حول المساواة

العدد 2
شباط ١٩٩٣

نشرات مركز ادفا ص.ب. ٣٦٤٤٨ تل ابيب ٦١٣٦٣
تلفون: ٢٩٠٤١٦ - ٠٣ فاكس: ٥٢٥١٨٤٣-٠٣
جميع الحقوق محفوظة لمركز ادفا
ISSN 0792-7029

الخدمات الصحية في اسرائيل

ان معطيات الصحة في اسرائيل تجعلها في عداد الدول المتطورة في العالم. وقد بلغت نفقات الصحة القومية عام ١٩٨٩/١٩٩٠ حوالي ٧.٨٪ من الناتج القومي (תל"ג)، وهي النسبة الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، وتبين انه في السنة ذاتها كانت نسبة الاطباء الى عدد السكان تساوي ١: ٣٤٠ نسمة، وهي من احدى النسب العالية في العالم، ومن الملاحظ ان المستشفيات ومؤسسات البحث والتكنولوجيا الطبية في اسرائيل تحظى بشهرة عالمية.

حوالي ٩٠٪ من الرضع في اسرائيل يستفيد من خدمات شبكة قطرية من مراكز الصحة - مراكز الام والطفل - المُدارة من قبل وزارة الصحة وتشمل هذه الخدمات تقديم تطعيم ضد شلل الاطفال، الدفتيريا، الكزاز والسعال الديكي. ومنذ عام ١٩٩١ ابتدئ بتطعيم الرضع ضد اليرقان ايضا. ويتلقى الرضع عند بلوغهم سن ١٥ شهرا تطعيما ضد الحصبة الالمانية، النكاف والحصبة ويتم حقنهم بحقن تقوية عندما يصبحون في الصف الاول(١). تعتبر نسبة وفيات الرضع في اسرائيل منخفضة نسبيا حيث يتوفى ٩.٩ طفل من بين كل ١٠٠٠ من المواليد الاحياء، ونجد ان معدل العمر المتوقع عال نسبيا، ويبلغ ٧٨.١ سنة عند النساء و ٧٤.٦ سنة عند الرجال(٢). وحتى يومنا هذا لم يتم سن قانون صحي حكومي في اسرائيل لكن يستفيد حوالي ٩٥٪ من السكان من خدمات اربعة صناديق مرضى تتلقى دعما ماديا من الحكومة، اكبرها صندوق المرضى التابع للهستدروت، وتدير صناديق المرضى هذه شبكات قطرية من العيادات المحلية والعيادات القطرية حيث يشرف عليها اطباء مختصون. لكن هنالك عدد من الخدمات الاولية المتوفرة في العديد من الدول المتطورة لا تقوم صناديق المرضى في اسرائيل بتوفيرها مثل علاج الاسنان، العلاج الوقائي للبالغين، العلاج السريري للعجزة اضافة الى وسائل منع الحمل. ونجد انه في اسرائيل يتم تطبيق نظام شامل من العلاج الوقائي للحوامل والاطفال لكن هذا النظام لا يشمل مستهلكين اخرين يتوجهون للخدمات الصحية، وبشكل عام فان الوعي الجماهيري فيما يتعلق بأهمية العلاج الوقائي ضئيل، فالخدمات الحالية ترزح تحت وطأة عوامل نقص في العاملين وفي الاجهزة الطبية وفي استخدامها.

الفهرست

تفاوت في مستوى الصحة والخدمات الصحية ٢
نظرة فاحصة على الخدمات الصحية عند العرب ٨
قضايا رئيسية في مضمار صحة المرأة ١١
تزايد الخدمات العلاجية المستقلة ١٦
بين الماضي والحاضر: هل تتقلص الفجوات ١٨
اسرائيل في المنظور العالمي ١٩
نظرة مستقبلية ٢١

كلمة العدد

منذ بضع سنين يمر المجتمع الاسرائيلي بمرحلة من تصعيد اللامساواة، فمبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية، والتي كانت سابقا من البديهيات المسلم بها، نراها قد طرحت جانبا. فمثلا نرى ان تدريج الاجر الاسرائيلي يضاهي، الى حد بعيد تدرج الكثير من دول العالم الثالث، بالاضافة الى التفاوت القائم حاليا بين ابناء الجيل الثاني والثالث من اليهود القادمين من الدول العربية وبين ابناء نفس الجيل من اليهود الغربيين، في عدة مجالات كالتربية، العمل والسكن، ونجد ان نسبة هذا التفاوت أعلى من نسبة التفاوت الذي كان قائما بين ابناء الجيل الاول من الفئتين، واذا ما قارنا اجر النساء اليوم باجر الرجال نجد انه اقل من أجرهن المقارن قبل عقد من الزمن، اضافة الى تقليص تمثيلهن السياسي، اما بالنسبة لغالبية الفلسطينيين، مواطني دولة اسرائيل، فانها تمتهن المهن العمالية سواء تلقى افرادها تعليما ام لا. ويتلقى فلسطينيو الاراضي المحتلة عام ٦٧ اكثر الاجور انخفاضا ولا يتمتعون باية حماية مهنية.

حول المساواة: تحاول طرح مبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية على جدول أعمال الجمهور في المجتمع الاسرائيلي.

حول المساواة: تعرض صورة منقحة ومفصلة حول وضع المساواة في العديد من المجالات الاجتماعية كالتربية، السكن، الاجر، الخدمات الصحية وعادات قضاء اوقات الفراغ. وسنحاول عرض المعطيات بشكل واضح قدر المستطاع لاتاحة امكانية فهمها السريع من قبل كل قارئ وقارئة.

حول المساواة: تؤكد على المقارنة بين الفئات المختلفة في المجتمع الاسرائيلي، اضافة الى مقارنة الماضي بالحاضر، ومقارنة المجتمع الاسرائيلي بسائر المجتمعات المجاورة والاكثر بعدا.

حول المساواة: مخصصة لكل اسرائيلية واسرائيلي على قدر من الوعي والاهتمام، ولنشيطي ونشيطات المنظمات التي تحاول السير قدما بمبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية والذين يعملون على صياغة خطة اجتماعية.

تفاوت في مستوى الصحة والخدمات الصحية

تنتشر مراكز الام والطفل (טיפת חלב) في جميع اماكن السكن اليهودية تقريبا ، لكنها غير متوفره في جميع القرى والمدن العربيه : ففي حوالي ٣٠ منطقه سكن عربيه تنعدم مثل هذه المراكز ، والوضع مشابه بالنسبه لعيادات صناديق المرضى ففي متوفره في جميع مناطق السكن اليهوديه تقريبا لكنها غير متوفره في حوالي ١/٣ مناطق السكن العربيه (٣) . بامكان اعضاء صناديق المرضى تلقي علاج طبي ثانوي في عيادات طبيه يعمل فيها اطباء مختصون ، ويتلقى سكان المناطق البعيده عن المركز علاجا طبيا ثانويا في المستشفيات العطريه وكذلك الامر بالنسبه لغير الاعضاء في الصناديق - لكن يتم الزامهم بدفع مصاريف الخدمات الطبيه التي يحصلون عليها ، اما القرى والمدن العربيه فتنقص غالبيتها خدمات سيارات اسعاف ، خدمات الصحه النفسيه ، طب الاسنان ، خدمات العجزة والشيوخ، العلاج الطبيعي (פיזיותרפיה) والعلاج بالتشغيل (ריפוי בעיסוק)(٤). يتسم جهاز الصحة الاسرائيلي بنظامه المركزي حيث يدار من قبل وزارة الصحة في القدس ومركزه صندوق المرضى التابع للهستدروت في تل ابيب ويندر وجود اي تدخل جماهيري في شئون الصحة.

التأمين الصحي

كما نوهنا آنفا، فان غالبية سكان اسرائيل تستفيد من التأمين الصحي، وقد ساهمت عدة عوامل في تشكيل هذه النسبة العالية من المستفيدين من التأمين الصحي اولها اتفاقيات العمل العامة والتي تتضمن بنودا تشمل التأمين الصحي، ومعنى ذلك ان غالبية الاجيرين واولئك الذين يعملون بنسبة وظيفة كاملة يستفيدون، هم وسائر افراد اسرهم، من التأمين الصحي(٥)، ثانيا يتكفل التأمين الوطني بنفقات تأمين الحوامل والمعتمدين على الخدمات الاجتماعية بما فيه العجائز والمعوقين ايضا. ثالثا يتم عقد إتفاقيات مؤقتة بين الدولة وصندوق المرضى بحيث تضمن للقادمين الجدد الحصول على تأمين صحي ويتم تمويل ذلك من قبل التأمين الوطني، اما بالنسبة لبقية القطاعات السكانية فان التأمين الوطني يعتبر امرا اختياريا.

ونجد ان اولئك الذين لا يستفيدون من التأمين الصحي لعدم عضويتهم في احد الصناديق او نوي العضوية الجزئية - وتبلغ نسبتهم ٢٥٪ من السكان العرب (٢١٩.٣٩٠ نسمة) وحوالي ٢٪ من السكان اليهود (٧٨.٩٨٠ نسمة) - غالبا ما يكونون من العاطلين عن العمل او من الذين يعملون بشكل مؤقت. وتشمل هذه الفئة الشباب الذين انتهت مدة تأمينهم الصحي لبلوغهم سن ١٨ سنة ولم يتخذوا بعد التدابير اللازمة لتجديد عضويتهم في الصناديق(٦)، ولا يتم قبول عضوية اولئك الذين لا يعملون بشكل ثابت وبالتالي لا تقبل عضوية افراد اسرهم في صندوق المرضى التابع للهستدروت، علما بان هذا الصندوق يعتبر المؤسسة الرئيسية التي تقدم خدمات طبية في القرى والمدن العربية وفي مدن التطوير ايضا، ومن الجدير بالذكر ان هذه المناطق بالذات تتميز بنسبة بطالة عالية. وبالاضافة لذلك لا يتم قبول عضوية المدمنين على المخدرات ولا افراد اسرهم(٧).

عوامل اساسية تؤثر على مستوى الصحة

من المرجح ان الوضع الاجتماعي - الاقتصادي هو العامل الاهم والذي يحدد المستوى الصحي للفرد والمجتمع على حد سواء. وقد تبين في جميع الدول التي اجريت فيها دراسات حول مستوى الصحة ان لمستوى الدخل وللانتماء الطبقي التأثير الاكبر(٨).

بالاضافة لذلك فان المستوى الثقافي، خاصة مستوى ثقافة الام، يؤثر على مستوى الصحة وعلى مستوى صحة الاطفال بالتحديد. وقد اتضح ان للبطالة تأثيرات سلبية وأبعادها اخطر من مجرد الابعاد المادية الانية فهي تسبب عوارض نفسية - اجتماعية ونفسية - جسدية عديدة تظهر عند العاطل/ـة عن العمل وعند افراد اسرته/هـا ايضا(٩).

وتشير غالبية القياسات الاجتماعية - المكونة من المستوى الثقافي ومستوى الدخل او المهنة- في اسرائيل الى

نسب وفيات الاطفال في مناطق سكن عدد سكانها اكثر من ١٠,٠٠٠ نسمة خلال الاعوام ٨٧-١٩٨٩

• قرى باغلبية شرقية ▪ قرى عربية

מקור: למ"ס, 1992. הרשויות המקומיות בישראל, 1990: נתונים סטטיסטים. לוח 14, עמ' 75-73.

وجود تدرج شديد الرسوخ في هذا الامر، فحسب هذا التدرج نجد ان اليهود الاشكناز (אשכנזים- اي من اصل غربي) يحتلون المرتبة الاولى فيه ويأتي اليهود الشرقيون (המזרחיים - اي من اصل شرقي) في المرتبة الثانية، اما المرتبة الثالثة والاخيرة، فيحتلها العرب. وقد اظهر احصاء أجري عام ١٩٨٣ ان اوسط (חציון) سنوات التعليم عند النساء الاشكنازيات من مواليد البلاد بلغ ١٢.٩ سنة تعليمية مقابل ١١.٨ سنة تعليمية عند النساء الشرقيات من مواليد البلاد و ٧.٩ عند النساء العربيات. اما اليوم فتبلغ نسبة المتعلمين ١٣ سنة فما فوق عند اليهود الاشكناز من مواليد البلاد ٥٠٪ مقابل نسبة ١٧.٦٪ عند اليهود الشرقيين ونسبة ٩.١٪ عند العرب. ويبلغ معدل دخل اسرة تقطن المدينة يعيلها اجير من اليهود الاشكناز من مواليد البلاد ٤،٤٧٥ ش.ج مقابل معدل ٣،٠٤٦ ش.ج عند اليهود الشرقيين ومعدل ٢،٥٤٦ ش.ج. عند العرب، وتبلغ نسبة البطالة الرسمية عند اليهود الاشكناز من مواليد البلاد ٥.٩٪ مقابل نسبة ١٠.٦٪ عند العرب ونسبة ١٥.٨٪ عند اليهود الشرقيين من مواليد البلاد. ومن الجدير بالذكر، ان حوالي ٧٠٪ من العرب وحوالي ٥٠٪ من اليهود الشرقيين من مواليد البلاد ينتمون لطبقة العمال ذوي الياقات الزرقاء، في حين ان ٢٥٪ من اليهود الاشكناز فقط ينتمون لهذه الطبقة (١٠). وسيتبين لنا لاحقا وجود تطابق تام بين معطيات الصحة وبين المعطيات الاجتماعية – الاقتصادية.

مقاييس المستوى الصحي

وفيات الرضع

تعتبر نسبة وفيات الرضع المقياس الاكثر حساسية بالنسبة للمستوى الصحي ولجودة مستوى المعيشة العام عند السكان. ويتم قياس هذه النسبة حسب عدد وفيات الرضع (حتى سن سنة) من بين كل ١٠٠٠ مولود من الاحياء. وقد بلغت نسبة وفيات الرضع عند اليهود ١٢.٧ خلال الاعوام ١٩٧٧ – ١٩٩٨٠، اما عند العرب فقد بلغت٢٤.٦ (١١).

وقد اتضح من خلال دراسة اجرتها وحدة ابحاث الخدمات الصحية التابعة لمستشفى شيبا ان هنالك تباينا شاسعا بين العديد من المناطق سواء كانت عربية او يهودية، وبناء على ان نسبة وفيات الرضع في عدد منها كان يفوق المعدل القطري بشكل ملحوظ، فقد تقرر وضع خطة تدخل في ٣٦ منطقة سكنية وذلك في اطار البرنامج القطري لخفض نسبة وفيات الرضع. وقد استند القائمون على هذه الدراسة الى معدلين منفردين: الاول – نسبة وفيات الرضع في القرى والمدن العربية، والثاني – نسبة وفيات الرضع في مناطق السكن اليهودية، ويتضح لنا من خلال هذا التقسيم ان الخطة لم تشمل الكثير من القرى والمدن العربية والتي يكون معدل الوفيات فيها اعلى من المعدل الموجود في مناطق السكن اليهودية ويكون في الوقت نفسه منخفضا اكثر من المعدل الموجود في القرى والمدن العربية.

وقد تم اختيار هذه الخطة اول الامر في اور يهودا، حيث بلغت نسبة وفيات الرضع فيها ١٩.١ وهي نسبة تعادل حوالي ضعف الوفيات في القضاء (والتي تبلغ حوالي١٠.٣). ويجدر التنويه هنا الى ان وضع اور يهودا حسب المقاييس الاجتماعية – الاقتصادية كان الاسوأ في القضاء. واظهرت الدراسة ان الفئة الاكثر عرضة للخطر فيها تميزت باربعة عوامل خطورة او اكثر: الام محدودة الثقافة (٠ – ٨ سنوات تعليم)، الام دون سن العشرين، المولود هو الرابع او اكثر في العائلة، وزن الطفل منخفض عند الولادة (اقل من ٢.٥ كغم).

وعلى اثر تطبيق الخطة في مناطق مثل ديمونة، اشكلون واور يهودا انخفضت نسبة وفيات الرضع بشكل ملحوظ. ومن الممكن رؤية ذلك خلال الجدول التالي – وفي هذا دليل على مدى التأثير الايجابي لبرامج تحسين الخدمات على الفئات الاكثر عرضة للخطر(١٢).

ويظهر جدول نسبة وفيات الرضع الفروقات بين القرى والمدن العربية ومناطق السكن اليهودية، ومن الممكن، عبره، رؤية الارتفاع الملحوظ في نسبة وفيات الرضع عن المعدل القطري في عدد من مدن التطوير. وبشكل عام فمن الممكن القول ان مناطق السكن التي يأهلها سكان موسرون تقع على الاغلب اسفل الجدول في حين ان مناطق سكن اليهود الشرقيين موجودة في منتصفه، اما القرى والمدن العربية فانها تشغل مكانها في اعلى الجدول. ونجد في المناطق الريفية اليهودية ان نسبة وفيات الرضع منخفضة، ففي عام ١٩٨٩ بلغت هذه النسبة ٨.٥ في الكيبوتسات و ٨.٦ في المستوطنات الزراعية (מושבים) (١٣).

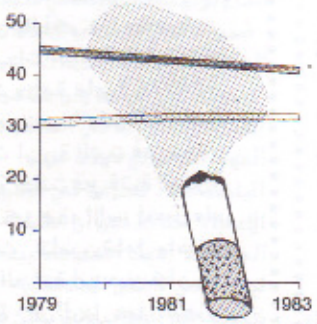
نسبة الوفيات المعايرة

لقد وجدت ايضا فروقات من منطقة لاخرى في نسبة الوفيات المعايرة – وهومقياس يتم حسابه على اساس عدد الوفيات مع الاخذ بعين الاعتبار الفروقات في الجنس والجيل – وعند مقارنة نسبة الوفيات عند اليهود بين الاعوام ٦٨-١٩٧٨ و ٨٣-١٩٨٦ يتبين لنا الارتفاع الملحوظ في هذه النسبة وذلك في كل من اقضية القدس ورحوبوت. وبناء على فرضيات محضة فمن المرجح ان تكون نسبة الوفيات العالية ناجمة عن تواجد مصانع الاسمنت ومواد البناء (وهي عوامل خطورة من شأنها ان تسبب سرطان الرئة، سرطان المعدة او سرطان الدم) في قضاء الرملة ولمستوى الوقاية المنخفض نسبيا في المستشفيات (وهي عوامل خطورة من الممكن ان تسبب تلوثات وتسمم في الدم) في قضاء بئر السبع (١٤).

