نفسية بناءً على طلبه/ها، وذلك حتى في حال عدم موافقة أهله/ها. في السنوات الأخيرة، نشرت وسائل الإعلام الكثير من الحالات لقاصرين رفضوا الحصول على العلاج الطبي، وقد كانت الوفاة إحدى نتائج هذا الرفض. في سنة 2005، سُنّ قانون المريض المحتضر، والذي يسري على كل مريض فوق سن 17 سنة، وينص على ضرورة أخذ رأي القاصرة/ة في الاعتبار وإن كان/ت دون هذا السن.

يجري الاعتراف بحقوق القاصرين/القاصرات على أجسادهم وعلى حياتهم وعلى أقدارهم بشكل بطيء في العالم الغربي، لذا فإن خفض السن القانونية يساعدهم في اتخاذ مثل هذه القرارات. طرحت في إسرائيل أيضاً بعض اقتراحات لقوانين تدعو إلى الاعتراف بالأهلية

القانونية للقاصرين من أجيال مختلفة والحق بالقيام بأعمال معينة،
و/أو فحص قدرات القاصرة على التعبير عن موقفه/ها إزاء مصيره/ها
حسب نضجه/نضجها النفسي والفردى.

جهاز الصحة في إسرائيل جهاز يكيل بمكيالين- الطب العام والطب الخاص

"كان عمري 24 سنة وكنت في حاجة ماسة لإجراء عملية لإنقاذ بصري.
شرح لي طبيبي المعالج، وهو إنسان رائع ويعتبر من أفضل الأطباء في
مجال تخصصه، أنني إذا كنت أرغب في أن يجري لي العملية بنفسه،
يتوجب علي أن أسجل للعملية من خلال الخدمة الطبية الخاصة.
إذا لم أفعل ذلك، فبإمكان أي طبيب آخر في القسم، أو حتى أحد
المتدربين أن يجري لي العملية. لم يكن أمامي أي خيار آخر! أردت أن
أنقذ عيني."

كثيرا ما يواجه الأطباء/الطبيبات خلال مزاوتهم لعملهم الطبي اليومي
الصراع بين مصلحة المعالجين/المعالجات وبين مصلحة طرف ثالث؛
وغالباً ما يكون الطرف الثالث هو المُشغّل لهم، أي صناديق المرضى،
المستشفى أو شركة التأمين. قد يرى الأطباء/الطبيبات أن هذه الالتزامات
المتوازية، سواء كانت مخفية أو "مرموزة"، تمس عادةً بولائهم تجاه
المعالجين/المعالجات من قبلهم. أسباب هذه الصراعات مختلفة. ينطوي
بعضها على قضايا تتعلق بحقوق الإنسان، وبعضها اقتصادي بحت (كما
هو في حالة الأطباء/الطبيبات العاملين/ العاملات في شركات التأمين)،
أما بعضها الآخر فينبع من شح الموارد المادية أو غيرها لدى المعالجين/
المعالجات أنفسهم/أنفسهن في ما يخص تكلفة العلاج.

نضرب عدداً من الأمثلة حول تضارب المصالح (أو ازدواجية الولاء) أو
"الكيل بمكيالين":

- محفّزات من الجهاز الطبي، سواء مادية أو غيرها (مثل الترقية)
مقابل العمل على التوفير في التكاليف على حساب تقديم العلاج
الأفضل للمريض/ة.
- العمل في أجهزة تنظر إلى المعالج/ة على أنه/ها جهة معادية،

يجب أن نخشى منها وأن نشكك بمصداقيتها مثل مصلحة السجون، مستشفيات الصحة النفسية ومصحات الأمراض العقلية وغيرها.

- تضارب بين مصالح خاصة - مثل الرغبة في تحويل المعالج/ة إلى عيادة الطبيب الخاصة وعدم معالجته/ها في إطار الطب العام.
- ضغط من شركات الأدوية لتقديم دوائها/علاجها للمعالج/ة.

كيف نتخذ قرارات واعية ومدروسة في ما يخص منح الموافقة الواعية على العلاج؟

• السرية الطبية

من حقنا، كمتلقيات للعلاج، أن تبقى المعلومات الخاصة بنا بيننا وبين المعالج/ة، وألا تُحوّل إلى طرف آخر إلا إذا أعطينا موافقة واضحة على ذلك. بناء عليه، يحق لكل واحدة منّا أن تطلب البقاء مع طبيبها لوحدهما في غرفة الفحص، وأن تطلب من طلاب/طالبات الطب أو من أي شخص آخر باستثناء المعالج/ة مغادرة الغرفة أثناء الحديث مع الطبيب/ة وأثناء الفحص. من واجب الطبيب/ة المعالج/ة ألا يكشف/تكشف المعلومات الطبية الشخصية الخاصة بنا، وألا يكشفنا/تكشفنا وألا يستخدم/تستخدم المعلومات من غير موافقتنا الصريحة والواضحة. إضافة إلى ذلك، من حقنا الحصول على نسخة من الملف الطبي عندما نحتاجه من أجل الحصول على رأي طبي آخر، رفع دعوى قضائية أو لأي غرض آخر³.

من الصعب جداً التمسك بمبدأ السرية الطبية داخل السجون والمحافظة عليه، إذ أن مصالح السجون تحتاج أحياناً إلى الحصول على معلومات حول الوضع الطبي للسجينة. مثلاً، في حالة السجينة المريضة التي تحتاج إلى الرقود في المستشفى أو السجينة المصابة بمرضٍ مُعدٍ يستوجب عزلها عن سائر السجينات حمايةً لهن. مع ذلك، فإن هذه الحالات هي حالات استثنائية ويجب تسليم هذه المعلومات لمن هو/هي بحاجة إليها فقط! على جميع الضالعين/الضالعات بالأمر العمل على ضمان عدم تعميم المعلومات السرية،

3. على الرغم مما ورد أعلاه، يكون واجب الحفاظ على السرية الطبية متحفّظاً، بخصوص القاصرين / القاصرات، الأشخاص/ النساء الذين اللواتي لا يعتبرون/ يعتبرن أصحاب / صاحبات أهلية قانونية أو محميين/ محميات.

وفي تناول جميع أفراد طاقم السجن والسجينات. يجب أن يعمل/تعمل الطبيبة/ة كل ما في وسعه/ا لتوفير مكان مناسب لإجراء الفحوص الطبية والحفاظ قدر الإمكان على السرية الطبيّة.

• مصادر المعلومات الطبيّة

من أجل تحصيل حقنا في الموافقة الواعية، نحتاج لمعلومات دقيقة عن أجسامنا وعن الخدمات الصحية المتوفرة. أولاً، علينا أن نصغي لأجسامنا وأن نثق في ما تقوله لنا. إن التغيرات التي تحدث لدينا أو لدى الآخرين القريبين/القريبات منّا غالباً ما تكون هي أيضاً العلامات الأولى والأكثر أهمية لرصد المرض. على الأغلب فإنّ المعالجين/المعالجات سيعرفون الكثير عنّا أكثر مما نخبرهم/نخبرهن به، حتى وإن بدأ أحياناً أنهم لا يقدرّون معرفتنا. يمكن لأقربائنا، أصدقائنا وزملائنا مساعدتنا في الإشارة إلى التغيرات في المظهر والتصرفات والتي قد تكون علامة أولية للمرض.