سلوكيات ترتبي بالصحة

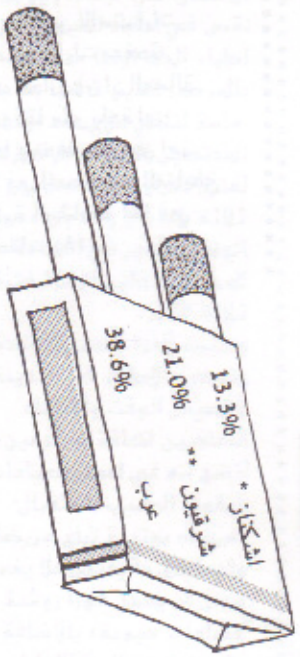
لقد دلت ابحاث عديدة على وجود ترابط بين الانتماء للطبقة الاجتماعية – الاقتصادية وبين عادات التغذية، التدخين واستهلاك المشروبات الروحية(١٥)، فنجد مثلا ان ثلث الاسرائيليين يدخنون(١٦) السجائر لكن العرب يدخنون اكثر من اليهود ويدخن اليهود الشرقيون اكثر من اليهود الاشكناز (انظر الجدول).

نسب التدخين المنتظم حسب ثلاث عينات من السكان اليهود البالغين



מקור: בן־סירא, נ. 1983. **עישון בקרב מבוגרים וצעירים.** ירושלים: המכון הישראלי למחקר חברתי יישומי.

نسب المدخنين البالغين من العمر ٦٠ سنة او اكثر والذين يدخنون ٢٠ سيجارة يوميا او اكثر، حسب العرق او القومية



מקור: למ"ס. 1990. **סקר בני 60 ומעלה במשקי־בית 1985: בריאות ושימוש בשירותי בריאות.** לוח 18.

ملاحظات:

* تتضمن هذه الفئة اليهود من مواليد اوروبا واقلية بسيطة من مواليد امريكا ومواليد البلاد.

** اليهود من مواليد اسيا/افريقيا.

من الجائز ان يكون عدم دخول بعض الافراد (وبالتالي افراد اسرهم) في اطار التامين الصحي ناجما عن اسباب غير الاسباب المادية المحضة، ونخص بالذكر هنا ظاهرة التعقيدات البيروقراطية، فقد اجريت دراسة عام ١٩٨٧/٨٦ في اور يهودا على ١١٦ اسرة (بحيث ان ربة البيت في هذه الاسرة كانت في فترة الحمل)، ولم تكن هذه الاسر تحصل على خدمات تامين شامل واظهرت هذه الدراسة انه حين كان رب الاسرة -اي الرجل حسب التعريف القانوني لهذا المصطلح- يرفض او يواجه صعوبة في دفع اقساط صندوق المرضى، كانت المراة تحاول ان تفعل ذلك، لكن اتضح انه في هذه الحالة واجهت النساء اللواتي اردن تسديد الاقساط معوقات بيروقراطية. وذكر القائمون على هذه الدراسة انه بالذات اولئك النسوة اللواتي افتقرن الى القدرة على التعامل مع النماذج تمت مطالبتهن بتعبئة اكبر عدد من الاستمارات وخضعن لاجراءات معقدة، واضاف الدارسون ان المسالة ليست وقفا على بلدة اور يهودا وحدها، بل هي امر شائع في العديد من المناطق السكنية المشابهة لها في المواصفات (١٨).

وقد اظهر احصاء اجري عام ١٩٨٥ على مدخنين يبلغون ال - ٦٠ عاما او اكثر ان اعلى نسبة للمدخنين بكثرة (٢٠ سيجارة يوميا او اكثر) وجدت عند العرب واما اقل نسبة فقد وجدت كانت عند اليهود الاشكناز (انظر الجدول). بالاضافة لذلك فان نسبة المتوقفين عن التدخين كانت اعلى عند اليهود الاشكناز -٢٨,٢٪- منها عند اليهود الشرقيين -٢٠,١٪- اما اقل نسبة للتوقف عن التدخين فقد وجدت عند العرب -١١,٤٪- (١٧). وعلى ما يبدو فان هذه الفروقات ناجمة عن وجود فروقات في الاحساس بالضغوطات النفسية وفي مدى تيسر المعلومات والمصادر التربوية التي ترقى بمستوى الصحة (مثل مواد ارشاد، دورات حث على التوقف عن التدخين وما شابه).

تفاوت في الخدمات الصحية

على الرغم من صغر مساحة دولة اسرائيل الا ان هذا الامر لم يحل دون وجود فروقات ملحوظة في مستوى الخدمات الصحية في المناطق السكنية المختلفة: فالفروقات ملحوظة في جودة وكمية هذه الخدمات بين المدن الكبرى وضواحيها وبين المناطق البعيدة عن المركز، وايضا توجد فروقات في الخدمات المتوفرة في المناطق السكنية اليهودية وتلك المتوفرة في القرى والمدن العربية وايضا فان الفروقات قائمة بين مناطق السكن العريقة (والموسرة من ناحية مادية) وبين مدن التطوير.

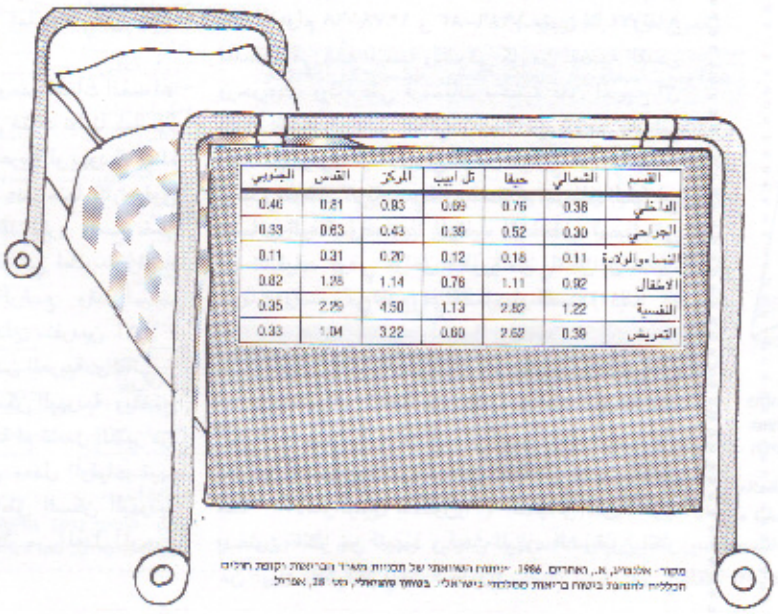
يكثر توفر الخدمات الصحية ذات الجودة، من حيث القوى العاملة والتجهيزات، في مناطق تل ابيب، حيفا والقدس - فيعمل ٥٠٪ من الاطباء في اسرائيل في مناطق تل ابيب والقدس، ويعمل ٩٠٪ من اطباء الاسنان في تل ابيب وضواحيها، وفي حيفا والقدس(١٩). يستفيد السكان في وسط البلاد من الخدمات الصحية اكثر بكثير من سكان الشمال والجنوب، فعدد اسرة المستشفيات اكثر في مناطق تل ابيب ووسط البلاد مما هو عليه في اية منطقة اخرى في البلاد (٢٠).

اما مكانة مدينة تل ابيب نفسها فهي ارفع بقليل من المكانة التي تحظى بها الوية الشمال والجنوب لكنها متدنية اكثر من مكانة حيفا والقدس، ولكن، في بعض الحالات، يكون بامكان سكان تل ابيب الاستعانة بخدمات صحية تابعة لمناطق سكنية موجودة حول المدينة.

ونجد انه في الوية وسط البلاد يتواجد اكبر عدد من اسرة مستشفيات العلاج النفسي ومؤسسات الشيخوخة، اما الوية الشمال والجنوب ومدينة تل ابيب ايضا فانها تحظى باقل عدد من هذه الخدمات، لكن، وفي هذه الحالة ايضا، يستطيع سكان تل ابيب الاستفادة من الخدمات المتوفرة في مناطق قريبة من المدينة.

فروقات في جودة الخدمة

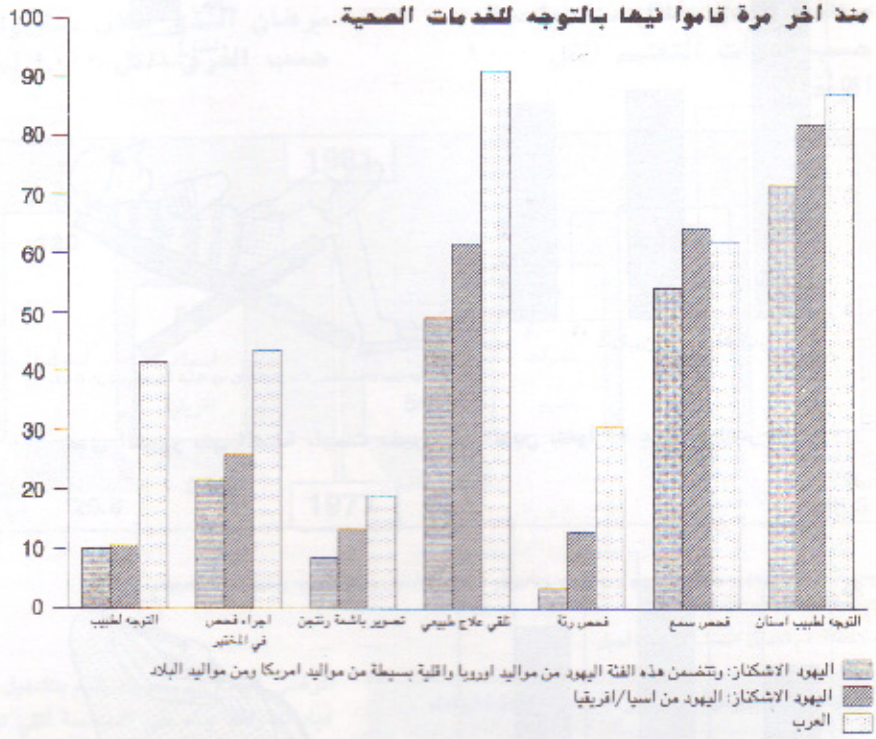
تتكرر الشكاوي ضد صندوق المرضى التابع للهستدروت، والذي يخدم غالبية السكان ويجبي منهم ادنى رسوم مقابل خدماته: بعض هذه الشكاوي يتطرق لعدم توفر الخدمات المسائية والليلية، النقصان في عدد المتخصصين في مناطق بعيدة عن وسط البلاد، عدم نجاعة عمليات الاحالة للعلاج بما في ذلك انتشار ظاهرة الادوار الطويلة في انتظار تلقي العلاج على يد اطباء مختصين، الادوار الطويلة لاجراء الفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية، وجود نقص في الادوية التي تباع في صيدليات الصندوق، وانعدام خدمات طب الاسنان وخدمات الطب الوقائي(٢١).. الوضع القائم ليس بافضل حتى في مدينة تل ابيب فقد تصل فترة انتظار اجراء فحص عند جراح عظام لنحو شهر، وهنالك شكاوى اخرى تتطرق لاستخفاف القائمين على الخدمات الصحية بالمراجعين بما في ذلك استخفاف بوقتهم وبمشاعرهم، اضافة الى انعدام حرية اختيار الاطباء المعالجين(٢٢). وعند فحص هذه القضايا في القرى والمدن العربية وفي مدن التطوير يتضح لنا ان الوضع يصبح اكثر سوءا.



القسم	الشمالي	حيفا	تل ابيب	المركز	القدس	الجنوبي
الداخلي	0.38	0.76	0.99	0.83	0.81	0.46
الجراحي	0.30	0.52	0.38	0.43	0.63	0.33
النساء والولادة	0.11	0.15	0.12	0.20	0.31	0.11
الاطفال	0.92	1.11	0.76	1.14	1.26	0.82
النفسية	1.22	2.82	1.13	4.50	2.29	0.35
التمريض	0.36	2.62	0.60	3.22	1.04	0.33

مصدر: אלפנדרי, א., האתרים, 1986. "חלוקת האוכלוסיה של תכניות מאגר הבריאות וקופות חולים מכללית למטופל בישוב בריאות סטטיסטי בישראל". בפתוח סוציאלי, מס' 28, אפריל

نسب البالغين ٦٠ عاما او اكثر والمدة التي انقضت سنة او اكثر منذ اخر مرة قاموا فيها بالتوجه للخدمات الصحية.



اليهود الاشكناز: وتتضمن هذه الفئة اليهود من مواليد اوروبا واقلية بسيطة من مواليد امريكا ومن مواليد البلاد
اليهود الاشكناز: اليهود من اسيا/افريقيا
العرب

مكور: لمسح 1990. סקר בני 60 ומעלה במשקי־בית 1985. בריאות ושימוש בשירותי בריאות. לוחות 2, 6, 7, 10,8, 12, 14.

هنالك ايضا فروقات كبيرة في جودة الخدمة المقدمة في الاماكن السكنية المختلفة غير المدن الكبرى. وقد اظهرت دراسة مقارنة اجريت بين ٣١ مدينة تطوير و ٢٤ منطقة سكنية ذات اقدمية (اتيكة). ان نسبة وجود طبيب عام تبلغ واحد لكل ١.٨٥٢ مراجع في اماكن السكن ذات الاقدمية مقابل نسبة ٢٣٢٦:١ الموجودة في مدن التطوير. ويندر وجود مراكز للكشف المبكر عن السرطان، او معاهد لتطور الطفل وكذلك مراكز انعاش القلب في مدن التطوير، اما في القرى والمدن العربية فان هذه الخدمة غير متوفرة بتاتا (عدا عن مدينة الناصرة)(٢٣).

وعلى ما يبدو فان الممرضات هن اللواتي يقمن بتقديم غالبية العلاج اليومي في عيادات مدن التطوير، ويلاحظ وجود نسبة عالية من الممرضات وطبيبات/اطباء الاطفال في هذه العيادات(٢٤).

اما اعضاء الكيبوتسات المتواجدون في مناطق بعيدة جغرافيا، بحيث ان بعد هذه المناطق لا يقل عن بعد مدن التطوير، فنراهم يستفيدون من خدمات صحية ذات جودة افضل. صحيح ان جميع اعضاء الكيبوتسات يتم تأمينهم صحيا من قبل صندوق المرضى الا انهم، اضافة الى التأمين العادي، يستفيدون من خدمات علاج الاسنان بشكل شامل، وايضا يقدم لهم علاج نفسي وعلاج اطباء مختصين(٢٥). فان قمنا بمقارنة نسبة عدد السكان في الكيبوتس مع نسبة الخدمات الصحية المتوفرة لديهم فسنجد ان الكيبوتسات تتمتع بعدد اكبر من مراكز الام والطفل، ومن العيادات العامة ومن عيادات الاسنان ايضا مما هو متوفر في مدن التطوير وفي المدن الكبيرة معا(٢٦).

ويتم تحويل سكان مدن التطوير ممن يضطرون لتلقي خدمات خاصة الى مستشفيات قريبة في ايلات، بئر السبع، العفولة، طبريا وصفد – لكن مستوى الخدمات في هذه المستشفيات ادنى من مستوى خدمات مستشفيات المدن الكبرى، وايضا يتم تحويل افراد كيبوتسات بعيدة الى هذه المستشفيات لكن لافراد الكيبوتس توجد «علاقات» من شأنها ان تسهل عملية تحويلهم لمستشفيات افضل (٢٧)، وبالتالي فانهم يحصلون على علاج طبي افضل بكثير.

فروقات في مقدار الاستفادة من الخدمات الطبية

ترتبط السلوكيات التي ترقى بالصحة بعوامل اجتماعية اضافة الى مقدار تيسر الخدمات الطبية والوعي بالقضايا الصحية، وغالبا ما يكون الافراد الاكثر عرضة للخطر هم اولئك الذين لا يحصلون على فرص علاج كافية، اما الموسرون، بالمقارنة، فبامكانهم الحصول على خدمات من السوق المستقل (اي من خدمات اطباء مستقلين)، وعند تنحية زيارات مراكز الام والطفل جانبا نجد ان درجة الاستفادة من خدمات الطب الوقائي مرتبطة بالمكانة الاجتماعية –الاقتصادية عند الفرد والمجتمع.

ويندر ان يستفيد سكان مدن التطوير (حيث انهم ذوو دخل وثقافة ادنى من دخل وثقافة سكان المناطق الاعرق كالمدن الكبرى مثلا) من خدمات الطب الوقائي ومن

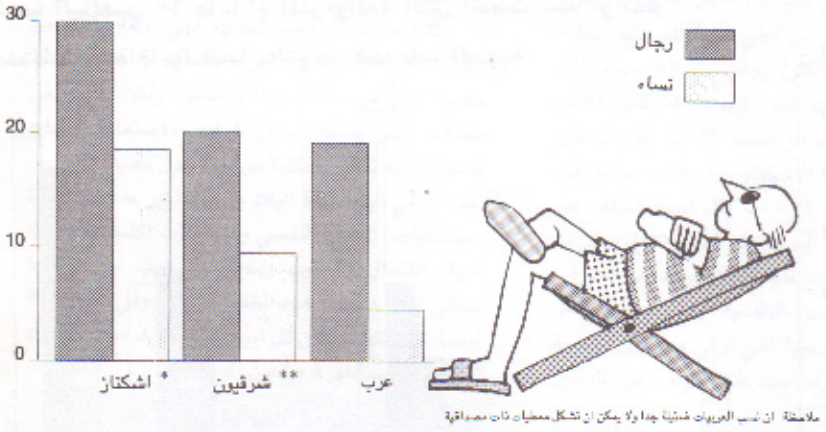
تبين بناء على دراسة انثروبولوجية اجريت في كريات شمونه حول مستوى الخدمات الصحية ان هذه الخدمات متدنية في البلدة وان ظاهرة الفترات الطويلة في انتظار الدور امر شائع، وقد عزت الباحثة ذلك للسرعة في تبديل الاطباء اضافة الى ان اطباء العيادات (حيث انهم بغالبيتهم ليسوا من سكان المنطقة) كانوا من الشباب ولم يكن لهم اي مناص من الموافقة على تعيينهم في البلدة وذلك اثر الصعوبات التي واجهوها في الحصول على عمل في مناطق اخرى(٢٩). ونوهت الباحثة ايضا الى النقصان الشائع في توفر الاطباء المختصين خاصة اطباء الاطفال، اطباء الاسنان والاطباء النفسيين ذوي تخصص في علم نفس الطفل اضافة الى التردد غير المنتظم من قبل اطباء الاطفال على البلدة، ويوجد نقص في اطباء العيون وفي اطباء الجلد ايضا مما حدا بالمرضى الذين كانوا بحاجة ماسة لتلقي علاج عند الاطباء المختصين الى انتظار دورهم لفترة تتراوح بين اسبوعين الى ثلاثة اسابيع وقد بلغ معدل الوصول للدور في العيادة المحلية لتنظيم الاسرة فترة ثلاثة اشهر.

ونتيجة لاعباء العمل الزائدة لم يتمكن الاطباء في المدينة من تخصيص الوقت والانتباه الكافيين لكافة المراجعين، وقد اتضح انه في احدى العيادات «يقوم الطبيب باستقبال مرضاه بوتيرة تبلغ مريضا واحدا كل دقيقتين فلا يفعل سوى ان يسجل فورا روشتة مضادات حيوية» بالاضافة لذلك فقد كانت غالبية الاطباء من اليهود الاشكناز في حين ان غالبية المرضى كانت من اليهود الشرقيين وفي اغلب الاحيان لم يقم الاطباء بتفهم المراجعين ولم يظهروا نحوهم اي شعور بالاحترام(٣٠).

تحتوي كل مدينة من مدن التطوير على الاقل عيادة واحدة ومركزا واحد امن مراكز الام والطفل، ومن الجدير بالذكر ان وضع هذه المدن افضل من وضع القسم الاكبر من القرى والمدن العربية لكن توفر خدمة معينة لا يضمن جودتها، وحين يحصل سكان مدن التطوير على مستوى خدمات صحية متدن فانهم لا يجدون امامهم اي بديل اخر، اللهم ان كانوا على استعداد او بمقدورهم دفع تكلفة تلقي خدمة مستقلة وخاصة خارج البلدة.

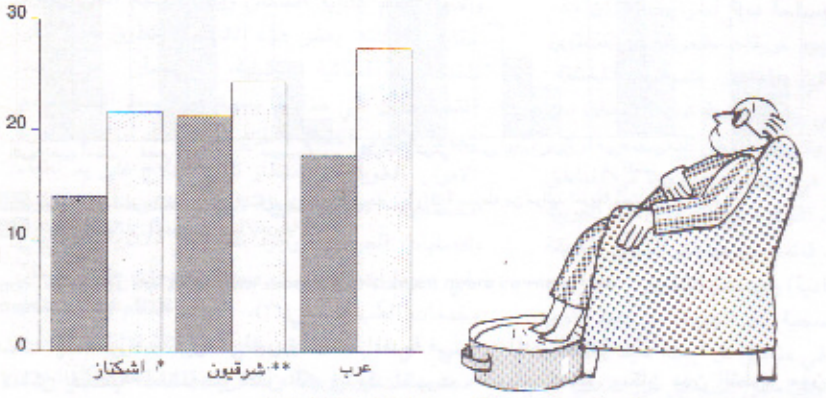
وفعلا فقد وجدت غرينبرغ ان غالبية السكان الموسرين في كريات شمونه لا يترددون على العيادة المحلية، اما لعدم استعدادهم لان يقوموا بانتظار الادوار الطويلة او لعدم ثقتهم بجودة الخدمة الصحية المقدمة في هذه العيادات، لذا فانهم في الحالات المستعجلة يقومون بالتوجه لمركز الاسعاف (نجمة داوود الحمراء) ولا يقومون بذلك الا بعد التاكد من هوية الطبيب المناوب، او يتوجهون لاي طبيب اخر يعمل في احد الكيبوتسات المجاورة او في مدينة صفد، وفي حالة اصابتهم بمرض خطير فانهم يحاولون اقصى جهدهم ان يتم قبولهم في احد مستشفيات وسط البلاد (٣١).

مدى الشعور بان الصحة «بخير» عند الذين بلغوا ٦٠ عاما او اكثر



ملاحظة: ان نسب العربيات ضئيلة جدا ولا يمكن ان تشكل معطيات ذات مصداقية

مدى الشعور بان الصحة «ليست بخير» عند الذين بلغوا ٦٠ عاما او اكثر



מקור: למ"ס, 1990. סקר בני 60 ומעלה במשקי־בית 1985. בריאות וסיעוד בשירותי בריאות. לוח 1, עמ' 52, 54, 56.

* تتضمن هذه الفئة اليهود من مواليد اوروبا/امريكا وقلة ضئيلة من مواليد البلاد.

** اليهود من مواليد اسيا/افريقيا

خدمات طب الاسنان، ويرجع ذلك اما لتكلفة هذه الخدمات واما للصعوبات (الحضارية والجغرافية على حد سواء) في الوصول اليه. ومن الجائز ان يكون لنقصان الوعي في السلوكيات التي ترقى بمستوى الصحة تاثير على تعاقب تكرارية التوجه لمثل هذه الخدمات، ونتيجة لذلك نجد ان فرص هؤلاء السكان بتحسين مستوى صحتهم تكون اكثر ضآلة، ذلك ان عملية الكشف المبكر عن امراض مثل السرطان والقلب تنقذ حياة بعض الافراد وتخفض نسبة المرضيات وتؤثر بالتالي على جودة الحياة.

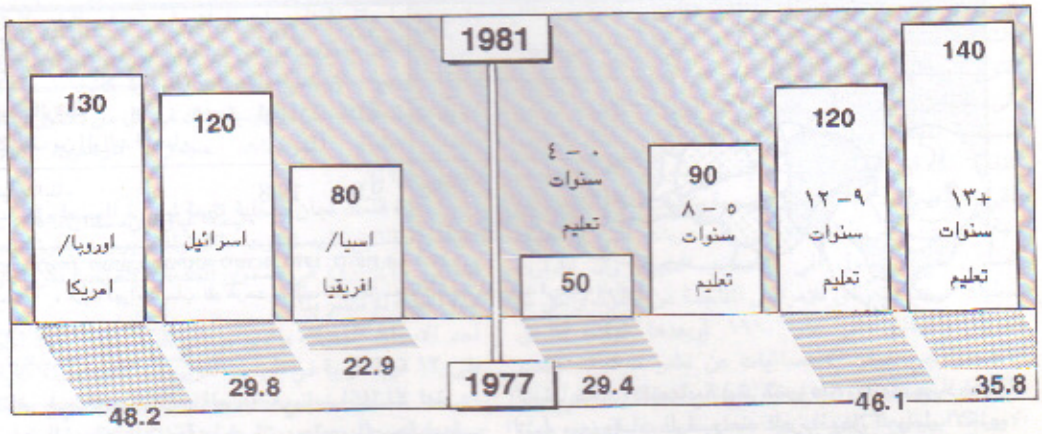
وفي استفتاء اجري عام ١٩٨٥ من قبل مركز الاحصائيات وشمل افرادا يبلغون ال ٥٠ عاما او اكثر، ظهرت فروقات بين اليهود الاشكناز واليهود الشرقيين والعرب في مقدار الاستفادة من الخدمات الطبية، وقد تم تحديد تكرارية الاستفادة بناء على الفترة الزمنية المنقضية منذ اخر مرة قام بها الافراد (الذين تم شملهم في الاستفتاء) بالاستفادة من احدى الخدمات التالية: زيارة طبيب، اجراء فحص مخبري، اجراء صورة باشعة رنتجن، التعرض لعلاج طبيعي (פיזיותראפיה) واجراء فحص عند طبيب اسنان. وقد وجد ان تكرارية الاستفادة من كل خدمة من الخدمات المذكورة انفا بلغت اكبر نسبة عند اليهود الاشكناز منها عند اليهود الشرقيين والعرب (انظر الجدول).

ومن الجدير بالذكر ان قلة التوجه للاستفادة من الخدمات الصحية لا تشير بالضرورة الى مستوى صحة افضل، فقد وجد الاحصاء نفسه ان اليهود الاشكناز كانوا اكثر ميلا لاعتبار صحتهم «بخير» بينما مال العرب اكثر لاعتبار صحتهم «ليست بخير»، ومالت النساء العربيات واليهوديات الشرقيات اكثر من النساء الاشكنازيات لاعتبار صحتهن «ليست بخير».

يعتبر سرطان الثدي المسبب الثاني في التدريج لحالات الوفاة عند الاسرائيليات، والكشف المبكر عنه وعلاجه يزيدان من احتمالات معالجة المريضات او ابقائهن على قيد الحياة، لذلك تعتبر فحوصات الثدي من اهم بنود برامج الحفاظ على مستوى صحة عالي. ويظهر الجدول (ص ٧) ازدياد وعي النساء الاسرائيليات بين الاعوام ١٩٧٧ – ١٩٨١ باهمية القيام بفحوصات دورية للثدي، لكن يلاحظ عدم تبدد الفجوة القائمة بين اليهوديات الاشكنازيات وبين اليهوديات الشرقيات في مقدار الاستفادة من هذه الفحوصات ولم تتبدد ايضا، خلال هذه السنين، الفجوة القائمة بين النساء الحاصلات على مستويات ثقافية متباينة.

نسب توجه اليهوديات بجيل ٢٠ سنة او اكثر لمراكز الكشف المبكر عن سرطان الثدي خلال سنة واحدة، حسب سنوات التعليم (لكل ١,٠٠٠ امرأة)

نسب توجه اليهوديات بجيل ٢٠ سنة او اكثر لمراكز الكشف المبكر عن سرطان الثدي خلال سنة واحدة، حسب العرق (لكل ١,٠٠٠ امرأة)



مكور: لمייס. 1980. **סקר שימוש בשירותי בריאות 1977**, ולמייס. 1983. **סקר שימוש בשירותי בריאות 1981**; שובל, 295: 1990.

ملاحظة: تم تعديل النسب حسب الجيل

الخدمات الاولية بالمقارنة مع المستشفيات

يشدد برنامج «صحة للجميع عام ٢٠٠٠» والمعد من قبل منظمة الصحة العالمية على اهمية الخدمات الصحية الاولية ذلك كمحاولة منها لوقف التوجه الواضح في الدول الاوروبية نحو زيادة الاموال المنفقة على المستشفيات وعلى المعدات التكنولوجية المحكمة وباهظة الثمن.

وعندما نقوم باستقصاء الامر في اسرائيل فاننا نجد ان الاتفاق على الخدمات الصحية الاولية كجزء من النفقات القومية على الصحة اخذ بالتقلص التدريجي والمستمر، فقد انخفضت نسبة الانفاق هذه من ٣٨.٣٪ عام ١٩٦٣/٢ لنسبة ٣١.٩٪ عام ١٩٨٩/٨ في حين ان الانفاق على المستشفيات وعلى الابحاث آخذ بالازدياد، فقد ارتفع من نسبة ٣٥.٣٪ عام ١٩٦٣/٢ لنسبة ٤٠.٤٪ عام ١٩٩٨/٩، ويرجع ذلك، في الاساس، لاتساع نطاق الخدمات الباهظة والتي تعتمد على اساليب تكنولوجية متطورة (انظر الجدول).

ويسرعان ما يتضح لنا عند عقد مقارنة بين الخدمات الاولية وبين مكانة المستشفيات، ان النتيجة ليست في صالح خدمات الصحة الاولية، فهي تشغل مكانة ادنى، ويتجلى ذلك في الفروقات القائمة بينهما وبين المستشفيات في جودة الخدمة المقدمة للجماهير، فاجهزة المستشفيات عددها اكبر وذات جودة افضل ويتم فيها تعيين الاطباء ذوي الكفاءات الاعلى، ويتسم العمل في المستشفيات بمكانة اجتماعية ارقى واجر اعلى. ويعود ذلك لاتفاقيات الاجور المعمول بها في المستشفيات حيث ان شروطها افضل اضافة للامكانية المتاحة امام الاطباء للعمل ساعات اضافية فيها، لذا فمن الطبيعي ان يفضل خريجو كليات الطب في اسرائيل العمل في المستشفيات، وبناء عليه فلا يعين في عيادات صندوق المرضى الا الاطباء من القادمين الجدد، وتبين ان صندوق المرضى التابع للهستدروت يقوم بتشغيل هؤلاء الاطباء في عياداته وذلك بناء على السياسة التي تبنتها الهستدروت والتي رمت لتعيين اكبر عدد من الاطباء من القادمين الجدد في عياداتها (٣٢). لذا يفضل اعضاء صندوق المرضى الذين على علم ودراية بهذه الامور تجاوز العيادات والتوجه مباشرة لغرف الطوارئ في المستشفيات. لكن قام صندوق المرضى في الاونة الاخيرة بالاعلان عن انه لن يعيد لاعضائه تكلفة العلاج المقدم في غرف الطوارئ في المستشفيات وذلك كمحاولة منه لوقف هذا التوجه.

نسب النفقات القومية على العيادات الجماهيرية والطب الوقائي وعلى المستشفيات والابحاث

السنة	العيادات الشعبية والطب الوقائي	المستشفيات والابحاث
1962-63	38.3	35.3
1965-66	38.4	35.0
1972-73	34.1	34.1
1975-76	28.6	33.9
1982-83	29.7	42.0
1985-86	32.5	42.7
1988-89	31.9	40.4

مكور: لمייס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**. לוח 24.1, עמ' 677.

تتردد النساء ذوات المستوى الثقافي المتدني على مراكز الام والطفل اكثر من النساء ذوات الثقافة العالية (٣٤)، اما بالنسبة للتردد على باقي الخدمات الوقائية فان العكس هو الصحيح. ويبدو ان الامهات الحاصلات على ثقافة اعلى يعتمدن اكثر على اطباء الاطفال في صناديق المرضى او يفضلن الاطباء المستقلين.

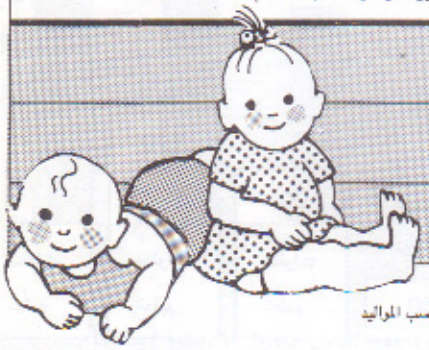
اما الدراسة التي اجريت قبل فترة على ٣٣٠ امراة عربية وضعن مؤخرا في سبع مستشفيات في قضاء عكا فقد اشارت الى وجود توجه مغاير: فالمسيحيات واللواتي يتميزن عادة بثقافة اعلى من ثقافة المسلمات او الدرزيات، يقمن بالتوجه كاليهوديات المثقفات للاطباء المستقلين لكنهن، في الوقت نفسه، يترددن على مراكز الام والطفل بفترات متلاحقة اكثر (٣٥).

نظرة فاحصة على الصحة عند العرب في اسرائيل

تعتبر نظافة البيئة احدى مقومات الصحة ذات الاهمية البالغة، ولا تتوفر شبكات المجاري الا في ١٢ منطقة سكنية من القرى والمدن العربية (٣٦). وليست المجاري المتدفقة عبر الشوارع سوى دليل واضح للعيان على هذا الامر، وهذا يتناقض كليا مع احد الاهداف المعلنة والتي صرحت بها وزارة الصحة في بنود سياسة الصحة القومية على المدى البعيد في اسرائيل: ايصال جميع البيوت في اسرائيل بشبكات مجار حتى عام ١٩٩٥. ويجدر بنا التنويه هنا الى الفروقات الموثقة في توزيع الميزانيات الحكومية على المجالس المحلية العربية، بالمقارنة مع ميزانيات المجالس المحلية اليهودية؛ فعلى الرغم من التعديلات التي اجريت في السنوات الاخيرة على هذا الامر الا اننا نجد ان هذه الفروقات تصل لنسبة ٣-١:٥ لصالح اليهود طبعا (٣٧).

مقاييس عامة لقياس مستوى الصحة عند العرب واليهود، ١٩٨٨

المقياس	العرب	اليهود	عدد الاشخاص الذين كان من الممكن انقاذهم لو تعادلت النسبة*
المواليد الاموات لكل الف من المواليد الاحياء	10.1	3.6	174
وفيات الرضع لكل الف من المواليد الاحياء	16.4	7.6	236
وفيات ابناء ال ٠-٥ لكل الف من المواليد الاحياء	19.8	9.0	290



مكور: لمייס. שנתון סטטיסטי לישראל 1990. לוחות 3.1 ו-3.29.