إن الأطباء/الطبيبات، المعالجين/المعالجات وكل من يزود بالخدمات الطبيّة هم مصدر هام للمعلومات. مع ذلك، هناك حدود لما يستطيعون أو لما هم مستعدون لتزويدنا به. قد تكون المعلومات التي نحصل عليها من الأطباء/الطبيبات أو من معالجين/معالجات محدودة جداً بسبب:

- قصر الوقت المستثمر لتشخيص المريضا/المرضى وتعليمهم/تعليمهن.
- عدم الثقة بقدرتنا على فهم معلومات معقدة أو استخدامها.
- محفّزات تُعطى من أجل عدم التوصية بعلاج معين، إذا كان يكلف صندوق المرضى الكثير من المال.
- الضغط من جانب مندوبي/مندوبات شركات الأدوية للترويج لأدوية معينة.
- التمييز الجنسوي (النوع الاجتماعي)، العنصرية، الخوف وآراء مسبقة عن المراكز والأصل.
- عدم مواكبة المستجدات في الأبحاث الأخيرة والإطلاع عليها، أو عدم القدرة على تقييم هذه الأبحاث.

- قلة المعرفة بمواضيع الوقاية والمنع، العلاج الذاتي، إجراءات أقل اجتياحية، بدائل غير طبية وطرق العلاج الشمولية التقليدية.
- الرغبة في أن نبذو "واثقين/واثقات ومصداقيين/مصداقيات، مما قد يخلق عدم رغبة في الاعتراف بعدم اليقين أو بالخلافات المهنية.

علينا أن نتوجّه لأطبائنا/طبيباتنا للحصول على المشورة والمعلومات التي في حوزتهم، لكن في نفس الوقت من المفضل الاستعانة بمصادر أخرى. من غير المعقول أن يعرف شخص واحد أو مؤسسة واحدة كل المعلومات المتوفرة حول المرض الذي نعاني منه، أو عن الحالة الطبية التي نعاني منها.

نستمد معلوماتنا عن الصحة من مصادر مختلفة: كتب، مجلات، صحف، تلفزيون وإنترنت. غالباً ما لا تكون المشكلة مشكلة نقص في المعلومات لأن المعلومات عن الصحة متوفرة وبكثرة، إنما المشكلة هي مشكلة الحصول على معلومات جيدة. بعض المصادر لا تقدم دائماً معلومات دقيقة أو توصيات معتمدة على البحث المهني، الذي يستخدم مقاييس علمية من أجل تقييم العلاج الطبي. بما أنه ليست جميع المعلومات صادقة وتتمتع بمصداقية عالية، علينا أن نفحص ما إذا كانت مصادرنا دقيقة وغير منحازة. تصف المعلومات الجيدة طرقاً وسبلاً مدعومة بالبحث والتي تستخدم مقاييس علمية من أجل قياس العلاج الطبي ومعلومات غير متحيزة تجارياً (أقرؤوا المزيد عن هذا الموضوع في "أمراض خاصة بالنساء" في موقع الانترنت التابع لنا www.wtb.org.il).

مجموعات دعم، علاج ومساعدة ذاتية

تعتبر مجموعات الدعم مصدرًا جيدًا للمعلومات. أجريت الكثير من الأبحاث حول موضوع الفائدة الصحية، الجسدية والنفسية من مجموعات الدعم⁴. تنتشر في البلاد المئات من مجموعات الدعم لمرضى/ مريضات بأمراض معينة. تلتقي العضوات في تلك المجموعات، أحياناً يتم ذلك بمرافقة مهنيين/ مهنيات ويستعنّ ببعضهن البعض في التخفيف

4. للتوسع، بإمكانكم تصفح قائمة الأبحاث:

<http://construct.haifa.ac.il/~azy/refsupp.htm>

عن أنفسهن في مواجهة المرض من خلال الدعم النفسي والمشاركة بالمعلومات الحيوية والحديثة. كما أن هناك مجموعات دعم أيضًا لأفراد عائلات المرضى/المريضات الذين/اللواتي يحتاجون/يحتجن للدعم النفسي. تمنح هذه المجموعات للنساء فرصة لمخاطبة نساء أخريات في مثل وضعهن، لتبادل الأفكار، التخلص من الشعور بالوحدة، التعلم من تجربة الأخريات ومساعدتهن أيضًا.

ينشط العديد من مجموعات الدعم الفوري التي تخفف عن المريضات اللواتي يواجهن صعوبة في التنقل من مكان إلى آخر وتزودهن بمعلومات كثيرة. يمكننا أن نجد من خلال بحث بسيط عبر شبكة الانترنت مجموعات دعم لكل مرض، حالة نفسية أو حالة طبية، بمجرد نقر الكلمات: مجموعة دعم، وطباعة اسم المرض. على سبيل المثال، البحث عن الكلمات: "مجموعات دعم" و "مرض الصرع".

هناك صناديق مرضى، منظمات مرضى ومستشفيات تقدم مجموعات أو دروسًا في شتى المواضيع الصحية. تركز هذه المجموعات على العلاج الذاتي وعلى النشاطات التي يمكننا القيام بها بأنفسنا من أجل التعامل مع العلاج ومع الأطباء/الطبيبات معًا. أحيانًا قد تعرض المشاركة في مجموعات الدعم من قبل منظمات صحية تطوعية مثل جمعية مكافحة السرطان. إذا لم توجد المجموعة التي نبحث عنها في مكان سكننا، يمكننا البحث وتكوين مجموعة خاصة بنا (للمزيد من الأفكار، تصفحوا الفصل التنظيم من أجل التغيير).

كيف نقيم المعلومات على شبكة الانترنت عن الصحة؟

قد يكون الانترنت موردًا مهمًا جدًا لجميع الباحثات عن معلومات وعن الدعم في المواضيع المتعلقة بالصحة. تستطيع النساء اللواتي يبدأن مرحلة سن الأمان، ومن خلال استخدام كمبيوتر موصول بالانترنت أن يحصلن على معلومات عن سبل المساعدة الذاتية، كما تستطيع النساء المثليات الحوامل أن يتحدثن عن الأمومة وعن الأبوة مع نساء مثليات مثلهن، ومن خلال الانترنت أيضًا تستطيع النساء اللواتي يعتشن على مخصصات التأمين الوطني أن يعثرن على منظمات يمكنها تقديم الدعم

لهن، وتستطيع النساء اللواتي تعانين من أمراض القلب أن يعرفن المزيد عن العلاجات الطبية الحديثة لمرضهن.

هناك كمّ هائل من المعلومات المتوفرة على الانترنت وجودتها متفاوتة أيضًا. عندما نقوم بزيارة موقع ما على شبكة الانترنت، علينا أن نأخذ في الاعتبار مصدر المعلومات وأن نتفحص بنظرة ناقدة، وثاقبة المواد الموجودة فيه. يمكن لأي شخص منّا أن يبني موقعًا على شبكة الانترنت وأن يزوّده بالمواد التي يريدها. هناك مواقع تسعى إلى الترويج لأدوية مشبوهة، تقليدية كانت أم بديلة، وتهدف مواقع أخرى على شبكة الانترنت لبيع المنتجات المختلفة، وهناك أيضًا مواقع (وأبحاث أيضًا) ممولة من قبل شركات للأدوية، محافل وحلقات مهنية، أصحاب الشأن وناشرون آخرون. يصعبُ علينا، أحيانًا، الفصل وغرلة المعلومات المشبوهة أو المضلّة وأخذ المعلومات الدقيقة والصحيحة. في ما يلي مجموعة من الأسئلة التي علينا أن نسألها لأنفسنا، لكي نقيّم جودة المعلومات المتعلقة بالصحة على الانترنت بشكل أفضل.

من الذي بنى الموقع ومن الذي يقوم بصيانته؟ يمكن بسهولة معرفة من المسؤول/ة عن موقع جيد متعلق بشؤون الصحة وعن المضامين المطروحة من خلاله. يمكن فحص جودة الموقع من خلال النظر إلى الـ (URL) الخاص بالموقع (حيث يوجد السطر الذي يظهر فيه العنوان في الجزء العلوي من الشاشة). عادة ما يكون الإسم، أو الأحرف الأولى من اسم المنظمة، جزءًا من الـ (URL). الخاتمة المكوّنة من حرفين أو ثلاثة حروف تشير إلى طبيعة الموقع. الخواتيم الشائعة للمؤسسات التربوية والتعليمية مثل الجامعات هي "ac"، "edu"، الخاتمة "org" شائعة في المؤسسات التي لا تعمل بهدف الربح، "gov" للمؤسسات الحكومية، و-"com" للشركات التجارية. كما تشير الخاتمة أيضًا إلى هوية الموقع. مثلا، "il" تدل على أن الموقع إسرائيلي، و "uk" تشير إلى أن الموقع بريطاني. على سبيل المثال يمكن أن نفهم من العنوان: <http://www.health.gov.il>، أننا نتصفح موقعًا إسرائيليًا (il)، تأسس على يد مؤسسة إسرائيلية (gov)، تُعنى بموضوع الصحة (health). للعثور على المزيد من المعلومات عن مدراء الموقع، يمكننا البحث عن رابط يسمى "من نحن" أو "نبذة عن..". في حال عدم توفر معلومات حول من يملك

الموقع أو من هو مطوّر/ة المضامين، علينا أن نتوخى الحذر في ما يتعلّق باختيارنا الاعتماد على المعلومات التي يكون مصدرها من هذا الموقع. صحيح أن تصفح الإنترنت بشكل حر يحتاج إلى معرفة أساسية مسبقة باللغة الإنجليزية. مع ذلك، تستطيع النساء اللواتي لا يُجِدْنَ الإنجليزية، أو حتى العبرية، العثور على معلومات بلغتهن، لأن المعلومات المعروضة في صفحات الإنترنت متوفرة تقريباً في كل اللغات.

ما هو مصدر تمويل الموقع؟ صيانة أي موقع مكلفة مادية. ومع أن بعض المواقع التي تقدم معلومات عن الصحة هي ثمرة أيديولوجيا ورغبة في مساعدة الشخص الموجود في ضائقة، فإن لغالبية تلك المواقع مصادر تمويل خارجية من المفروض أن تعرض بشكل واضح من خلال الموقع. يجب فحص كيفية تمويل الموقع: هل ينشر وبرّج لأدوية، مُنتجات أو خدمات؟ هل يعرض بيعها من خلال الموقع؟ هل الموقع مُموّل من قبل شركات أدوية؟ هل هو مُموّل من خلال الهيئات أو التبرعات؟ قد يؤثر مصدر التمويل على المضامين المطروحة، على طريقة عرضها وعلى دوافع أصحاب المواقع. على سبيل المثال، عادة ما تسعى المعلومات الممولة من قبل شركة أدوية إلى التقليل من قيمة التوجهات العلاجية البديلة أو حتى التغاضي عنها، لا يعرض الأدوية البديلة التي تطرحها الشركات الأخرى وما شابه. جدير بنا أن نحاول فهم ما إذا كان لكاتب/ة أو صاحب/ة الموقع أي مصلحة مادية أو غيرها في الربح من خلال تفضيل وجهة نظر بحث ما، علاج أو دواء معين على حساب أدوية أخرى.

من هو كاتب/ة المادة التي نقرأها؟ يجب على مؤلّفي/مؤلفات أي مضمون التعريف بأنفسهم/ن بوضوح، وفي بعض الأحيان، يتمّ جمع المعلومات المنشورة من مواقع أخرى أو من مصادر مختلفة غير مباشرة وفورية. إذا لم ينتج كتاب الموقع أو المسؤولون عنه المادة بأنفسهم، عليهم الإشارة بشكل واضح إلى المصادر التي استقوا منها تلك المعلومات.

ما هو أساس المعلومات الموجودة في الموقع؟ بالإضافة إلى ذكر مصدر المعلومات التي نقرأها، يجب أن تكون الأدلة التي تستند إليها المعلومات جزءاً من المعلومات التي يقدمها الموقع. يجب الإشارة إلى مراجع ومصادر الوقائع والأرقام العلمية، وتصنيف الآراء أو النصائح على أنها كذلك وأن يتم فصلها عن المعلومات التي تستند إلى وقائع (أي تستند على نتائج بحث).

ما هي المادة المكتوبة أو المادة التي جُمعت؟ يجب أن تشتمل أية معلومات ومضامين على تاريخ، بحيث نعرف متى كُتبت المادة، متى نُشرت، متى تم تدقيقها آخر مرة ومتى تمّ تحديثها.

هل تبدو المعلومات جيدة لدرجة يصعب تصديقها؟ علينا أن نحذر من أدوية تصنع العجائب لأمراض يصعب الشفاء منها، وأن نشكك بالمواقع التي تنسب لنفسها منزلة صاحبة الحق الحصري لمصدر معلومات في موضوع ما، أو المواقع التي تستهين بأبحاث أخرى، بوسائل علاج أخرى أو بأدوية أخرى.

هل يطالبنا الموقع أن نعطي تفاصيلنا الشخصية؟ إذا كان الجواب نعم، فمن المهم أن نقرأ تصريح الخصوصية من أجل التأكد من أن تفاصيلنا الشخصية لن تُنقل إلى جهات أخرى دون موافقتنا.

هل توجد وسيلة للاتصال بمدراء/مديرات الموقع؟ من المفروض أن تكون في المواقع المنظمة وسيلة تمكننا من الاتصال مع مشغلي/مشغلات الموقع للحصول على الرد على المشاكل والأسئلة، ومن المفروض أن يكون هناك شخص يردّ على أسئلتنا خلال مدة زمنية معقولة. إذا اشتمل الموقع على غرف للدردشة أو على منتديات، فعلى الموقع ان يوفر لنا نحن كمستخدمات شرحاً وافياً حول شروط الاستخدام. من المفضل أن نفحص ما إذا كانت هناك مراقبة على الموقع وعلى محتوياته ويجب أن تكون هناك إمكانية لمعرفة من هو المشرف/ة عليه.

هل يتم الحفاظ على خصوصية المعلومات التي نقدمها من خلال الانترنت؟ المعلومات الشخصية التي نكتبها عن أنفسنا غير محمية من الاستخدام من قبل متصفحين آخرين. لذلك، من المفضل تمويه تفاصيلنا الشخصية غير الضرورية من أجل الحصول على المعلومات.