ملاحظات: * طريقة اجراء الحساب: لقد طرحت معطيات العرب من معطيات اليهود ثم ضربت في نسب المواليد الاحياء الثلاثة وقسمت على ١٠٠٠.

لقد تم تقريب جميع الاعداد الى اقرب عشر

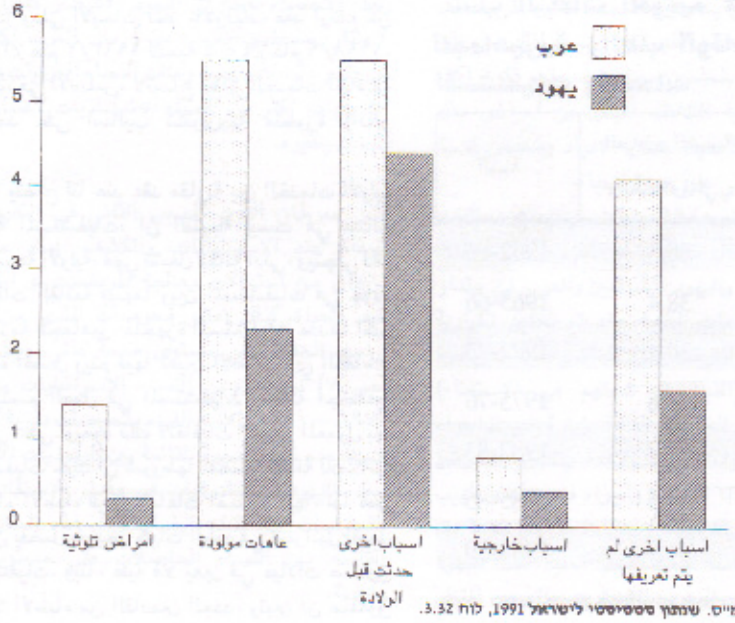
لا تتوفر في القرى والمدن العربية في اسرائيل الا ادنى مستويات الخدمات الصحية ونجد ان مستوى الصحة فيها متدن كثيرا، وبامكاننا (من خلال الجداول)، ان نقارن ما بين السكان العرب واليهود بناء على نسب وفيات الرضع ووفيات الاطفال بسن ٠ – ٥ سنوات وايضا حسب عدد المواليد الاموات.

لو اضفنا نسبة المواليد الاموات ونسبة وفيات الرضع ووفيات الاطفال تحت سن ٥ سنوات الى نسب الانجاب المرتفعة لوجدنا مسوغا لوزن العرب المرتفع في مجموع حالات الموت في سن مبكرة، فمثلا، عام ١٩٨٨، كانت نسبة وفيات العرب: ٥١٪ من المواليد الاموات، ٤١٪ من وفيات الرضع و٤٢٪ من وفيات ابناء ال ٠-١٥ سنة (وقد تم حساب النسب من المجموع الكلي لكل نوع من انواع الوفيات).

وعبر تحليل استند الى معطيات وفيات الرضع ما بين الاعوام ١٩٧٧-١٩٨٠ تم ايجاد ارتباط بارز بين الانتماء للطبقة الاجتماعية – الاقتصادية (وقد قيس هذا الانتماء حسب مهنة الاب) وبين وفيات الرضع عند العرب، ومن العوامل الاخرى التي تؤثر على هذا الامر: عمر الام (اما اقل من ٢٠ سنة او اكثر من ٣٥ عند الانجاب) وثقافتها الضحلة، وبالمقارنة تم ايجاد ارتباط بين ترتيب الولادة (علما بان الطفل الرابع فما فوق يعتبر من عوامل الخطورة) وبين وفيات الرضع (٣٨).

وعند اجراء تحليل اكثر تفصيلا على معطيات وفيات الرضع (انظر الجدول) نجد ان هنالك دلائل تشير الى انماط امراض شائعة عند العرب بشكل خاص، فعلى ما يبدو فان الوفاة من جراء عاهات مولودة مرتبطة بالعلاقة المتبادلة بين عوامل جينية (وراثية) وبين تفضيل العرب لزواج الاقارب (٣٩). اما بالنسبة للامراض الناتجة عن التلوث –والتي بالامكان تلافي معظمها– فانها احد مسببات وفيات الاطفال، وهنالك فرق شاسع بين العرب واليهود في مدى الاصابة لهذه الامراض اكثر من سواها.

نسب وفيات الرضع لكل ١,٠٠٠ من المواليد الاحياء عند العرب واليهود حسب سبب الوفاة، ١٩٨٥-١٩٨٨



مكور: لمייס. שנתון סטטיסטי לישראל 1991, לוח 3.32.

لقد توقف مركز الاحصائيات عن نشر معطيات حول انتشار امراض معينة حسب فئات العمر، لكننا، وعبر المعلومات غير المنتظمة التي نحصل عليها، نستطيع ان نلاحظ انتشار امراض معينة بكثرة عند العرب، ويلاحظ ايضا عدم توفر علاج مناسب لها عند هذه الفئة من السكان، فمثلا لقد تسبب وباء الحصبة الذي انتشر في النقب في شتاء عام ١٩٩٠ في ادخال المئات من البدو الى المستشفيات، خاصة الاطفال والشباب منهم، وأدى ايضا الى وفاة تسعة اشخاص، فهذا النوع من الوفاة، والذي نراه شائعا بين العرب حصرا يشير الى التباين المفرط في مستويات الخدمة المقدمة للفئات السكانية المختلفة ويشير ايضا الى المكانة التي يتمتع بها بدو النقب، ذلك ان الوفاة اثر الاصابة بالحصبة لا تكون الا لعدم تلقي التطعيم ضد هذا المرض من جهة وبسبب سوء التغذية من جهة اخرى، هذا بالاضافة الى الصعوبات التي يواجهها السكان في الوصول الى الخدمات الطبية. وقد اشارت معطيات نسب التعرض للامراض الناجمة عن التلوث والتي تم نشرها بانتظام حتى عام ١٩٩٠ (وبعدها توقف الملحق الابيديمولوجي لمركز الاحصائيات عن نشر معطياته حسب القومية) الى وجود فروقات لم تكن لصالح العرب (عدا في حالة الاصابة بمرض الملاريا)، وبناء على احصاء اجري حول مستوى التغذية فقد وجدت نسبة عالية من حالات فقر الدم والكساح عند الاطفال العرب (٤٠).

وبامكان الاستناد الى الاحصاء الذي اجري في احدى القرى العربية في الجليل قبل عشر سنوات ان يجسد الوضع العام عند العرب –فقد عانى كل ستة رضع من بين عشر بعمر ٤–١٢ شهرا من الكساح وتفشي فقر الدم بين الكثيرين منهم(٤١) وتبين من خلال بحث اكثر جدة والذي درس احوال الرضع في النقب ان فقر الدم امر شائع عند ٥٠٪ من الرضع اليهود، لكن هذه النسبة تبلغ ٧٥٪ عند الرضع العرب، ومن الجدير بالذكر ان مناطق السكن اليهودية التي شملها البحث تميزت بغالبيتها العظمى بسكان ينتمون للطبقة الاجتماعية–الاقتصادية المتدنية وبعد هذا الانتماء من احد عوامل الخطورة المعروفة (٤٢).

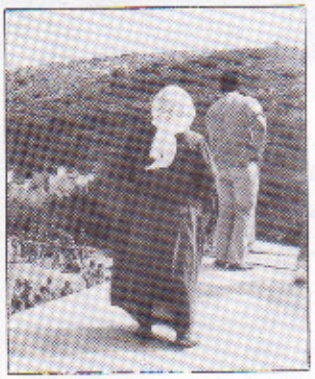
الخدمات الصحية في القرى العربية

لقد تبين بناء على نتائج احد الابحاث التي اجريت عام ١٩٨٥، وتمت فيها مقارنة الخدمات العلاجية وخدمات الطب الوقائي في ٨ مناطق سكن عربية من بين قرية او مدينة وثمانية مناطق سكن يهودية، ان كمية الخدمات المتوفرة كانت بنسبة ١:٢ لصالح مناطق السكن اليهودية وذلك في كل من الامور التالية: توفر الاطباء، الممرضات، مجموع الموظفين، الغرف والعيادات(٤٣).

وبعد فترة قامت لجان داخلية تابعة لوزارة الصحة ولصندوق المرضى التابع للهستدروت بالاعتراف بوجود فارق يصل لحوالي ٣٠٪–٤٠٪ في مستوى الخدمات الصحية لكن تقارير هذه اللجنة لم تنشر بتاتا.

أحد الابحاث المفصلة، والذي لم يتم نشره ايضا، حيث اجرى على ١٣ قرية عربية في الجليل الغربي فقد حدد علامة كمية لـ ٥٠ بندا مختلفا من بنود خدمات الصحة حسب تدرج بدأ من صفر حتى ١٠ درجات وبناء على هذا التدرج فان علامة صفر كانت تشير الى انعدام الخدمة وعلامة ١٠ تشير الى ان مستوى الخدمة المتوفرة يعادل المستوى القطري المتوسط، وبما ان علامة عشرة تشير الى المستوى القطري المتوسط وبما ان مستوى الخدمات المنخفض في القرى والمدن العربية يرجع كفة المستوى القطري الى اسفل فان النتيجة التي تترتب على ذلك هي ان مناطق السكن اليهودية حصلت على علامة اعلى من عشر درجات.

وبالمقارنة فان القرى التي تم شملها في الاحصاء قد حصلت على متوسط علامات تتراوح بين١٠:١ و١٠:٧ (انظر الجدول).



لم يتم حتى يومنا هذا وصل ٣٠٪ من سكان مدينة ام الفحم (والتي يبلغ عدد سكانها ٢٧.٠٠٠ نسمة) بشبكة مجار، اما صندوق المرضى التابع للهستدروت والذي يبلغ عدد اعضائه من سكان المدينة ١٨.٠٠٠ عضو، فانه لا يرسل جراحا للعيادات الا مرتين اسبوعيا ولمدة نصف نهار، ويعمل ثلاثة اطباء فقط في عيادتي الصندوق وذلك رغم كثرة عدد الاطفال في البلدة، ولا يوجد فيها سوى طبيب نساء واحد وعند تغيبه عن العمل لا يتم ارسال بديل له، وايضا ينقص في البلدة وجود الخدمات التالية: طبيب انف، اذن وحنجرة، طبيب عيون، طبيب مختص بالقلب، طبيب مختص بالاعصاب واخصائي الجهاز البولي.

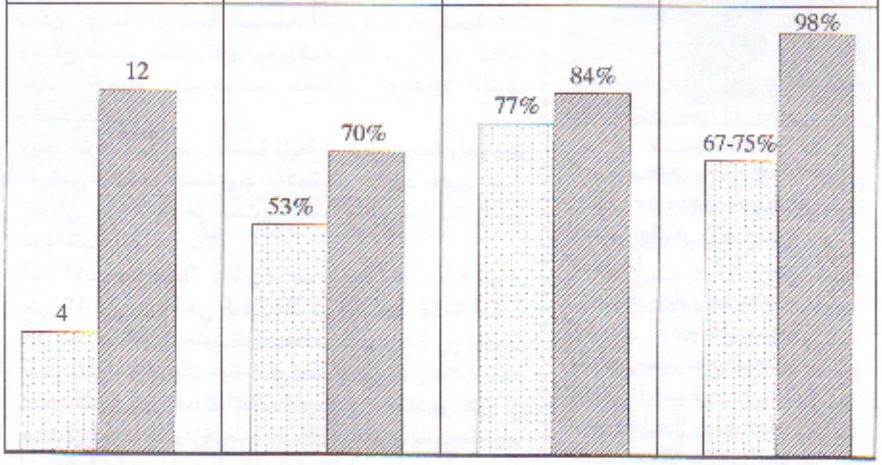
وفي ايام السبت وساعات المساء تكون الخدمات الطبية معدومة، ولا يوجد في البلدة سوى سائق واحد لسيارة الاسعاف، ويلاحظ النقصان في خدمات اخرى مثل خدمات الصحة النفسية، ووجود مركز لتطوير الطفل، خدمات استشارية وراثية او خدمات تصوير اشعة ونتجن، اجهزة نمشيط (סונוקיס) واجهزة فوق صوتية، اما بالنسبة لتخطيط القلب ولفحوصات الدم والبول فانها تجرى في العيادات المحلية لكنها ترسل للفحص المخبري في الخضيرة (٤٤).

مستوى الخدمات الصحية في ١٣ قرية عربية

مكور: كنعانة، ד. 1988. סקר תיאורי של שירותי בריאות ושירותים נלווים ב־13 כפרים ערביים בגליל חמערבי. עבודת מחקר לקבלת תואר מ.א. בבריאות חציבור, בית חספר לבריאות חציבור ליד בית חולים חדסה, ירושלים.

مدى التوجه للخدمات الصحية

التأمين الطبي	الطب الوقائي	التوجه للعيادات	
نسب الاعضاء في التأمين الطبي	نسب الاطفال ممن تلقوا التطعيم وفق برنامج تطعيم شامل	نسب حوادث الوفاة في المستشفيات عام ١٩٨٨	عدد التوجهات في السنة (١٩٨٣)
67-75% / 98%	77% / 84%	53% / 70%	4 / 12



مקורות: כנאענה, תאתם, ואחרים. 1987. דברי הכנס הראשון על בריאות במגזר הערבי. ראמה, אגודת הגליל, עמ. 71 (בערבית). למייס, **שנתון סטטיסטי לישראל** 1991, לוח 24.12; דו"ח חיסונים של משרד הבריאות, 1990; כנאענה, תאתם. 1990. עדות בשם אגודת הגליל בפני ועדת נתניחו.

ملاحظة: لقد تم تقريب جميع الاعداد لاقرب عشر

عرب

يهود

فرص الصحة في المجتمع العربي

يعتبر مقدار الاستفادة من خدمة الرعاية الصحية عند العرب من المؤشرات التي تكشف مدى نجاعة هذه الرعاية. وكما يظهر الجدول (المقابل) فان معدل عدد مرات التوجه لعيادة صندوق المرضى اعلى عند اليهود ب ٣ مرات منه عند العرب: ١٢ توجها في السنة (عند اليهود) مقابل ٤ توجهات في السنة (عند العرب). وبينما نلاحظ ان لدى اليهود ميلا للتوجه الزائد لعيادات صندوق المرضى (والتي تشغل احيانا وظائف اجتماعية اضافة الى الوظائف الطبية) (٤٥)، فان الفروقات دون شك تشير الى مقدار التيسر النسبي لهذه العيادات في اماكن السكن العربية واليهودية.

ان الفارق القائم في نسبة حالات الوفاة في المستشفيات (٥٣٪ عند العرب بالمقارنة مع ٧٠٪ عند اليهود) لا تشير بالضرورة الى وجود نوع من الميل الاجتماعي عند العرب للعناية بالمريض في البيت. ويظهر البحث ان قلة الطلب على اسرة العناية التمريضية للمسنين العرب مرتبطة بقلة تيسر هذه الخدمات وضآلة الوصول اليها، بالاضافة لوجود عوامل اخرى مثل بعد البيت عن المستشفى وعدم الملاءمة الحضارية والتي تجعل الخدمات القائمة غير متيسرة (٤٦).

تعتبر القوى البشرية العاملة في الخدمات الصحية ذات دلالة كبيرة على قدرة المجتمع على تلبية احتياجاته الصحية والدور الفعال الذي يلعبه في متابعة قضاياها. ويعقد الجدول (في الاسفل) المقارنة بين عدد العاملين في مجال الطب عند الفئتين (العرب واليهود).

ومن الملاحظ ان غالبية الاطباء العرب هم من خريجي معاهد الطب الاجنبية ويرجع ذلك الى حقيقة انه لا يتم قبول الا نسبة ضئيلة من خريجي المدارس الثانوية العربية في كليات الطب في اسرائيل، حيث تبلغ هذه النسبة الـ ٥٪ من بين الفئة العمرية التي ينتمي اليها هؤلاء الطلبة.

مجموع القوى الطبية العاملة لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة حسب القومية، ١٩٨٩

اطباء اسنان		اطباء مختصون		ممرضات		مجموع الاطباء	
عرب	يهود	عرب	يهود	عرب	يهود	عرب	يهود
48	91	34	264	272	504	164	294

مקור: כנאענה, תאתם. עבודה שהוגשה לכנס חשני על נושאי בריאות בקרב ערבים, שהתקיים בנצרת באוקטובר 1991. הרשומות בהכנה להוצאה לאור בערבית.

ترفض وزارة الداخلية الاعتراف بحوالي ١١٠ قرى من القرى العربية وهذا يعني ان حوالي ٥٠,٠٠٠ نسمة تركت خارج الاطار الرسمي لتلقي الخدمات الصحية. وبعض هذه القرى لا تنقصها الخدمات الصحية فقط بل ومياه الشرب ايضا.

قضايا رئيسية في مضمار صحة المرأة

ليست الطبقة الاجتماعية – الاقتصادية ولا جودة وتيسر الخدمات الصحية هي الامور الوحيدة التي من شأنها ان تؤثر على مستوى صحة المرأة، وانما يتأثر هذا المستوى ايضا بنوعية العلاقة بين المراجعة (المريضة) وبين الطبيب. ولهذه العلاقة دلالة خاصة ذلك ان بعض «الوقائع» التي تمر بها المرأة خلال دورة حياتها قد تم اعتبارها في السابق امرا طبيعيا لا يمكن تفاديه، اما اليوم فانها تعتبر امورا صحية وتستدعي تدخلا طبيا حتى لو لم يتم تعريفها على انها «مرض» بل احداث كالولادة، تلقي العادة الشهرية، منع الحمل، الاخصاب، علاج قبل الولادة وانقطاع العادة الشهرية.

وهكذا فاننا نجد ان ارتباط النساء بالاطباء قد ازداد سواء كن مريضات او غير مريضات اما الرجال فانهم لا يقومون بالتوجه للاطباء الا ساعة اصابتهم بمرض معين. بالاضافة لذلك فان النساء يضطررن لرؤية الاطباء بتكرارية زائدة وذلك بحكم كونهن «وسيطات» بين الخدمات الطبية التي يقدمها هؤلاء الاطباء وبين سائر افراد الاسرة.

مقاييس الصحة عند النساء

لقد ازداد متوسط عمر المرأة من ٧٣,٢ سنة في اوائل السبعينات لـ ٧٧,٥ سنة عام ١٩٨٨. اما بالنسبة للرجال الاسرائيليين فقد طرأت لديهم زيادة من ٧٠,١ سنة لـ ٧٣,٩ سنة، وهذا نفس التوجه القائم في الدول الاوروبية ايضا، اما متوسط عمر اليهوديات في اسرائيل فهو اعلى من متوسط عمر العربيات بحوالي ثلاث سنوات: ٧٨,٠ سنة مقابل ٧٥,١ سنة (٤٧).

تعتبر معافاة المرأة من ناحية صحية اضافة الى توفير الدعم الاسري والاجتماعي لها من الامور التي تساعدها على التمتع لاقصى حد بمتوسط العمر العالي هذا، لكن هنالك معطيات حول النساء اللواتي بلغن سن الـ ٦٠ او اكثر والتي تشير الى ان العديد منهن يعشن تحت ظروف من الوحدة والعزلة وان احتمال ادخالهن المستشفى بسبب امراض الشيخوخة يرد بالحسبان اكثر من الاحتمال الوارد عند الرجال (٤٨).

بالاضافة لذلك توجد دلائل تشير الى ميل النساء للاصابة بالامراض اكثر من الرجال خاصة عند بلوغهن سن الشيخوخة، ويبدو ان اسلوب حياة الرجال يجعلهم اكثر عرضة للموت الفجائي بينما اسلوب حياة النساء يجعلهن اكثر عرضة للاصابة بالامراض المزمنة (٤٩).

الانجاب وتربية الاولاد بالاضافة الى الاعمال المنزلية والاعمال الاخرى المرهقة والمجانية والتي غالبا ما تكون ملقاة على عاتق المرأة جميعها عوامل من الممكن ان تؤدي الى التسيب في الارهاق وفي حالات الاكتئاب عند المرأة.

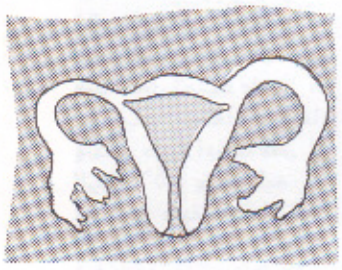
وتوجد مؤشرات تفيد بأن عدد النساء اللواتي يقمن بتربية اطفالهن دون وجود رجل الى جانبهن او اللواتي يعشن بمفردهن اما بسبب الطلاق او الترمل اكبر من عدد الرجال الذين يعيشون تحت ظروف مشابهة هذا بالاضافة الى انهن يتلقين اجرا اكثر انخفاضا من اجر الرجال الذين يعملون بنفس الوظيفة، وجميع هذه الامور تؤدي الى ارتفاع نسبة الفقر وتفشي الامراض بين النساء ولقد وجدت دراسة متابعة استمرت مدة ١٠ سنوات وشملت ٣٦٠ من الازواج الشابة في الاحياء الفقيرة في القدس «شواهد» تشير الى وجود ميل عند النساء للاصابة بالامراض اكثر من الرجال عند بلوغهن سن الشيخوخة (٥٠). ففي بداية الدراسة عام ١٩٦٥ بلغت نسبة الرجال الذين اصيبوا بامراض ادت الى حدوث اعاقة جسدية لديهم ضعف نسبة النساء، وبعد عشر سنين طرأ ارتفاع عند النساء في نسبة تفشي الامراض بينهن وبلغ هذا الارتفاع ٣٥٠٪ بالمقارنة مع الارتفاع الذي وجد عند الرجال والذي بلغ ٥٨٪ فقط، اضافة لذلك فقد كانت نسبة النساء اللواتي اصبن باكثر من مرض واحد اكبر من نسبة الرجال، اما العوامل الرئيسية والتي رأتها النساء مسببات لهذا الامر فقد كانت تعاقب الحمل والانجاب، ومن العوامل الاخرى التي تم ذكرها: الاعراض المرافقة لامراض اصبن بها في السابق وايضا تاثيرات نابعة من عمليات جراحية اجريت لهن في الماضي هذا بالاضافة الى الضغوطات العائلية وضغوطات اخرى تتعلق بادارة شئون المنزل، بمعنى اخر فان الامراض المزمنة عند النساء مرتبطة ارتباطا وثيقا بوظائفهن البيولوجية والاجتماعية. وقد اشار احصاء اجراه مؤخرا صندوق المرضى التابع للهستدروت الى وجود نسبة عالية من النساء اللواتي يعانين من اكثر من مرض واحد واشار ايضا الى وجود نسبة عالية من الاضطرابات النفسية لديهن، فمن بين ١٠٠٠ امرأة تم فحصها اشتكت ٢٥٪ منهن من ٢–٥ اعراض مرضية وتحدث ٤٠٪ منهن عن الاحساس بالضغط النفسي، القلق او الاكتئاب لكن لم يتوجه سوى ٩٪ منهن فقط لتلقي علاج طبي(٥١). ان عدم توجه هؤلاء النسوة للاطباء يشير الى احساسهن المرهف بمجريات الامور فليس بمقدور الطب ان يغير مسيرة حياة النساء وغالبا ما تكتفي عيادات الصحة النفسية بتسجيل وصفات من الحبوب المهدئة (فاليوم) وما شابه (٥٢).

وقد وجدت الدراسة نفسها ان نسبة الاصابة بضغط الدم العالي عند ٦٠٠ امرأة، شملتها الدراسة، بسن ٤٥ او اكثر بلغت ٣٠٪ لكن فقط ثلث هؤلاء النسوة كن على دراية بهذا الامر. وبما ان مراقبة ضغط الدم العالي بشكل متواصل من الممكن ان يمنع الاصابة بامراض الاوعية الدموية فعلى صندوق المرضى ان يعمل جاهدا على تشجيع النساء بسن ٤٥ او اكثر على اجراء فحوصات دم دورية.

اسباب الوفاة عند النساء

في الماضي كانت اصابة المرأة بامراض القلب والسرطان اقل من اصابة الرجال وهذا ينطبق ايضا على ظواهر مرتبطة بالتدخين، شرب الكحول، حوادث الطرق والعنف لكن كلما اصبح اسلوب حياة النساء شبيها اكثر باسلوب حياة الرجال فان احتمالات تعرضهن لمثل هذه المخاطر تزيد (٥٣).

وفي يومنا هذا فان اسباب الوفاة الاكثر انتشارا بين النساء في اسرائيل تشبه الاسباب المنتشرة بين الرجال: امراض القلب والاوعية الدموية، السرطان وامراض الاوعية الدموية في المخ.



هنالك توجه في الطب الحديث لرؤية اعضاء المرأة التناسلية وكانها اجهزة الية بحاجة لصيانة من قبل اطباء خبراء (٥٤)، فالاسرة، المجتمع او الدولة، كل من جهته، يميل لرؤية هذه الاعضاء مجرد ادوات مسخرة لخدمة المجموعة – لزيادة النسل او تحديده على سبيل المثال. وبالنسبة للنساء اليهوديات نجد ان تنظيم الاسرة غير متطور وعلاج العقم بالغ التطور. ان قوانين الاجهاض ليبرالية ولكنها لا تتيح اجراء عمليات الاجهاض حسب الطلب وما زال التراجع يخيم فوق راسها.

يتم في اسرائيل تنفيذ عمليات استئصال الرحم بنسبة اقل من النسبة المعمول بها في الولايات المتحدة، ففي عام ١٩٨٦ بلغت هذه النسبة ١٠٠,٠٠٠/٧٥ مقابل نسبة ١٠٠,٠٠٠/٢٨٠ الشائعة في الولايات المتحدة (٥٥). ورغم ذلك يميل الاطباء لرؤية اعضاء المرأة التناسلية على انها شئ زائد خاصة بعد انتهاء فترة القدرة على الانجاب لديها، وحين تتم عملية استئصال الرحم عند النساء اللواتي بلغن سن ال ٤٥ او اكثر نجد ان الاطباء يعمدون الى استئصال المبيض وقناة فالوب حتى لو لم يكن هنالك اي داع لفعل ذلك من ناحية طبية، علما بان هذه الاعضاء تساهم في شعور المرأة في الصحة وفي احساسها بالمتعة الجنسية.

على الرغم من ان اسباب الاصابة بأمراض القلب عند النساء تختلف عن الاسباب الشائعة عند الرجال الا ان غالبية القرارات الطبية المتعلقة بعلاج امراض القلب عند النساء تعتمد على معطيات مستقاة من ابحاث وتجارب طبية اجريت على الرجال(٥٦). وبناء عليه فهنالك حاجة ماسة لزيادة الابحاث على النساء لتحسين عملية تشخيص هذا المرض وعلاجه المبكر ولبلورة خطوات وقائية لتفاديه على وجه الخصوص.

تعتبر امراض القلب من المسببات الرئيسية للوفاة عند اليهوديات والعربيات على حد السواء، فهي تسبب ٤٧٪ من حالات الوفاة عند النساء، اما السرطان فانه مسبب الوفاة الثاني بالتدريج عند اليهوديات والثالث بالتدريج عن العربيات. ومن الجدير بالذكر ان نسبة الوفاة من امراض القلب والسرطان آخذة بالازدياد عند العربيات(٥٧).

امراض القلب

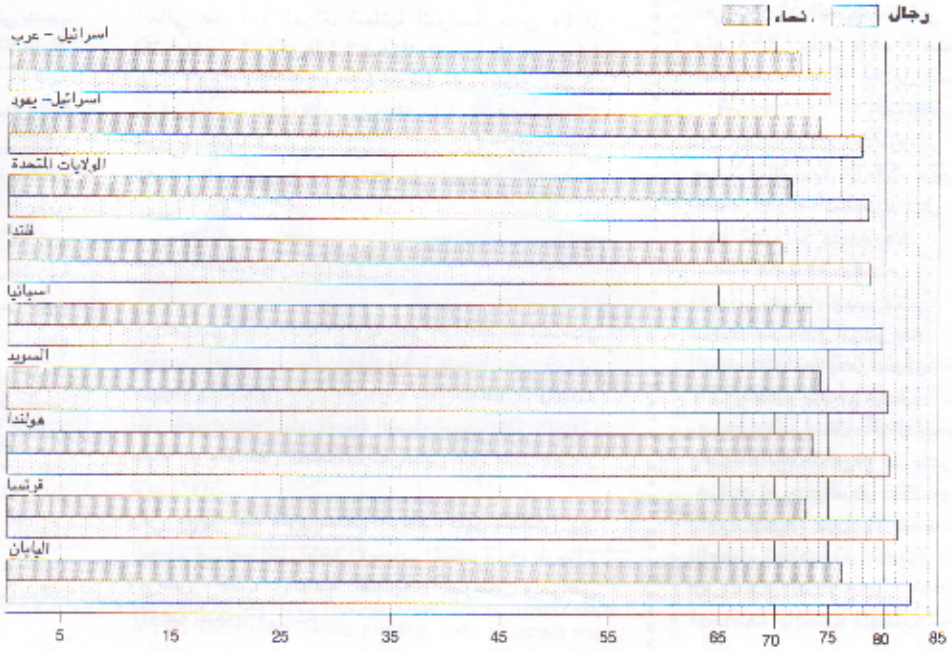
ان احتمالات وفاة النساء في اسرائيل من جراء التعرض لنوبة قلبية اولى او احتمالات وفاتهن خلال عملية قلب اعلى من احتمالات وفاة الرجال في مثل هذه الظروف ، في حين ان نسبة التماثل للشفاء والعودة للحياة الطبيعية منخفضة اكثر عند النساء عن النسبة الموجودة عند الرجال(٥٨)، ويعزو الاطباء ذلك الى حقيقة ان النساء يصبن بامراض القلب في سن متقدمة ، لكن العديد من الابحاث التي اجريت في الولايات المتحدة نسبت هذه الفروقات في نسب الوفاة الى ميل الاطباء لتجاهل الاعراض الاولى للمرض عند النساء وذلك استنادا الى الاعتقاد السائد بأن الهرمونات الانثوية كفيلة بوقاية جسم المرأه من امراض القلب(٥٩). فمثلا عندما يشكو اي رجل من اوجاع في صدره يقوم الطبيب بارساله فورا لاجراء فحص القلب خلال القيام بعمل مجهد (בדיקת לב במאמץ) اما بالنسبه للنساء اللواتي يشتكين من نفس الاعراض فعادة لا يتم ارسالهن لاجراء هذا الفحص مما يترتب عليه ضياع فرصة تشخيص مبكر للمرض ، وبناء عليه فعندما تصل المرأه لمرحلة تلقي العلاج يكون المرض قد استفحل وبات في مراحل متقدمه .هنالك ميل لدى النساء للاصابه بمرض القلب في سنوات الـ ٥٠ والـ ٦٠ من عمرهن ، لكن هذا لا يعني ان النساء بعمر الـ ٤٠ سنة لسن عرضة للاصابة بهذا المرض . هذا وقد نسبت الزيادة في معدلات تفشي المرض عند الاجيال الشابة من النساء في الدول المتطورة الى زيادة نسبة التدخين عند النساء ، وكما هو معروف فان التدخين يعتبر من احد اسباب الاصابة بامراض القلب عند الرجال ، اما عامل الخطورة الثاني والذي يشيع اكثر عند الرجال منه عند النساء ، فهو تبني انماط سلوك كالعنف ، المنافسة ، العدوانية ، الاحساس المزمن بضغط الوقت وقوة الدافع نحو التحصيل(٦٠)، ونجد انه كلما ازداد انتشار انماط سلوك كهذه عند النساء كلما ازدادت احتمالات اصابتهن بامراض القلب نتيجة لذلك وبالنسبه لقسم من النساء فان حبوب منع الحمل تعتبر عامل خطورة اخر ، والمقصود هنااولئك النسوة اللواتي يعانين من ضغط الدم العالي ، من نسبة الكولسترول العالية او من الاضطرابات في الكبد ، بالاضافة الى بلوغ سن ٣٥ او اكثر ، ومن الجدير بالذكر ان التدخين يزيد من خطر حبوب منع الحمل وفي حالة الاصابه بامراض القلب ، كما في سائر الامراض ، تعزى اهمية قصوى للدعم الاجتماعي وللشعور بالانتماء سواء كان ذلك في مرحلة الوقاية من المرض او في مرحلة التماثل للشفاء ، فالنبذ ، الوحدة وفقدان الدعم الاجتماعي جميعها امور تزيد من مدى فاعلية عوامل الخطورة . وننوه هنا الى انه غالبا ما تكون نسبة النساء اللواتي يجدن انفسهن وحيدات وقت اصابتهن بأي مرض اعلى من نسبة الرجال الذين يمرون بظروف مشابهة.

السرطان

ان الموت اثر الاصابة بمرض السرطان اكثر انتشارا عند الرجال منه عند النساء وذلك في غالبية الدول وعبر غالبية الاعمار. اما في اسرائيل فنجد ان الوضع يختلف – فنسبة وفيات النساء دون سن ال ٥٥ نتيجة لاصابتهن بمرض السرطان اعلى من نسبة الرجال. ونسبة حالات السرطان التي يتم اكتشافها عند النساء اكثر شبابا تفوق اكثر من نصف النسبة الموجودة عند الرجال(٦١). وتنبع الغالبية العظمى لهذا الفارق من النسب العالية لتفشي مرض سرطان الثدي عند النساء، حيث يعتبر هذا

ان متوسط عمر النساء في جميع انحاء العالم اعلى من متوسط عمر الرجال، لكن في اسرائيل نجد ان الفارق في متوسط العمر بين النساء والرجال اقل من الفارق الموجود في غالبية الدول المتطورة: ٣،٨ سنة عند اليهوديات و ٢،٧ سنة عند العربيات بالمقارنة مع متوسط فارق يبلغ ٧ سنوات لصالح النساء في الدول المتطورة. في الواقع فان متوسط عمر الاسرائيليات منخفض نسبيا ويحتل هذا المتوسط المرتبة الـ ١٩ من بين ٢٩ الدول الاوروبية المسجلة في دليل الاحصاء السنوي لعام ١٩٩٠ والتابع لمنظمة الصحة العالمية، وذلك بالمقارنة مع المرتبة السادسة التي يحتلها متوسط عمر الرجال الاسرائيليين، والسؤال الذي يطرح هنا هو: هل صحة الرجال في اسرائيل افضل من صحة الرجال في الدول الاخرى، ام ان صحة النساء في اسرائيل اسوأ من صحة النساء في الدول الاخرى؟ اما الاجابة فغير معروفة حتى الآن.

معدل متوسط عمر النساء والرجال في بعض الدول المتطورة



النوع من السرطان اضافة الى سرطان الرحم وسرطان عنق الرحم المسبب ل ٥٠٪ من مجموع حالات الاصابة بمرض السرطان عند النساء دون سن ال ٥٥.

في اوائل سنوات ال ٧٠ بلغت نسبة النساء اللواتي اصبن بسرطان الثدي في احدى مراحل عمرهن امرأة واحدة من بين كل ١٣ امرأة واما في سنوات ال ٩٠ فقد ازدادت هذه النسبة لامرأة واحدة من بين كل ١٠ نساء، ونجد ان اليهوديات الاشكنازيات كن الاكثر عرضة للاصابة بالمرض في الاعوام ٧٧-١٩٨٠: ١٠٠,٠٠٠/٧٠ حالة مقابل نسبة ١٠٠,٠٠٠/٤٣ التي وجدت عند اليهوديات الشرقيات، وتعود الزيادة في نسب تفشي المرض عند اليهوديات الى تسارع انتشاره عند اليهوديات الشرقيات.