علاقة الطبيب/ة والمرضى/ة

"في طفولتي، كانت إحدى المهام الملقاة عليّ، هي أن أرافق جدتي رحمها الله إلى صندوق المرضى. كنا ننتظر في السرداب، أنا وجدتي التي كانت تحمل في يدها كيساً من النايلون فيه كل

الأدوية، ومنتظر إلى أن ينادي الطبيب علينا. كُنَّا ندخل إليه يَتملكنا الخوف. جدتي لا تتحدث بشيء أمام الطبيب إنما اعتادت أن تُلقِي بجميع الأدوية ومغلفاتها أمامه على الطاولة. وأنا كنت أتحدث بالنيابة عنها وأخبر الطبيب/ة أنها تشعر بسوء واصمةً له ما تشعر به جدتي. عادة ما كان الطبيب يسجل لها وصفة دواء وِنغادر نحن الاثنان غرَفته وأرجلنا تسابق الريح. حيث أنه عادة ما كان يوبِّخ جدتي لأنها لم تفعل ما طلب منها، لأنها تتناول الأدوية حسب مزاجها ولا تلتزم بالمواعيد والخ".

"لقد تجرع جدي وجدتي يومياً أدوية كثيرة لم يكن لهما علم بها. في مرحلة معينة، وصفوا لجدي أيضا أدوية ضد الاكتئاب، وهو لم يكن يعرف في كل الأحوال ماذا يتناول. أنا أيضا، مثلي مثل الكثيرين، تربيت على أن الطبيب هو ملكوت السماء على الأرض. ممنوع طرح أسئلة أكثر من اللزوم، علينا أن لا نهدر له وقته الثمين".

ليست العلاقة بين الطبيب/ة والمعالج/ة متكافئة أساساً. الطبيب/ة سليم/ة، يملك الخبرة والصلاحية والمعالج/ة مريض/ة، أحياناً يتألم/ تتألم، معلوماته/معلوماتها ضئيلة أو جزئية، أو مرهونة بالمعلومات التي يعرفها/تعرفها الطبيب/ة. يزداد عدم المساواة وتتسع الفجوات في موازين القوى بسبب المفاهيم الاجتماعية والثقافية التي تشمل أيضا الفروق في الجنوسة (الجندر)، الأصل، المكانة والثقافة، والقومية.

تزداد الاختلافات والفروق غير المتساوية في علاقات القوة بين الطبيب/ة والمریضة، فالمریضة هي في مكانة أدنى في حال كانت مهاجرة غير شرعية، دخيلة على الثقافة وتتكلم لغة غريبة عن اللغة المتداولة، امرأة تعاني من عجز بدني، عقلي أو نفسي، مريضة بالإيدز/ HIV، امرأة متقدمة في السن وغير ذلك. أحياناً نتحدث مع الطبيب ونحن مستقلقيات، عاريات، وهو واقفٌ يُطل علينا من علٍ بأحسن حُلته وهندامه: أحياناً نكون وحدنا وهو مدعوم بفريق من المتدربين، الممرضات والزملاء. قد يبدو هذا الوضع أحياناً مفهوماً ضمناً، لكن هذا أمر مغلوط وقابل للتعديل. تزيد هذه الفجوات من عدم المساواة، تعزز من علاقات القوة وتصعب من قدرتنا على التحدث بمصطلحات الموافقة الواعية أو الحقوق والواجبات.

من ناحية أخرى، قد نشعر أحياناً بأن الطبيب/الطبيبة عدو/ة أو مُعادٍ/ مُعادية لنا لأنه/لأنها يمثل/تمثل المؤسسة في نظرنا. غير أن الصورة ليست بهذه البساطة. يرزح الأطباء/الطبيبات في إسرائيل تحت عبء الكثير من الضغوط مثل: عدم وصف أدوية مكلفة في حال توفر بديل أرخص، حتى وإن كان الدواء الأرخص أعراض جانبية؛ عدم القدرة على تحويل المرضى لإجراء فحوص مكلفة دون مصادقة الأطباء/الطبيبات اللوائيين الذين تحكمهم اعتبارات نظامية مختلفة أساسها النجاعة والتوفير، والذين لم يلتقوا بالمريضة أصلاً. يُضطر الأطباء/الطبيبات في صناديق المرضى أن يستقبلوا عدداً كبيراً جداً من المعالجين والمعالجات خلال وقت وجيز، وذلك كي يستطيعوا كسب رزقهم وهذا ناتج عن طريقة حساب معاشهم، يعمل الأطباء/الطبيبات الذين يشتغلون في المستشفيات في العيادات الخاصة، لأن أجورهم في جهاز الصحة العام متدنية، لا تعبر عن الخبرة التي اكتسبوها، عن الزمن والجهد الذي استثمروه في الدراسة والتدريب والعمل اليومي المضمني، المسؤول والخطر. الأطباء/الطبيبات هم أيضاً، وإلى حد ما، ضحايا البنية الحالية لجهاز الصحة في إسرائيل.

تكون الزيارات للطبيب/الطبيبة في معظم أجهزة الصحة محدودة بالوقت. هذا الوضع لا يتيح لنا التحدث الى الطبيب/ة في الكثير من المواضيع، والتوصل الى الحل المثالي. في استطاعتنا التأثير على طبيعة الزيارات لدى الأطباء/الطبيبات وتحسينها من خلال اصطحاب قريب/ة لنا أو صديق/ة في الزيارة للطبيب/ة على سبيل المثال. علينا ألا ندع ردود الفعل السلبية من جانب الطبيب/ة تمنعنا من الحصول على الرد على استفساراتنا. إذا لم يزودنا الطبيب/ة بالرد على مشكلتنا أو غير تصرفه في أعقاب إصرارنا، فمن المحبذ أن نحاول اللجوء الى طبيب آخر/ طبيبة أخرى.

طبيب أم طبيبة؟

"لا أطيق أطباء النساء فهم شيء فظيع في نظري... أسلوب التعامل الذكوري في الفحص - حتى الأدوات مصممة بشكل ذكوري. على الطبيبات أن ينتظمن وأن يعملن بطريقة نسوية أكثر".

كثيرات منّا يشعرن بالراحة لدى فحصهن من قبل طبيبة، وأخريات أثناء الفحص على يد طبيب. من المهم أن نتذكر أننا نستطيع أن نؤثر على

اختيار جنس الأطباء/الطبيبات الذين يعالجوننا. إن توفر مجموعة واسعة من الأطباء والطبيبات الذين يعملون في مجالات مختلفة، يمنحنا فرصة اختيار الطبيب/ة الأنسب لنا. لهذا الغرض علينا أن نفحص مسبقاً من هو الطبيب/ة الذي يعالجنا، وأن نطلب استبداله/استبدالها إذا لم نشعر بالراحة معه/ا.

"أكبر صدمة بالنسبة لي كانت التقطيب. لم أحمّن بأبيدورال. دخلت الطبيبة وقالت "حسناً هيا نقطبك". "افتحي رجلك!" حققتني بحقنة تخدير لكنها لم تؤثر عليّ. تألمت كثيراً وقلت لها أن هذا يؤلمني. عندها قالت لي: "مستحيل أن يؤلمك، حققتك بحقنة تخدير"، وهكذا استمر الجدل بيننا وفي مرحلة معينة تحوّل إلى صراع جسدي، أنا أغلق رجليّ وهي تفتحهما بالقوة! تفتح قدميّ بيد وتقطبني باليد الأخرى وهي تصرخ عليّ: "إنك لا تساعديني، لا تساعديني". كانت لحظات فظيعة. كنت لوحدي في تلك المرحلة. ذهب زوجي مع الرضيع إلى غرفة المواليد. كان على صديقتي الذهاب إلى ماتم واختقت فجأة من أمامي. كان الأمر فظيعةً حقاً ومجرد التفكير في أن امرأة تفعل هذا بامرأة، هو أمر لا يتصوره العقل!"