ان احتمالات اصابة العربيات بسرطان الثدي اقل بكثير من احتمالات اصابة اليهوديات به وتبلغ هذه النسبة لديهن ١٤/ ١٠٠,٠٠٠، لكن وتيرة نسبة الزيادة في تفشي هذا المرض بينهن اكثر سرعة(٦٢). بالاضافة لذلك نجد ان نسبة وفاة اليهوديات من جميع انواع السرطان كانت اعلى ب ٣.٢ من النسبة التي وجدت عند العربيات عام ١٩٧٠ الا ان هذه النسبة اصبحت عام ١٩٨٢ اعلى ب ١.٢ ضعف(٦٣). (انظر الجدول).

يعتبر الغذاء الغني بالخضروات، الفواكه والحبوب وايضا الانجاب بسن مبكرة من العوامل التي تقلل من احتمالات الاصابة بسرطان الثدي، اما استهلاك الدهنيات، الكحول والزيوت بالاضافة الى السمنة المفرطة فانها تعتبر من العوامل التي تزيد من خطر الاصابة بالمرض، وبناء عليه فربما كان الارتفاع في نسب تفشي المرض وتفاوت نسب الوفيات من بين المجموعات المختلفة مرتبطا بتغييرات في عادات التغذية وفي القدرة على الانجاب.

هنالك ادلة على ان التعرض للموثات بيئية هو احد الاسباب الاضافية للوفاة من مرض السرطان، والملوثات مثل – مبيدات الحشرات وسموم اخرى تتراكم في الانسجة الدهنية في الجسم(٦٤).

رغم تزايد الاصابة بمرض سرطان الثدي بين النساء الاسرائيليات الا ان درجة الوعي الجماهيري والمهني على حد سواء باهمية الكشف المبكر عنه لا يزال شحيحا.

تعتبر الماموغرافية، وهي تقنية اشعة رنتجن خاصة بالثدي، من ابرز الوسائل ذات المصداقية للكشف عن اورام صغيرة عدة سنين قبل الاحساس بها، حيث ان هذا الاحساس يتم عادة اما عن طريق التحسس الذاتي او بواسطة الطبيب، وقد اظهرت الابحاث التي اجريت في اوروبا وفي الولايات المتحدة ان اجراء فحص للنساء المعافيات من ناحية صحية يقلل من نسب الوفاة بسرطان الثدي عند اللواتي بلغن سن الخمسين او اكثر ويخفض هذه النسبة بحوالي ٣٠-٥٠٪(٦٩). اما في اسرائيل فنجد ان اطباء النساء لا يقومون باجراء فحص للثدي ضمن الفحوص الروتينية التي يقومون بها ولا يحثون النساء اللواتي بلغن سن الخمسين او اكثر لاجراء تصوير ماموغرافي لاثدائهن الا عند التشكك بوجود كتلة او حدوث تغييرات في شكل الثدي، ونتيجة لذلك لا يتم استغلال الـ ٣٧ جهازا من اجهزة الماموغرافية الموجودة في اسرائيل بشكل لائق.

اما بالنسبة لسرطان عنق الرحم فهنالك اعتقاد سائد بانه توجد لليهوديات مناعة ضد هذا النوع من السرطان لكن يتم الابلاغ سنويا عن ٨٠ حالة جديدة من حالات الاصابة بهذا المرض، وتتوفى من جرائه ٢٠ امرأة. اما اكبر نسبة للوفاة من هذا المرض فانها موجودة عند النساء اللواتي بلغن سن ٥٥ او اكثر، والنساء بهذه السن يكن اكثر عرضة للاصابة بسرطان الرحم ايضا اذ يتم الابلاغ سنويا عن ٢٠٠ حالة جديدة وتموت من جرائه ٨٠ امرأة(٧٠). وبالمناسبة – يكثر انتشار هذا النوع من السرطان بين اليهوديات الشرقيات اكثر منه بين اليهوديات الاشكنازيات.

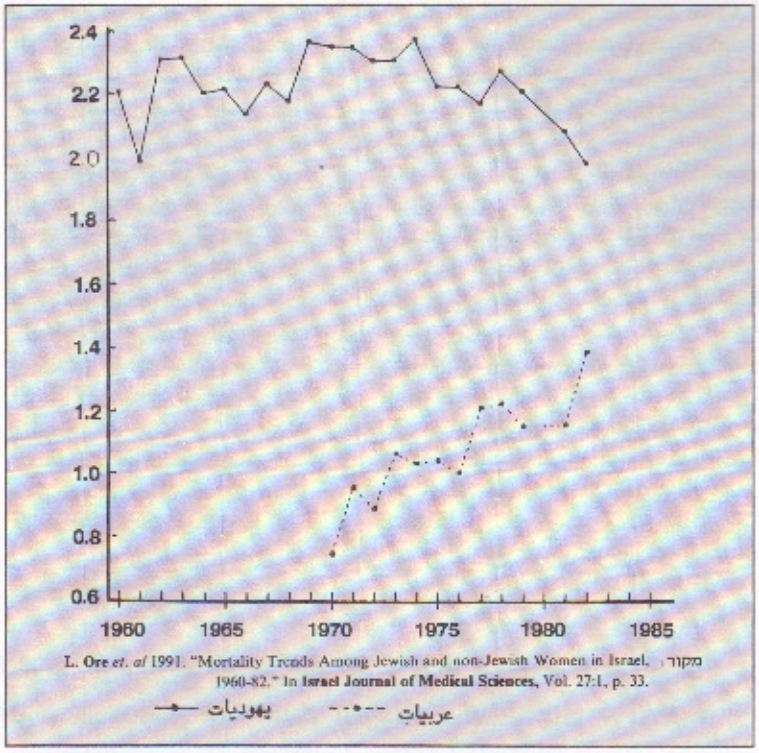
هنالك ادلة على انه من الممكن انقاذ عدد كبير من النساء عند اجراء فحوص روتينية لسائل عنق الرحم (משטח פאפ) او بوسائل اخرى للكشف المبكر عن السرطان عند النساء الاكثر عرضة للخطر. ان عملية فحص سائل عنق الرحم سهلة وغير مؤلمة ويمكن الكشف بواسطتها عن تغييرات قبل – سرطانية – سنين عدة قبل تطور السرطان نفسه.

وقد اظهرت دراسات اجريت في دول اخرى(٧١) ان الفحص المبكر يقلل من نسب تفشي المرض والوفاة بحوالي ٣٠-٤٠٪. ان عملية مكافحة مرض السرطان تتطلب تقديم دعم عاطفي ونفسي بشكل كبير، وقد اظهرت دراسات عديدة الاهمية القصوى للدعم العائلي في هذه الحالات، لكن تشير الدلائل بالنسبة لهذه القضية ان الدعم الذي تقدمه المرأة لزوجها عندما يصاب بمرض السرطان اكثر من الدعم الذي تحصل عليه المرأة في الوضع المعاكس(٧٢).

امراض الاوعية الدموية في المخ

يعتبر هذا النوع من الامراض المسبب الثالث في الترتيب للوفاة عند النساء الاسرائيليات، ففي عام ١٩٨٢ بلغت نسبة وفاة النساء من هذا المرض ١٦٥/١٠٠,٠٠٠ عند العربيات ونسبة ١١٩/١٠٠,٠٠٠ عند اليهوديات (انظر الجدول)، ويعتبر ضغط الدم العالي، وهو المرض الاكثر انتشارا عند النساء منه عند الرجال، عامل خطورة اساسي خاصة عند النساء العربيات حيث ان نسبة الوفاة

النسب المعدلة للوفاة اثر الاصابة بمرض السرطان حسب العمر عند النساء العربيات واليهوديات ٦٠-١٩٨٢



מקור: L. Ore *et. al* 1991. "Mortality Trends Among Jewish and non-Jewish Women in Israel, 1960-82." In **Israel Journal of Medical Sciences**, Vol. 27:1, p. 33.

لقد انخفضت نسبة وفاة الاسرائيليات اثر الاصابة بسرطان الثدي بين الاعوام ١٩٧٥-١٩٨٦ وبلغ هذا الانخفاض نسبة ٨٪ عند النساء كافة ونسبة ٣٤٪ عند النساء بجيل ٣٥-٣٤، وبالمقارنة فقد ازدادت في الدول الغربية نسبة وفيات النساء وبلغت ٤٥٪ (هذه النسبة معايرة حسب الجيل). وقد طرا هذا الانخفاض رغم الزيادة في عدد عوامل خطورة معروفة وايضا رغم الانخفاض في نسب استهلاك الفواكه، الخضار والالياف.

ويخمن ويستين ويختو ان هذا الانخفاض ناجم عن الانخفاض الفجائي في نسب مخلفات مبيدات الحشرات الـ אורגאנוכלוריניים في حليب الامهات وفي حليب البقر على حد السواء، وقد تم ذلك اثر تحريم استعمال مبيدات الحشرات من هذا النوع. فالمواد الـ אורגאנוכלוריניים تعمل على تسارع نشاط الخلايا السرطانية في الجسم(٦٥).

تدير الجمعية الاسرائيلية لمكافحة السرطان مراكز لفحص الثدي، لكن البرامج الدعائية لهذا المركز شحيحة وبالتالي فان نسبة الاستفادة منها ضئيلة ايضا(٦٦).

ففي العام ١٩٨١ قام بالتوجه اليها ١٠٪ من اليهوديات بسن عشرين سنة او اكثر فقط، ومن الجدير بالذكر ان هؤلاء اليهوديات كن من المثقفات من اصل اوروبي او امريكي ومن مواليد البلاد(٦٧). وننوه ايضا الى ان الاطباء خريجي كليات الطب في اسرائيل لا يحصلون عادة ضمن فترة تعليمهم على تاهيل كاف لاجراء فحص الثدي(٦٨).

عندهن من جراء الاصابة به عالية على وجه الخصوص، وكذلك الامر بالنسبة لليهوديات الشرقيات(٧٣).

يرتبط ضغط الدم العالي باستهلاك اصناف من الطعام تعتمد على الدهنيات والسكريات في تركيبها اضافة الى الشعور بالضغط النفسي، ومن الجائز ان يكون مرتبطا ايضا بعوامل وراثية(٧٤).

العنف

لقد تم منذ زمن اعتبار العنف عاملا مهما في كل ما يتعلق بمستوى صحة المرأة، ونجد ان البيت هو من اكثر الساحات التي تتعرض فيها المرأة لاوضاع عنيفة ضدها، فقد قتلت ٣٥ امرأة بايدي رجال عام ١٩٩١، ٢٥ منهن قتلن على يد احد افراد العائلة. ويميل المحللون لتوجيه اصبع الاتهام نحو حرب الخليج ذلك ان العديد من الرجال وجدوا انفسهم «محبوسين» في بيوتهم، لكن العديد من هذه الاعتداءات تم ارتكابها اما خلال الحرب او بعدها، ولو امعنا النظر في المعطيات بهذا الشأن عبر السنين لوجدنا ازديادا مستمرا في العنف ضد النساء، فقد قتلت ٢٧ امرأة عام ١٩٩٠، ٢٢ منهن قتلن بيد احد افراد العائلة.

ومن الجدير بالذكر ان هنالك العديد من حالات العنف تتعرض لها نساء اخريات واللواتي يقعن ضحايا الاعتداءات، الاغتصاب وغشيان المحارم.

قضايا تتعلق بالانجاب

ان التخوف في اسرائيل من التفاوت في نسبة الانجاب بين اليهود والعرب – او ما يسمى بالمشكلة الديموغرافية تسببت في تبني سياسة الحث على الانجاب (والموجه لليهود)، ونجمت هذه السياسة ايضا نتيجة لمعارضة الهيئة الدينية المتشددة دينيا (חרדית) على موضوع تنظيم الاسرة. وقد تضمنت هذه السياسة تحديد عمليات الاجهاض، تقديم هبات ولادة وتقديم الدعم المادي في قضايا السكن اضافة الى تقديم التسهيلات الكثيرة الاخرى للعائلات «كثيرة الاولاد».

وقد اعلنت الدولة في سنوات الخمسين عن منح هبة مالية لكل ولد عاشر في العائلة، لكن عندما اتضح عام ١٩٥٩ ان العائلات العربية هي التي تحظى بهذه الهبات على الاغلب تم الغائها خفية. وفي عام ١٩٦٧ اقام رئيس الدولة آنذاك، ليفي اشكول، مركزا ديموغرافيا عمل على تشجيع الانجاب بين اليهود (٧٥).

تقوم شبكة قطرية من مراكز الام والطفل بتقديم علاج غير مكلف للامهات قبل الولادة وبعدها، اما بالنسبة للنساء المتزوجات لمدة سنة على الاقل واللواتي لم تظهر لديهن اية بوادر حمل فيتم الاقتراح عليهن في هذه المراكز اجراء عملية اخصاب للبويضات خارج الرحم، علما بان هذه الخدمة بالغة الدقة ومكلفة. يوجد في اسرائيل ما لا يقل عن ٢٠ مركزا من مراكز الاخصاب خارج الرحم، وهي نسبة عالية في العالم اذا ما قورنت بنسبة عدد السكان، ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، لا يوجد سوى مركز واحد كهذا لكل ٤ ملايين شخص(٧٦).

وبالمقارنة مع هذا الوضع يتبين لنا مدى شح الوسائل المكرسة لتنظيم الاسرة على وجه الخصوص، فعيادات تنظيم الاسرة ليست جزءا رسميا تابعا لجهاز الصحة ولا تعيد صناديق المرضى المصاريف التي ينفقها اعضاؤها على وسائل منع الحمل.

ورغم كل ذلك فقد انخفضت نسبة الانجاب عند اليهود بشكل حاد، ويرجع سبب هذا الانخفاض الى انخفاض نسبة الانجاب عند اليهوديات الشرقيات، فقد انخفضت هذه النسبة من معدل ٦.٣ مواليد عام ١٩٥٠ لنسبة ٤.٠ مواليد عام ١٩٧٠ اما في يومنا هذا فان النسبة هي ٣.٠ مواليد.

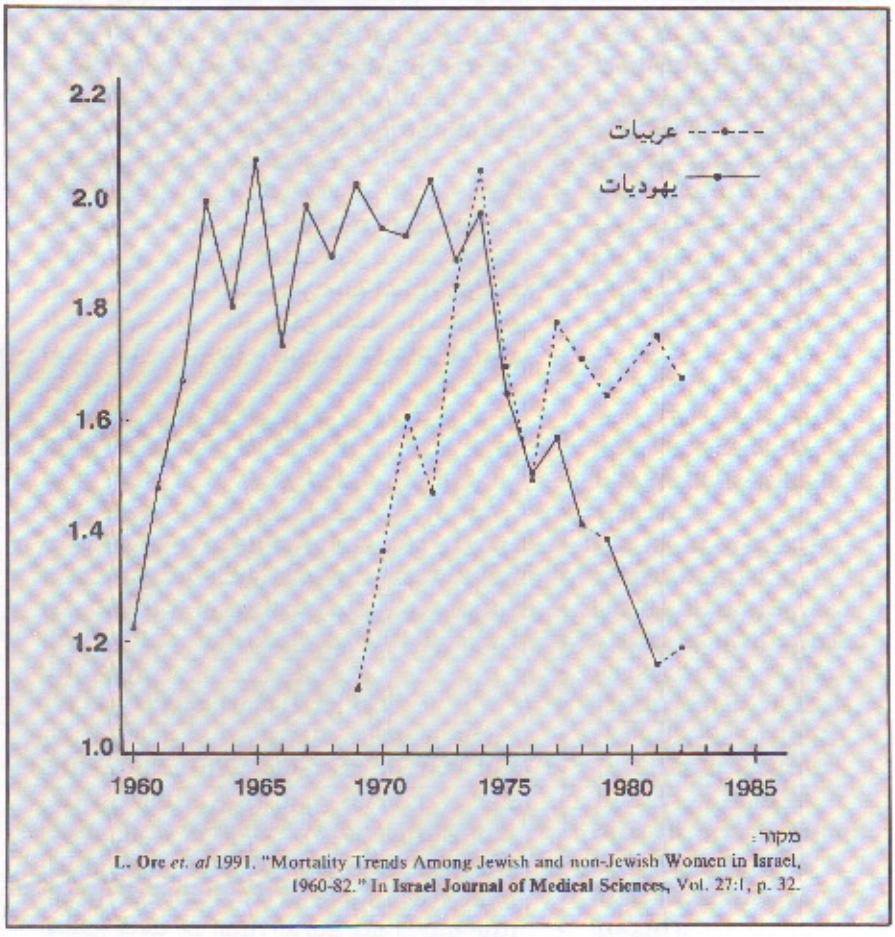
اما فيما يتعلق بنسبة الانجاب عند اليهوديات الغربيات فانها ما زالت ثابتة منذ عام ١٩٨٠ وبلغت ٢.٨ تقريبا.

وعلى ما يبدو ففي سنوات الخمسين والستين تم ضبط نسبة الانجاب عند اليهوديات وذلك عن طريق لجوئهن لعمليات الاجهاض، فعدم وجود وسائل حمل ناجعة ادت الى تبني هذه الوسيلة، وبالمقابل فقد ازدادت نسب الولادة عند المسلمات ويرجع الفضل في ذلك للتحسن الذي طرأ على الخدمات الصحية ولانخفاض نسب وفيات الاطفال(٧٧).

منع الحمل

لقد اظهرت دراسات اجريت في سنوات السبعين ان المتزوجين من اليهود يلجأون لوسائل منع حمل غير ناجعة نسبيا، ويلجأون للاجهاض عندما يكون الحمل غير مرغوب

النسب المعدلة للوفاة اثر الاصابة بامراض الاوعية الدموية في المخ حسب الجيل عند النساء العربيات واليهوديات ٦٠-١٩٨٢



מקור:
L. Ore *et. al* 1991. "Mortality Trends Among Jewish and non-Jewish Women in Israel, 1960-82." In **Israel Journal of Medical Sciences**, Vol. 27:1, p. 32.

فيه(٧٨). فقد تم تنفيذ حوالي ٢٠-٣٠ الف عملية اجهاض سنويا في تلك الفترة، اي ان معدل الاجهاض بالمقارنة مع نسبة المواليد الاحياء كان ١:٢، وهي نسبة تضاهي تلك الشائعة في مدينة نيويورك(٧٩)، وقد تم انجاز عمليات الاجهاض تلك بايدي اطباء في عياداتهم وبشكل روتيني.

اما التوقعات في السنين القادمة فانها تشير الى احتمال ازدياد عدد حالات الاجهاض نتيجة للهجرة من الاتحاد السوفييتي (سابقا) والتي ادت لاضافة حوالي ٩٠,٠٠٠ امرأة ذات قدرة على الانجاب عام ١٩٩٠-١٩٩١ على النساء الاسرائيليات. وتستند هذه التوقعات الى حقيقة ان هؤلاء القادمين يميلون لتفضيل عدد ضئيل من الاولاد في العائلة، وعلى ضوء الصعوبات الاقتصادية الحالية فمن غير المحتمل ان يقوم هؤلاء القادمون بتبني عادات الانجاب السائدة في البلاد، وحسب احد التخمينات ستصل الزيادة في حالات اللجوء للاجهاض لحوالي ٣٠٪(٨٠).

تنظيم الاسرة

عادة تقوم النساء المعنيات في الحصول على وسائل منع الحمل بالتوجه لاطباء النساء في صناديق المرضى وهؤلاء يقدمون وصفات من حبوب منع الحمل للنساء اللواتي لم ينجبن بعد ويقومون بوضع جهاز منع الحمل (اللولب) للواتي قد انجبن من قبل، وعادة لا يعرض الاطباء امام المتوجهات التشكيلة المتوفرة من وسائل منع الحمل، لسبب بسيط هو ان الاطباء انفسهم لا يكونون على دراية بوجودها في اغلب الاحيان.

ان اطباء النساء في اسرائيل يميلون بشكل واضح للعيان لتفضيل حبوب منع الحمل ووضع اللولب على وسائل منع الحمل الاخرى.

وسائل منع الحمل لا تقدم مجانا، فتتم مطالبة المتوجهات بدفع ثمن هذه الحبوب، وكذلك الامر بالنسبة لجهاز اللولب، وتقوم النساء ذوات الامكانيات بالتوجه لاطباء مستقلين وذلك لاعتقادهن بان هؤلاء الاطباء سيقدمون لهن خدمة افضل، لكن حتى عند هؤلاء فانهن لا يحصلن على معلومات حول البدائل المتنوعة للوسائل او حول درجة ملاءمة كل وسيلة من هذه الوسائل لاحتياجات كل امرأة وامرأة.

وقد تم في اواخر السبعينات واوائل الثمانينات تقديم عدد من الخدمات لتنظيم الاسرة وذلك بمبادرة اقسام الصحة الجماهيرية التابعة للسلطات المحلية ولمراكز الام والطفل ولمستشفيات الهيئات المستقلة وقد تم تنفيذ ذلك في المدن الكبرى على وجه الخصوص.

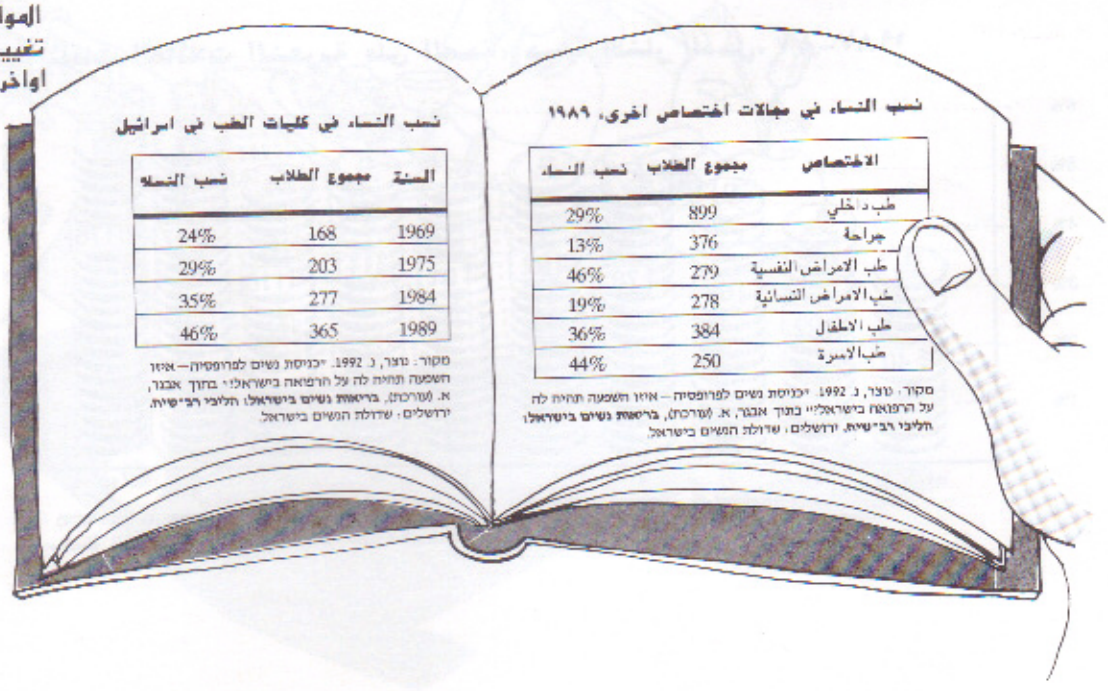
ففي القدس يقدم ١٠ من اصل ٣٠ مركزا من مراكز الام والطفل والمدارة من قبل البلدية خدمات تنظيم الاسرة، وتوجد في تل ابيب ستة مراكز مشابهة، لكن هذه الخدمات ليست اكثر من مجرد عيادات لوضع جهاز اللولب للنساء.

توجد عيادات لتنظيم الاسرة في عدد من المستشفيات الكبيرة لكن غالبا ما يجهل الجمهور امرها، وايضا هنالك عدد من الجمعيات التي تقدم خدمات تنظيم الاسرة.

بالامكان تلقي خدمة وضع اللولب وخدمات متابعة صحية في القرى والمدن العربية في الجليل وذلك كجزء من الخدمات العادية التي تقدم للامهات في مراكز الام والطفل، ويتم اعلام الامهات بامر جهاز اللولب عند اول زيارة يقمن بها للعيادات قبل الانجاب، ويتم تذكيرهن به عند اول زيارة لهن لهذه العيادات بعد الانجاب، اما الامهات اللواتي قد انجبن عددا كبيرا من الاولاد او النساء اللواتي انجبن بواسطة عملية قيصرية فان توصيات الاطباء لهن في مثل هذه الحال تكون ربط قناة الفالوب – ومن الجدير بالذكر ان هذه الوسيلة لا تعرض على اليهوديات ابدا، اما علاج العقم فانه لا يعتبر جزءا من الخدمة المقدمة من قبل صندوق المرضى.

في حالة عدم وجود اطباء مختصين في العيادات تقوم العديد من النساء العربيات بالتوجه للاطباء في العيادات الخارجية التابعة للمستشفيات، لكن غالبية الاطباء في هذه العيادات من الذكور اليهود، وهذا يؤدي الى وقف الزيارات على مجرد فحص آلي للجهاز التناسلي وليس اكثر من ذلك.

حصلت طرق عمليات الاجهاض والتي كانت متبعة في الماضي على صبغة شرعية عام ١٩٧٧ وذلك اثر تعديل قانون عمليات الاجهاض والذي سمح بانهاء الحمل شرط ان يتم ذلك في احدى المؤسسات الرسمية وبتصديق من قبل لجنة تلقى على عاتقها مهام اتخاذ القرار بشأن الحمل، وقد اعطيت هذه اللجان المؤلفة من اطباء وعاملات اجتماعيات صلاحية التصديق على عمليات الاجهاض في الحالات التالية: أ) عندما تكون المرأة تحت سن ال ١٧ او فوق سن ال ٤٠. ب) ان تم الحمل اثر عملية اغتصاب او غشيان محارم او علاقة جنسية خارج اطار الزواج. ج) في حال الشك بان الجنين مشوه جسديا او عقليا. د) ان كان استمرار الحمل سيؤذي المرأة عاطفيا او جسديا. هـ) ان كانت للحمل ابعاد سلبية على المرأة او اسرتها لأسباب اجتماعية ويتضمن هذا البند اخذ عدد الاولاد في الاسرة بعين الاعتبار. وبناء على اتفاقية ائتلافية عقدت بين حزب الليكود والاحزاب الدينية فقد تم عام ١٩٨٠ الغاء البند هـ) والذي يسمى البند الاجتماعي، لكن هذا الامر لم يؤثر على عدد عمليات الاجهاض الرسمية والتي بلغت ١٤,٥٠٠-١٧,٠٠٠ عملية سنويا، اي حوالي ١٥-١٧ حالة اجهاض مقابل كل ١٠٠ مولود من المواليد الاحياء. ولم يطرأ اي تغيير على هذه النسبة منذ اواخر السبعينات (٨١).



نشوء الخدمات الطبية المستقلة

هنالك ترابط واضح للعيان بين المصاريف التي يتم انفاقها على الطب المستقل وبين مستوى الدخل لذا فمن البديهي ان يؤدي تحويل عبء نفقات الخدمات الصحية عن عاتق الدولة الى عاتق العائلات الى زيادة عدم المساواة في تلقي هذه الخدمات، وقد ازدادت حصة المصاريف المنفقة على الصحة في ميزانية العائلات ما بين الاعوام ٧٩-١٩٨٠ و ٨٦-١٩٨٧ من ٤.٣٪ ل ٥.٣٪ اما اكبر زيادة فقد كانت في الامور التالية: التوجه لطبيب مستقل، علاج البصر، الدخول لدور استجمام، شراء ادوية ومعدات طبية (٨٩).

الازدهار الاقتصادي الذي تلا حرب الايام الستة اوسع من صفوف الطبقة الوسطى وعزز من مكانة افرادها ومكانة اولئك الذين انتموا للطبقة العليا في فترة ما قبل الحرب.

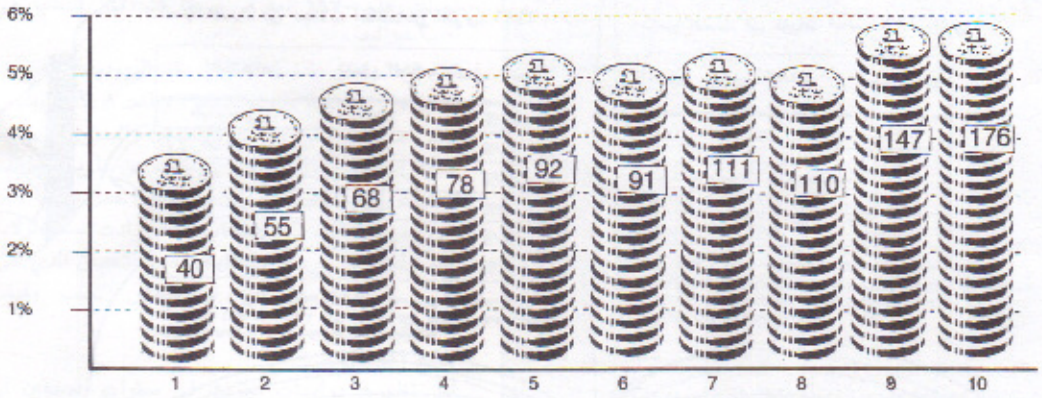
وقد اقترن هذا الارتفاع العام في مستوى الحياة بزيادة الطلب على سلع استهلاكية وخدمات اخرى ومن بينها الخدمات الطبية. وهكذا فقد تمت تلبية هذا الطلب الزائد إما بواسطة صندوق المرضى التابع لمكابي حيث انه يختلف عن صندوق المرضى التابع للهستدروت في عدة امور، فهو، مثلا، يسمح لاعضائه باختيار الاطباء، بالتوجه للاطباء بناء على تحديد موعد سابق بدل الانتظار بالدور، بالتوجه لطبيب مختص دون حاجة للحصول على امر تحويل من قبل الطبيب العام، اضافة الى انه يقدم خدمات مرافقة اكثر نجاعة، وايضا فقد تمت تلبية هذا الاقبال على الخدمات الطبية من قبل العديد من المصالح الطبية التجارية الخاصة والتي نشأت وازدهرت في سنوات الثمانين وشملت مراكز طبية، مؤسسات، مستشفيات علاج، خدمات سيارات اسعاف او خدمات طب بديل.

وقد تم عام ١٩٨٠ تحويل جزء من عبء تمويل الخدمات الصحية عن عاتق الدولة الى عاتق المواطنين: فالى جانب انخفاض النفقات التي تساهم بها الدولة في مصاريف الصحة طرأت زيادة على نفقات العائلات في هذا الامر، فليس الاغنياء هم اولئك الذين قاموا بدفع مبالغ اكبر على رسوم الخدمات الصحية فحسب بل قام بذلك ايضا ذوو الدخل المنخفض، فقد انخفضت نسبة المشاركة المباشرة التي تساهم بها الدولة في تمويل صندوق المرضى العام والذي يقوم بتقديم خدمات صحية على نطاق اوسع من اي صندوق اخر خاصة لذوي الدخل المنخفض، وقد انخفضت هذه النسبة من ٣٠٪ عام ٧٨-١٩٧٩ لـ ٢٪ عام ٨٧-١٩٨٨(٨٣)، مما ادى الى ارتفاع رسوم العضوية في الصندوق. وارتفعت نسبة النفقات القومية على الخدمات الصحية من ٥.٥٪ من المنتوج القومي العام (תל"ג) عام ٦٢-١٩٦٣ لنسبة ٧.٨٪ من هذا المنتوج عام ٨٩-١٩٩٠(٨٤)، ومن الممكن ان نعزو هذا الارتفاع الى تزايد النفقات الصحية التي تنفقها العائلات والمؤسسات لغير اغراض الربح. بلغت عام ٨٤-١٩٨٥ حصة العائلة في النفقات القومية على الصحة ٣١.٩٪ وبعد خمس سنوات اي عام ٨٩-١٩٩٠ ارتفعت هذه النسبة لـ ٤٨٪، اما حصة الدولة والمجالس المحلية في هذه النفقات في السنة ذاتها فقد بلغت ٤٧٪ بالمقارنة مع نسبة ٥٣.٦٪ عام ٧٣-١٩٧٤ ونسبة ٥٢٪ عام ٨٤-١٩٨٥(٨٥). في حين اننا نجد انه عام ١٩٧٧ غطت الضريبة الموازية، وهي ضريبة مفروضة على الاجيرين، ثلث نفقات الدولة على الصحة وتولت وزارة المالية تغطية نفقات الثلثين الباقيين، اما عام ١٩٨٨ فقد انقلبت الموازين وانخفضت نفقات وزارة المالية على الصحة لـ ٥٠٪(٨٦).

ونجد ان حصة الطب المستقل في الحصول على جزء من المصروفات القومية على الصحة قد ارتفعت من ١٨.١٪ عام ٧٠-١٩٧١ لـ ١٨.٧٪ عام ٨٠-١٩٨١ ولـ ٢٢.٢٪ عام ٨٧-١٩٨٨، اما اكبر حصة من الميزانيات الفردية فقد كانت من نصيب طب الاسنان وبلغت ١٢.٧٪ من الميزانية القومية على الصحة، وارتفعت نسبة الميزانيات المقدمة للاطباء المستقلين من ٢.٦٪ عام ٨٠-١٩٨١ لـ ٤.٥٪ عام ٨٧-١٩٨٨(٨٧). وارتفع عدد متلقي العلاج (خاصة الجراحي منه) في المستشفيات المستقلة من ٥.١٣٨ عام ١٩٨١ لـ ٢٠.٦١١ عام ١٩٨٦(٨٨).

ان المصاريف التي يتم انفاقها على الخدمات الصحية مرتبطة بمستوى الدخل - فالعائلات التي تقع في العشر الاعلى تبلغ مصاريفها على الصحة اربعة اضعاف او اكثر من مصاريف العائلات الموجودة في العشر الاسفل (انظر الجدول). وفي الواقع فان الفروقات اكبر بكثير، ذلك ان عدد افراد العائلة عند اولئك الذين يقعون في العشر السفلي اكبر.

نفقات العائلات الشهرية على الصحة، حسب اعشار الدخل، ٨٦-١٩٨٧



מקור: למ"ס, שנתון סטטיסטי לישראל 1991, לוח 11.1.
ملاحظة: لقد تم تقريب العدد الذي يشير الى النفقات للعدد القريب من الشواقل.

تمويل الخدمات الصحية الشعبية لخدمات مستقلة

هنالك توجه لتحويل الخدمات الشعبية لخدمات مستقلة، ففي السابق اعتادت صناديق المرضى بيع الادوية لاعضائها باسعار زهيدة، اما اليوم فان ثمن اكثر من نصف الادوية اغلى في صندوق المرضى التابع للهستروت من ثمنها في الصيدليات المستقلة(٩٠).