علينا أن نستفيد أكثر ما يمكن من زيارتنا لدى الأطباء/الطبيبات، كيف؟

النساء اللواتي يشاركن في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج، يكنّ أكثر سعادة ويحصلن على نتائج أفضل. هناك بعض الأمور التي نستطيع القيام بها، لكي نحاول أن نضمن حصولنا على ما نحتاج وعلى ما نستحق أن نحصل عليه. في ما يلي بعض الأمثلة لأنواع من الانخراط في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة:

- أن نطلب معلومات خطية عن العيادة - يجب أن تشمل هذه المعلومات ساعات دوام العيادة، بما في ذلك في ساعات المساء ونهاية الأسبوع؛ ماذا نفعل في حالات الطوارئ وأرقام الهواتف لتحديد أدوار ومواعيد زيارة، للحصول على وصفات وتحويلات.

- أن نذهب لزيارة العيادة برفقة شخص نثق به- يساعدنا وجود شخص آخر يسمع ويرى ويوثق ما يحصل في هذه الزيارات.
- علينا أن نحفظ بكل الأوراق والمعلومات الطبية الخاصة بنا بشكل مرتب، وأن نحضرها معنا للزيارات – لا يستطيع الطبيب/الطبيبة أن يتذكر دائماً تفاصيل حالة كل واحد منا. إذا أمكن، يفضل أن نفتش عن معلومات ذات صلة قبل موعد الزيارة وأن نتحدث عنها مع من يعالجنا/تعالجنا.
- علينا أن نحضر معنا الأدوية، المستحضرات العشبية والأدوية، غير الموصوفة من قبل الطبيب، والتي نتناولها – بهذه الطريقة نضمن عدم حصولنا على نفس الأدوية مرتين أو على أدوية يمكن أن تسبب تفاعلات مع أدوية أخرى. من المفضل أن نطلب من الطبيب/ة أن يكتب لنا كيف نتناول الأدوية الجديدة أو أن يسجل أي تغيرات محتملة في الأدوية التي نتناولها. إذا كنا نتناول حبوب منع الحمل علينا أن نشير إليها كدواء نتناوله بشكل ثابت.
- علينا أن نسجل ما يقوله/تقوله الطبيب/ة لنا – أحياناً تكون المعلومات كثيرة جداً بحيث يبدو لنا للوهلة الأولى أننا نتذكر كل شيء، ولكن بعدها بساعة ومع سيل المعلومات الكثير، من الصعب أن نتذكر كل شيء فعلاً. إذا سجلنا كل شيء، فإن هذا سيوفر علينا مكالمات واتصالات هاتفية بهدف الاستفسار أو حتى زيارات متكررة نحن في غنى عنها.
- علينا أن نطلب من الطبيب/ة شرح وتوضيح كل ما لا نفهمه وبشكل مبسط وبلغتنا أو بمساعدة من خلال مترجمة. هذا حقنا في تجسيد منالية المعلومات – إذا كانت هناك حاجة، يمكننا أن نطلب صوراً أو رسوماً إيضاحية تشرح وضعنا الصحي. علينا أن نطلب تقريراً مكتوباً يستعرض برنامج العلاج بالتفصيل أيضاً لكي نوثق فيه كل ما نفعله، في حال احتجنا إلى رأي طبي آخر لاحقاً.
- إذا لم تكن الحالة طارئة، من المفضل أن نطلب من الطبيب/ة دراسة الخيارات البديلة للعلاج المعروضة والبحث عن معلومات حولها.
- علينا أن نحضر أسئلتنا وأن نتأكد من حصولنا على إجابات عليها.

علينا ان نأخذ في الاعتبار أن وقت الطبيب محدود، لذا من المفضل أن نبدأ بالأسئلة المهمة.

- إذا احتجنا لوقت أطول في الزيارة يفضل أن نعيّن موعدًا آخرًا. كما نستطيع أن نطلب من البداية أن تكون الزيارة طويلة. إذا احتجنا إلى فحوص، من المهم جدا التأكد من حصولنا على النتائج، الإيضاحات والتفسيرات لكل نتيجة شاذة وغريبة، وعلى توصيات لاستكمال ومتابعة العلاج. يحبذ أن نطلب نسخة مطبوعة من النتائج، والتي من الممكن أن تكون مفيدة من أجل الحصول على وجهة نظر أخرى مستقبلاً. بما أن بعض الأطباء لا يتصلون بالمرضى إذا كانت نتائج الفحوصات سليمة، من المهم أن نتذكر نحن أن نتصل بهم، وأن نطلب إرسال النتائج إلينا، إذا لم نحصل عليها خلال مدة زمنية معقولة وهذا حسب مدى ضرورة الفحص والاستعجال به (هناك إمكانية للحصول على النتائج من خلال الانترنت. لهذا علينا التزود برمز دخول-code، ويمكننا الحصول عليه من العيادة التي نتبع لها). إضافة إلى ذلك، من المفضل أن نسأل الطبيب/ة كم من الوقت علينا الانتظار للحصول على نتائج الفحص.

نظام الشكاوى في جهاز الصحة في إسرائيل

قد نفضّل في الكثير من الحالات، ألا نتقدم بشكوى عن العلاج غير الموفّق أو غير المرضي الذي حصلنا عليه. قد نفعل ذلك لأسباب منها الخوف من أننا إذا اشتكيننا، قد يسوء العلاج الذي حصل عليه أكثر فأكثر أو قد يصبح تعامل الطبيب/ة معنا أسوأ. مع ذلك، نستطيع من خلال التعبير عن مخاوفنا أن نحسّن فقط العلاج الذي سنتلقاه وإنما أيضًا إحساسنا، وربما نستطيع أيضًا أن نمنع أي مساس بمعالجات أخريات في المستقبل. في الإمكان التخفيف من المصاعب التي قد تظهر خلال إجراءات تقديم الشكوى ومن أي لقاء محتمل بيننا وبين الطبيب/ة الذي/التي نتقدم بالشكوى ضده/ها، من خلال التوجه إلى جمعيات أو جهات تعنى بعملية تقديم الشكوى أو من خلال التكاتف والانضمام إلى مريضات أخريات من أجل تقديم شكوى جماعية.

في حال المساس بحقوقنا كمريضات هناك عدّة جهات يمكننا التوجه إليها تحت مظلة قانون التأمين الصحي الإلزامي:

- في الإمكان التوجّه إلى صندوق المرضى نفسه من خلال كتابة رسالة للسكرتارية الطبية أو للطبيب/ة اللوائي/ة.
- قسم توجهات الجمهور في صناديق المرضى - يلزم القانون صناديق المرضى بتعيين مسؤول لفحص الشكاوى المرفوعة من قبل الأعضاء، ويُفترض به الإشارة إلى أي خلل أو عيب يتم الكشف عنه، وأن يرفع توصياته بالنسبة لإصلاحها. يعمل في صناديق المرضى الأربعة مسؤولون عن شكاوى الجمهور.
- مفوضية قانون التأمين الصحي الإلزامي - أنظروا الشرح المفصّل في ما يلي:
- مفوض الشكاوى في وزارة الصحة - يمكن لأي مؤمنة رفع شكاوها إليه ضد صندوق المرضى وضد مُقدّمي خدمات آخرين.
- مسؤولون/ مسؤولات عن توجهات الجمهور في المستشفيات، مؤسسات التمريض والرعاية وغيرها.
- قسم توجهات وشكاوى الجمهور في وزارة الصحة - يعالج التوجّهات غير المتعلقة بقانون التأمين الصحي الإلزامي (مثلا حالات علاج الأسنان).
- إضافة إلى ذلك، تستطيع كل مواطنة تعرضت لأضرار بسبب علاج غير سليم التوجّه إلى محكمة العمل القطرية من خلال رفع دعوى بشأن الحقوق التي تدّعي بأنها تستحقها بموجب قانون التأمين الصحي الإلزامي وليس المقصود بدعوى ضرر.
- إضافة إلى الرّد الشخصي على توجهات المؤمنين/ المؤمنات، فإن لهذه الجهات أهمية كبرى أخرى وهي قدرتها على التعرف على العيوب والتقصيرات النظامية والممنهجة، وعلى مشاكل أساسية في جهاز الصحة، وتطبيق قانون التأمين الصحي الإلزامي. للأسف، لا ينشر المسؤولون عن توجهات الجمهور في صناديق المرضى وفي مؤسسات أخرى نشاطاتهم

ونتائج دراساتهم لشكاوى المؤمنين/المؤمنات. ذلك لأن التقرير السنوي بشأن عمل المسؤولين عن شكاوى الجمهور في صناديق المرضى على سبيل المثال، هو تقرير داخلي وليس مفتوحاً أمام الجمهور.

من بين الجهات المختلفة المسؤولة عن معالجة شكاوى الجمهور، تميّز مؤسسة المفوضية لقانون التأمين الصحي الإلزامي:

يرسّخ القانون مفوضية الشكاوى كهيئة منفصلة عن مفوضية شكاوى الجمهور في وزارة الصحة، وذلك بسبب تميز وخصوصية قانون التأمين الصحي الإلزامي، وبسبب الحاجة إلى خدمة المؤمنين/المؤمنات والإخلاص المتناهي في ذلك: "لقد تم حسم الجدول التاريخي حول ضرورة تعيين مفوض شكاوى خاص... من خلال عشرات الآلاف من الشكاوى التي تم توجيهها إلى المفوضية، وهي شكاوى تم من خلالها الكشف عن الكثير من النواحي المتعلقة بالخدمات الطبية، ضرورة الإسراع بتقديمها والانعكاسات المصيرية التي ينطوي عليها التأخر في تقديمها أو منعها." (د. كارني - جابوتنسكي روبين، المفوضة السابقة). على سبيل المثال، على مدار 10 سنوات وحتى سنة 2006، عالجت المفوضية 35,500 شكوى و 69,500 ملاحظة في موضوع الانتقال من صندوق إلى آخر، وهي عملية مشروعة ومن المفترض أن تكون سهلة وميسرة حسب القانون. كانت المفوضية حتى فترة ليست بالبعيدة مفوضية تفتقر للصلاحيات لفرض قراراتها. لقد تم تعديل ذلك من خلال تعديل القانون الذي بدأ سريانه في سنة 2006، إذ يعرفّ التعديل واجب صندوق المرضى على العمل خلال 21 يوماً لتطبيق توصيات المفوضية، في حال ثبت أن شكوى المؤمن/ة ضد صندوق المرضى هي شكوى حقيقة ولها ما يبررها.

تنشر مفوضية شكاوى الجمهور في وزارة الصحة تقريراً سنوياً يشمل وصف التوجهات التي رفعت إليها، العيوب والتقصيرات الأساسية التي نجحت بالتعرف عليها وتوصياتها من أجل تغييرها وتحسينها⁵. يتيح التقرير لواعضي/واضعات السياسة التعرف على المشاكل الجذرية في تطبيق قانون التأمين الصحي الإلزامي والعمل على

تحسينها. التقرير مفتوح أمام الجمهور ويضمن الشفافية والقدرة على تقييم المشاكل الموجهة إلى المفوضية، قراراتها وعملها. يستغرق الردّ على

5. تصفح رابط الموقع:

<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat>

المؤمنين/المؤمنات، الذين/اللواتي قدموا/قدّمن شكاوى، وقتاً طويلاً وهذا ما يشير إليه تقرير المفوضية عن السنوات 2004-2005. الأمر متعلق بالدرجة الأولى بتأخر الجهات التي اشتكاها الجمهور للمفوضية في الردّ على توجهات المفوضية لتفسير، توضيح وتبرير الشكاوى ضدها. 38% فقط من الشكاوى التي وجهت إلى المفوضية في سنة 2005، تم الرد عليها من قبل الجهة التي تم اشتكيت. وصل الرد خلال ثلاث شهور على الأقل من اليوم الذي توجهت فيه المفوضية.

للجهات المسؤولة عن توجهات الجمهور دور هام وفاعل في ضمان حقوق المؤمنين/المؤمنات، في الحفاظ على جودة ومستوى العلاج الطبي والخدمة الطبية وفي التعرف على العيوب والتقصيرات والعوائق في جهاز الصحة العام. إن التحديات الأساسية التي تقف أمام هذه الجهات الفاعلة هي تحديات تتعلق بمدى استقلاليتها وقدرتها على الحسم بشكل موضوعي وبناء، قدرتها على توفير الرد في فترة زمنية معقولة للمؤمنين/ المؤمنات ومدى الشفافية الجماهيرية التي تتمتع بها.

الشكاوى مهمة لأنها تشير إلى المشاكل، والتي يمكنها، في حال قمنا بتعديلها وإصلاحها أن تحسّن الخدمة من أجلنا جميعاً. لذا من الضروري جداً أنه في حال عدم رضانا عن نتائج الفحص الطبي، أو إذا تعرضنا لسلوك غير لائق من جانب المعالج/ة، ألا نتردد في تقديم الشكوى. نستطيع أن نسجل الأحداث فور وقوعها وأن نسجل مسوّدّة تصف بوضوح ماذا جرى ومتى. إذا عرف فرد من أفراد العائلة أو صديق/ة بما جرى من مصدر أول، يمكننا أن نطلب منه أن يوثق تسجيلاته فوراً. الأطباء/ الطبيبات المختصين/المختصات منتظمون في منظمات مهنية محددة. لذا، إذا كانت الشكوى ضد مختص مُرخّص ومعتمد، يفضل أن نرسل الشكوى إلى وزارة الصحة ونسّخه أخرى منها إلى التنظيم المهني ذو الصلة. إضافة إلى ذلك، فإن الأطباء في إسرائيل منتظمون في منظمة الهستدروت والتي تعرف باسم "الهستدروت الطبية في إسرائيل". تعمل في الهستدروت الطبية لجنة أخلاقية تبحث انتهاكات القواعد الأخلاقية من قبل أطباء إسرائيليين في مجال خرق واجبات عامة تجاه المريض والتزامات معينة مثل الحفاظ على السرية الطبية وغيرها. بالإمكان تقديم شكوى للجنة ضد أطباء/طبيبات معينين.

في الحالات التي تنطوي على سلوكيات غير لائقة (تحرش جنسي أو غيرها) من جانب المعالج/ة فإن من الضروري جدا التحدث مع محامي/ة أمين ويمكن الوثوق به. بالإمكان أيضًا الاتصال بمنظمات نسائية أو نسوية توفر الدعم والاستشارة القانونية، أو مجموعات دعم نسوية مستقلة. عندما نقدم شكوى ضد مؤسسة تعمل بترخيص من وزارة الصحة (مستشفى، دار مسنين، عيادة والخ)، يمكننا أن نوجه الشكوى إلى مفوض الشكاوي في وزارة الصحة، وأيضا أن نقدم شكوى في الشرطة. كما نستطيع أيضًا أن نرسل رسالة شكوى للأشخاص أو المنظمات التالية: المعالج/ة نفسه/ها، المعالج/ة الذي/التي حولنا/حوّلنا، مديرة/ة او الشخص المسؤول/ة عن العيادة، المستشفى أو أي مؤسسة طبية أخرى، صندوق المرضى الذي ننتمي إليه، أو أي جهة أخرى دفع/ت على الزيارة أو العلاج (مثل شركة تأمين)، مجموعات نسوية محلية، مراكز نساء، مجلات وصحف. من المفضل أحيانا أن نتحدث مع المعالج/ة نفسه/ها حول نيتنا تقديم شكوى ضده/ها ن هذا يسمح للطبيب/ة أن يفسر/تفسر ما جرى وان يحسن/تحسن الوضع.

لطالما كان جسد المرأة، ولا يزال، "ساحة معركة" تتنافس فيها الثوابت والمحظورات الدينية، الثقافية والسياسية وتتناحر، ولطالما كان موضوع التحكم في كشفه أو ستره، على مظهره وعلى وظائفه الجنسية (النوع الاجتماعي) موضع اهتمام المجتمع بأسره. خصوصًا في كل ما يتعلق بالأمومة والولادة، ويعتبر التدخل الاجتماعي والضغط لفرض مفاهيم معيارية مثلًا في حمل النساء، هو الأشد شراسة. إذ أن جسد المرأة الحامل هو مرتعٌ خصب للأسئلة والاستفسارات، والنصائح، كما يصبح بمثابة حق عام يحق لكل عابر سبيل لمسّه ومداعبته. كثيرات منّا يشعُرن بلمسة الأيدي والأنامل الغريبة التي تداعب كرشنا المنتفخ أثناء الحمل، النصائح التي يعُدّقها علينا الغرباء/الغريبات عنّا تمامًا حول ما علينا أن نأكل وما لا نأكل وما شابه. بعد الولادة، تصبح المرأة ووليدها ملكًا للجمهور عامة – الكل يريد أن يلمس، أن يعرف وأن يتفرج على الطفل/ة المولودة/وماذا يلبس/تلبس؟ وإذا كانت الوليدة بنتًا فلماذا يلبسونها ملابس زرقاء؟ هل هي متدثرة جيدًا؟ هل هي مع جوارب أو بدون جوارب؟ لماذا خرجتُما في هذا الجو الحار؟ لماذا وضعته/ها قريبًا من المكيف؟

تُمارَس ضد النساء ضغوط كبيرة في السنوات الأخيرة على سبيل المثال: حثهن على إرضاع الطفل/ة بكل ثمن، وما يكون نصيب النساء اللواتي لا يرضعن سوى الاستنكار والشجب سواء خفية أو جهاراً، ويصبحن محطاً أنظار ترمقهن بانتقاد شديد. حتى وإن لم يكن هناك أي خلاف حول الفوائد الصحية للرضاعة بالنسبة للطفل/ة، علينا أن نتذكر أيضاً بأن الحفاظ على استقلاليتنا في كل ما يتعلق بأجسادنا والحفاظ على صحتنا النفسية هو أمر لا يقل أهمية عن صحة الطفل/ة. بعض الأمهات لا يشعرن بارتياح أثناء الرضاعة، يشعرن بالألم والضييق بسبب الرضاعة أو أنهن ببساطة غير معنيات بالرضاعة لأسباب تخصهن، ويحق لهن أن لا يرضعن دون أن يشعرن بأنهن مضطرات بأن يقدمن تفسيراً أو تبريراً لذلك.

الصحة والطب هما مصطلحان غير علميين، حياديين أو موضوعيين بخلاف الرأي السائد. إنها مواضيع تحمل في طياتها شحنات ثقافية، دينية وإيديولوجية وسياسية. كانت وما زالت أجساد النساء دائماً حلبة طاحنة للصرعات المجتمعية بأسرها ومرتعاً خصيباً لبلورة التصورات الحياتية. تعاضمت على مرّ القرن الأخير الأصوات التي تتحدى التصورات والمفاهيم الدينية والإيديولوجية والسياسية للمجتمع بشأن النساء وأجسادهن وجنسانيتهن. مع ذلك، لا يزال في الإمكان رؤية تأثير هذه التصورات الراسخة وإن كانت مستورة ومخفية، وهي لا تزال ترسم حياتنا كنساء. يعتبر الجهاز الصحي، والذي يعكس التصورات والمفاهيم الصحية، مثلاً جيداً على ذلك. هذا الفصل حاول أن يلقي الضوء ولو قليلاً وبشكل غير شامل على القضايا المختلفة والتي عادة ما يتم تعريفها على أنها قضايا طبية بحتة والتي يتضح لنا بأنها قابلة لأن تكون أي شيء سوى حيادية! قضايانا الصحية والجسد تأخذ حقها على أجندات السياسة الاجتماعية والحق في العيش بكرامة ورفاهية، تبدأ بمعرفة الحقائق والواقع وبالتالي القدرة على المطالبة. هذا الفصل إتاحة إطلالة متواضعة لدعم النساء بمطالبهن بالحق بالعيش والتمتع بصحة نفسية ورفاهية جسدية بما يتلاءم مع احتياجاتهن كنساء.

قائمة المراجع

- أفني فاكنين، ش. (2007). "العدالة والمساواة والمساعدة المتبادلة، تحديات في جهاز الصحة العام في إسرائيل" نقلاً عن، أطباء من أجل حقوق الإنسان.
http://www.adva.org/UPLOADED/PHR_BreiuFull11%209.pdf اخرج في 3.3.10.
- أميتاي، ي. (2006). تقرير معدل وفيات الرضع حتى سن 5 في إسرائيل سنة 2005. وزارة الصحة.
- http://www.health.gov.il/download/forms/a2913_ch_d_2005.pdf اخرج في 1.12.2010.
- أيفين، د. (2008). هم ايضاً في العظام: هشاشة العظام لدى الرجال. NRG. نشر في 13.7.2010
<http://www.nrg.co.il/online/29/ART1/759/050.html> اخرج في 20.5.2010.
- أيفين، د. (2010). استمرار الارتفاع في علاج الخصوبة في إسرائيل. هآرس. <http://www.haaretz.co.il/hasite/spages/1158690.html> اخرج في 24.3.2010.
- بدارئة، س. (2009). التمييز في الصحة: الوضع الصحي لدى الأقلية الفلسطينية العربية في إسرائيل. تقرير المؤسسة العربية لحقوق الإنسان. نشر في شباط 2009.
<http://www.arabhra.org/HraAdmin/UserImages/Files/Health%20Discrimination-20ARABIC.pdf> اخرج في 16.5.2011.
- جروس، ر. برمالي-جرينبرج، ش. ومتسليح، ر. (2007). "الرأي العام حول مستوى الخدمة وعمل جهاز الصحة مع مرور عشر سنوات على قانون التأمين الصحي الإلزامي". مايرز- جوينت: مركز بروكاديل. <http://brookdaleheb.jdc.org.il/files/PDF/487rr-pubopin-heb.pdf> اخرج في 3.3.10.
- حسون، ي. (2007). خصخصة خدمات الطب الوقائي- النساء والأطفال يدفعون الثمن. منتدى المرأة للميزانية المنصفة.
www.wbf.org.il/uploaded/preventive%20medicine.pdf اخرج في 4.10.2010.
- سبيرسكي، ب. (محررة). (2010). اليوم نقلص فجوات الغد- أهداف للحد من الفوارق الصحية. ورقة موقف مشترك من قبل مركز أدفا، أطباء من أجل حقوق الإنسان، جمعية الجليل وتنا-الصحة.

- <http://www.acri.org.il/pdf/health-gaps.pdf> اخرج في 4.10.2010.
- شطروسيرغ، ن. و ايتان- ريفليس ، ج. (2008). "نساء في أعمار 18-60 مع إعاقات في إسرائيل: نتائج مختارة من تحليل لاستطلاعات الرأي القطرية". بتأون حومش. نيسان. <http://www.homesh.org.il/rec/174> اخرج في 7.6.2010.
 - فايصبلاي، أ. (2009). النساء من الوسط العربي، مجموعة معطيات حول الصحة والعمل والتعليم مقدمة لعضوة الكنيست حنين زعبي. القدس: الكنيست-مركز الأبحاث والمعلومات.
 - شوستر، ي. وشلزنجر، م. (2007). سهولة التنقل وجهة نظر مختلفة: أقليات كشريحة تسهل لها التنقل. مركز أبحاث سياسة اللغة. www.lprc.org.il/LPRC/images/PDF/schuster_shles-inger.pdf اخرج في حزيران 2010.
 - ليندر-كاس. ر. (2009). "إسرائيل تحتل المرتبة الثانية في الإنفاق الخاص على الصحة". *The Marker*. نشر في 1.6.2009.
 - دائرة الإحصاء المركزية. (2009). "بيانات نشرت في يوم المرأة العالمي"، نشرت في 8.3.04. <http://www.pmo.gov.il/NR/rdonlyres/7DCB652B-213A-4A2E-AE33-019BBB-C1F94F/0/netu2009.doc> أخرج في 20.5.2010.
 - دائرة الإحصاء المركزية. (2008). "رفاهية السكان في إسرائيل - نتائج أولية من الاستطلاع الاجتماعي 2007". لجنة الإحصاء المركزية. http://www.cbs.gov.il/hodaot2008n/19_08_112b.pdf اخرج في 7.12.2010.
 - وزارة الصحة. (2010). *علاجات الخصوبة في إسرائيل 2008*. <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=2&catId=842> اخرج في 7.6.2010.
 - وزارة الصحة. (1993). *الدفع للخدمات الطبية لضحايا الجرائم الجنسية أو ضحايا العنف الأسري*. مدير عام وزارة الصحة العامة عائدات". نشر في 17.12.1993. www.health.gov.il/download/forms/a2344_mr7_93.pdf اخرج في 7.6.2010.
 - وزارة الرفاه الاجتماعي. (2008). معطيات قدمت في 2008/10/26 من خدمات رفاهية الفرد والأسرة وزارة الرفاه الاجتماعي، كاستجابة لتوجه أطباء من أجل حقوق الإنسان بشأن إصابة الحق في الصحة للنساء الاجنبيات المتزوجات من الإسرائيليين.
 - مفوض الأمم المتحدة السامي لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the World Health Organization, *The Right to Health Fact Sheet no. 31*. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> اخرج في 20.5.2010.
 - لجنة الشكاوى العامة لقانون التأمين الصحي الوطني. 2009. تقرير رقم 8 لسنة 2007-2008. لجنة الشكاوى العامة لقانون التأمين الصحي الوطني. <http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=21&catid=60&pageid=4915>

أخرج في 7.6.2010.

- Mansbach-Kleinfeld, I. et al. (2010). "Service Use for Mental Disorders and Unmet Need: Results from the Israel 33 Survey on Mental Health among Adolescents". Psychiatric Services. 61 (3). March. 241 – 249.
- The Boston women`s health book collective. (2005). *Our Bodies, Ourselves: a new edition for a new addition*. N.Y: Touchstone.

قوانين رئيسية

- قانون أساس: حرية الإنسان وكرامته، سنة 1992.
- قانون التأمين الصحي الإلزامي لسنة 1994.
- قانون حقوق المريض لسنة 1996.
- قانون المساواة في الحقوق للأشخاص مع إعاقات، لسنة 1998.
- المعاهدة الدولية لحقوق الأشخاص مع إعاقات- 2006.
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006
- المعاهدة الدولية لحقوق الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية لسنة 1996.

قرارات حكم

- التماس 6595/05، جمعية حقوق المواطن في إسرائيل وآخرون ضد وزير الصحة. <http://elyon1.court.gov.il/files/05/950/065/N03/05065950.n03.htm>. أخرج في 15.12.2010.

مواقع معلومات على شبكة الانترنت

- موقع جمعية أطباء لحقوق الإنسان - إسرائيل: www.phr.org.il
- موقع جمعية حقوق المريض في إسرائيل: www.patients-rights.org
- موقع الهستدروت الطبية في إسرائيل: www.ima.org.il
- موقع جمعية "بحق"، مركز حقوق الإنسان للأشخاص/النساء مع إعاقات: www.bizchut.org.il
- موقع جمعية أدفا، مركز المعلومات عن العدالة والمساواة في إسرائيل: www.adva.org

- معلومات هامة عن قانون التأمين الصحي الإلزامي على موقع وزارة الصحة:
www.health.gov.il/units/complaints/health_law.htm
- مواقع تتعلق بالأشخاص/النساء مع إعاقات بدنية ونفسية: www.pigur.co.il وبوابة بيت إكشطالين: <http://www.be-portal.org/htmls/home.aspx>

لقراءه إضافية

- داوود. ن. (2005). قراءة في الوضع الصحي للمجتمع الفلسطيني في إسرائيل. في كتاب مدى الكرم، الأقلية الفلسطينية في إسرائيل: معلومات أساسية حول الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية.
http://www.mada-research.org/UserFiles/file/publications_pdf/aqalia-falastinia-2007/nihayah.pdf
- آفني فاكنين، ش. (2008). "الحق في الصحة لدى العرب الفلسطينيين في إسرائيل"، مقارنة. تقرير ليوم الصحة العالمي، نقلًا عن، أطباء من أجل حقوق الإنسان.
<http://www.phr.org.il/default.asp?PageID=68&ItemID=230>. اخرج في 3.3.10.