وبعض الخدمات كانت تقدم مجانا في السابق مثل ارسال سيارة اسعاف، اجراء الفحوصات المخبرية والتوجه لغرفة الطوارئ في المستشفيات، اما اليوم فقد اصبحت جميع هذه الخدمات تقدم مقابل ثمن وهنالك خدمات يقوم مقاولون بتزويدها مثل سيارة الاسعاف ومستشفيات العلاج.

تعتبر خدمات الطب المستقل مثالا اخر لعملية التحول باتجاه الطب المستقل، وقد ابتدئ العمل بخدمات الطب المستقل في ثلاثة مستشفيات في القدس وقد تم ذلك باتاحة الفرصة امام الطبيب لاستقبال بعض الزبائن في المستشفيات ومعالجتهم، وتم السماح له باستخدام معدات طبية تملكها المستشفى، وتقوم هذه المستشفيات بجبي اجر الخدمة بدل الاطباء وتخفض منه الضرائب وحصتها هي ثم يحصل الطبيب المعالج على الباقي.

تأتي خدمات الطب المستقل كمحاولة لتنظيم السوق السوداء الاخذة بالتفشي في مجال الطب، حيث يدفع الزبائن للاطباء «من تحت الطاولة» كي يتم استقبالهم دون حاجة لانتظار الدور او للحصول على علاج «شخصي»، وتنوي وزارة الصحة تطبيق خدمات الصحة المستقلة في المستشفيات وفي سائر انحاء البلاد.

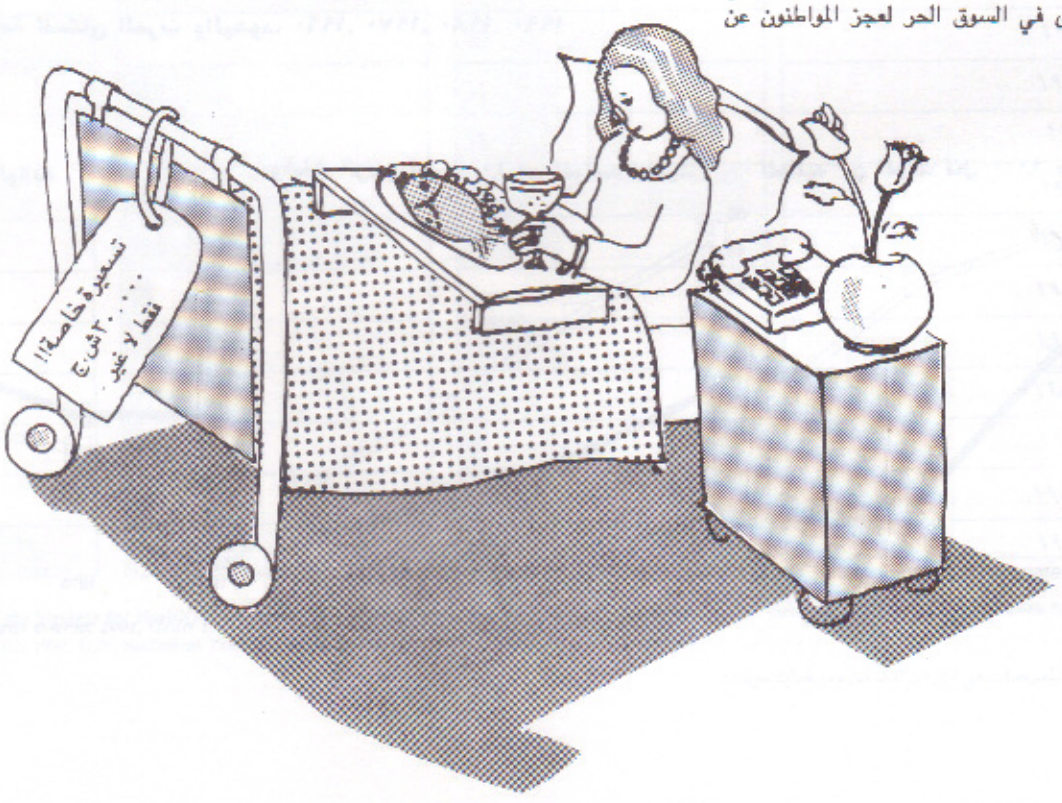
اما السؤال الذي يلح علينا فهو: كيف ستؤثر عملية التحول للطب المستقل هذه على مبادئ العدل والمساواة وعلى كل ما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية؟. ففي غالبية الدول الديمقراطية يتم تمويل الخدمات الصحية من قبل الدولة والعائلات على حد السواء والحصة التي تقوم الدولة بالاسهام بها في هذه الخدمات تؤكد على التزامها في امر توفيرها لمواطنيها، ذلك لو انه كانت هذه الخدمات تباع كأي سلعة اخرى في السوق الحر لعجز المواطنون عن الحصول عليها، والتقلص البارز للعيان في حصة الدولة من النفقات الصحية يشير الى تراجعها عن هذا الالتزام، وعمليا فان الدعم المادي المقدم للخدمات الصحية ما هو الا بمثابة علاوة على دخل المواطنين خاصة اولئك الذين يشغلون موقعا في العشر الاسفل، وبواسطته تسهم الدولة في نشر العدل بين افراد المجتمع(٩١)، اما عملية التحول للطب المستقل فانها تشير الى توجه معاكس تماما.

ان احد نتائج ظاهرة التحول هذه هو ما يسمى ب «ازالة القشدة» اي حصر اهتمام الخدمات الصحية (المستقلة او تلك المتحولة لمستقلة) في العلاج السهل وفي الزبائن الموسرين، وبالتالي اهمال العلاج الصعب والزبائن محدودي الدخل(٩٢)، فمثلا ستكون هنالك زيادة في عدد عمليات التجميل وفي استعمال المعدات الطبية المتقنة وباهظة الثمن وسيكون ذلك على حساب الخدمات التمريضية المقدمة للعجائز.

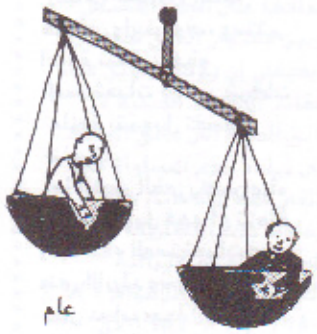
وتشير شوبال الى ان عملية التحول للطب المستقل تحمل في طياتها الخطر الكامن في تشكيل جهاز طبي يقوم على توجه مزدوج، وفيه تتركز الخدمات الطبية والمعدات الباهظة في القطاع الخاص بهدف الحصول على اكبر عائد من الارباح المادية (٩٣). ويرى دورون ان احد الاهداف غير المعلنة للهيئة السياسية - الاقتصادية في البلاد هو ان يعمل التحول للطب المستقل على تثبيت اقدام المصالح التي يوفرها السوق الحر للطبقات العليا في المجتمع حيث ان هذه الطبقات مستعدة وبمقدورها ان تدفع مقابل هذه المصالح، وسيكون ذلك على حساب جودة الخدمات التي ستقدم للطبقتين الوسطى والدنيا، وبما ان التحول للطب المستقل يتضمن تحويل الخدمات (والتي تم توطيد دعائمها من اموال الشعب ومن قبل هبات ارسلت من الخارج خصيصا) للطبقة الموسرة مما سيؤدي ذلك الى ضعضعة مبدأ المساواة الاجتماعية(٩٤). وبغض النظر عن الاسباب فمن الواضح ان تحويل الخدمات الصحية الشعبية لن يكون الا في صالح الموسرين.

في الاوائل من كانون الثاني عام ١٩٩٢ بدات عملية تحويل خمسة مستشفيات لشركات وهي: تل هشومير، رمبام، نهاريا، اساف هروفي وايخيلوف، وستتم اعادة تنظيم هذه المستشفيات لتصبح شركات ملزمة بتمويل نفسها بنفسها.

اما الخطر الذي يكمن وراء هذا التمويل فهو ان تزداد رغبة هذه المستشفيات في جني الارباح وسيكون ذلك على حساب مبدأ العدل والمساواة وستؤدي ايضا لتفضيل خدمات وزبائن مربحين على خدمات وزبائن تكون امكانية الحصول على ارباح منهم اقل.



الماضي والحاضر: هل تتقلص الفجوات؟



خاص

هل يخطو جهاز الصحة الاسرائيلي نحو الهدف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية: «صحة للجميع عام ٢٠٠٠»؟

عند القاء نظرة فاحصة على قياسات الصحة الاساسية – نسب وفيات الرضع، نسب المواليد الاموات ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة – نجد ان تحسنا قد طرأ على جميع هذه الامور عند العرب واليهود على حد السواء (انظر الجدول). فقد انخفض عدد وفيات الرضع عند اليهود من ٢٧.٢ لكل ١٠٠٠ من المواليد الاحياء عام ١٩٦٠ الـ ٧.٩ عام ١٩٩٠، وانخفض عدد المواليد الاموات من ١٣.٠ لكل ١٠٠٠ عام ١٩٦٠ الـ ٣.٧ عام ١٩٨٩، وازداد متوسط العمر في تلك الفترة من ٧٢.١ عاما الـ ٧٦.٧ عاما اي ان معدل الزيادة بلغ ٤.٦ سنة.

وقد تحسن الوضع الصحي لعرب اسرائيل ايضا، لكن الفجوة القائمة بين العرب واليهود في كل ما يتعلق بوفيات الرضع ومتوسط العمر بقيت على حالها، اما الفجوة القائمة في نسب المواليد الاموات فقد ازدادت – حيث انخفضت نسبة المواليد الاموات من ١١.٩ الـ ٨.٤ اما عند اليهود فان هذا الانخفاض كان بنسبة مضاعفة، وانخفضت نسبة وفيات الرضع من ٤٨.٠ الـ ١٤.٦ وازداد متوسط العمر من ٦٩.٥ الـ ٧٤.٣ اي ان الزيادة بلغت ٤.٥ سنوات.

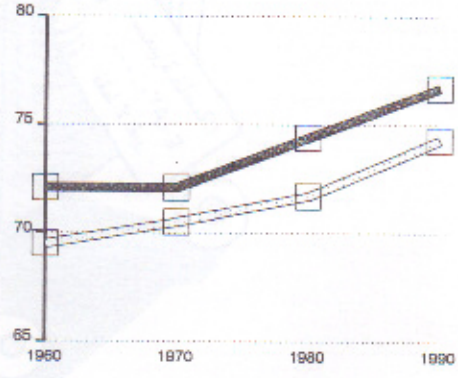
من الممكن ان نعزو التحسن العام الذي طرأ منذ قيام الدولة على نسبة وفيات الرضع وعلى متوسط العمر المتوقع الى التحسن في التغذية والوقاية الصحية وايضا بسبب الزيادة في الخدمات الصحية الاولية، ونسبيا فمن الممكن اعتبار جميع هذه الامور بمثابة توجهات نحو المساواة الاجتماعية. ويعتبر التحسن العام الذي طرأ على مستوى الحياة عاملا اضافيا من الممكن ان نعزو له تاثيرا على هذا التحسن.

لكن بدأت في الثمانينات عملية تحول معين حيث لوحظ ان الدولة اخذت تتخلى عن سياسة تقديم الخدمات الصحية على اساس العدل والمساواة وتبنت سياسة توظيف الاموال في التقنيات الطبية المتقنة والباهظة وتوظيفها في المستشفيات، اضافة الى سياسة تحويل الخدمات الطبية لخدمات مستقلة، ومن الممكن ان يؤدي ذلك الى زيادة الفروقات بين الطبقات في مستويات الصحة مما سيؤدي حتما لزيادة الفجوات في مستوى الحياة وجودتها.

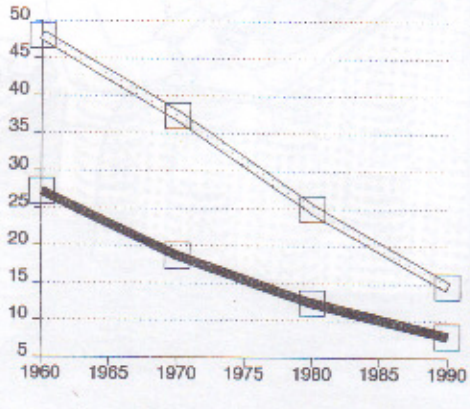
مقاييس الصحة العامة للسكان العرب واليهود، ١٩٦٠، ١٩٧٠، ١٩٨٠، ١٩٩٠

عرب
يهود

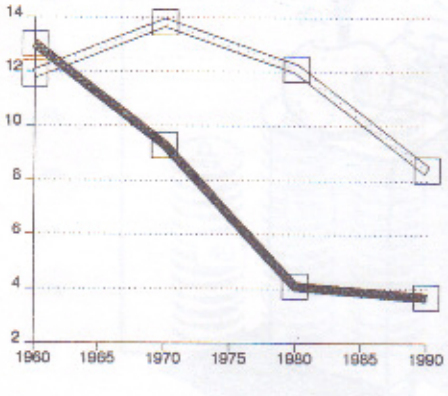
متوسط العمر زمن الولادة



وفيات الرضع لكل ١,٠٠٠ من المواليد الاحياء



المواليد من الموات لكل ١,٠٠٠ من المواليد الاحياء



מקור: למ"ס, **שנתון סטטיסטי לישראל 1991**, לוחות 3.1 ו־3.24. הנתונים עבור 1960: למ"ס, 1980. **החברה בישראל**.

اسرائيل في المنظور العالمي

دولة اسرائيل تضاهي الدول الاوروبية وتفوق بكثير الدول العربية المحيطة في كل ما يتعلق بالقياسات المتعارف عليها بالنسبة لمستوى الخدمات الصحية مثل: عدد الاطباء، الممرضات وعدد اطباء الاسنان بالقياس لعدد السكان، وقد كانت معطيات اسرائيل حول هذه الخدمات ما بين الاعوام ٨٠-١٩٨٧ اعلى من المعدل الاوروبي في تلك الفترة. ويمتاز سكان اسرائيل - سواء كانوا عربا ام يهودا - بمتوسط عمر اعلى من الموجود في هذه الدول (انظر الجدول)، اما المعدل العام لمتوسط عمر سكان اسرائيل فهو ٧٦ سنة (وذلك عام ١٩٨٩) وقد كانت الزيادة في متوسط العمر منذ عام ١٩٧٠ اعلى من الزيادات التي طرأت على العديد من المجتمعات الاوروبية العضوة في منظمة الصحة العالمية. ونجد ان معطيات اسرائيل تضاهي معطيات دول اخرى مثل: هولندا، الدنمارك وايرلندا لكنها اعلى من المعطيات الموجودة في الاتحاد السوفيتي (سابقا) والغرب في هذه القضية.

لكن الزيادة النسبية في متوسط عمر المرأة على متوسط عمر الرجل في اسرائيل منخفضة بشكل ملحوظ عن متوسط عمر النساء في الدول المتطورة الاخرى - ففي اسرائيل تبلغ هذه الزيادة ٣ سنوات اي اقل من نصف الزيادة الموجودة عند عمر النساء على عمر الرجال في تلك الدول. كانت، وما زالت، نسبة وفيات الرضع في اسرائيل منخفضة اكثر من المعدل الاوروبي لهذه النسب، فقد كانت نسبة وفيات الرضع في اسرائيل عام ١٩٧٠ اعلى من النسب الموجودة في كل من هولندا، بريطانيا والدنمارك. لكن في تلك السنة اخذت هذه النسبة بالانخفاض بمعدل اسرع من المعدل السائد في تلك الدول (انظر الجدول).

ان نسبة وفيات الرضع في اسرائيل منخفضة اكثر بكثير من نسبة وفيات الرضع في الدول العربية، ومتوسط العمر في اسرائيل هو من احد المتوسطات الاكثر ارتفاعا في المنطقة الاوروبية التابعة لمنظمة الصحة العالمية والتي تشترك اسرائيل في عضويتها.

اطباء، ممرضات وأطباء اسنان لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة في المنطقة الاوروبية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وفي بعض الدول، ٨٠-١٩٨٧

البلد	طبيب اسنان	ممرضات	أطباء
اوروبا ٨٠-١٩٨٣	41	392	278
الولايات المتحدة ١٩٨٤	59	830	214
هولندا ١٩٨٥	49		224
بريطانيا ١٩٨١	31	325	164
اليابان ١٩٨٤	53	492	151
الدنمارك ١٩٨٤	88	561	251
ايرلندا ١٩٨٤	32	715	147
المغرب ١٩٨٧	2	95	21
سوريا ١٩٨٧	22	112	77
مصر ١٩٨٥		27	20
العراق ١٩٨٧	9	58	55
الاردن ١٩٨٤	24	99	114
اسرائيل ١٩٨٣	71	360	290

مصدر: WHO. 1986. **Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000**, Seventh Report, Volume 5, European Region, Geneva; WHO, **1988 World Health Statistics**, Geneva. Tables 2-5, pp. 46-62; 1990. U.N. **Statistical Yearbook for Asia and the Pacific**. Bangkok, pp. 183 and 199

ملاحظة: معطيات الممرضات في الاردن تتضمن ممرضات مولدات

نسب وفيات الرضع ومتوسط العمر زمن الولادة في المنطقة الاوروبية التابعة لمنظمة الصحة العالمية وفي بعض الدول الاخرى، ١٩٦٥-١٩٧٤ و ١٩٨٥-١٩٩٠

البلد	وفيات الرضع لكل ١,٠٠٠ من المواليد من الاحياء		متوسط العمر زمن الولادة	
	1970	1985-1990*	1965-1972*	1985-1990*
المنطقة الاوروبية	49.3	...	69.4	...
الولايات المتحدة	19.8	10.0	70.8	76.0
الاتحاد السوفييتي (سابقا)	24.4	24.9	69.0	69.1
اليابان	13.1	5.0	71.7	78.0
هولندا	12.7	6.8	73.5	77.1
بريطانيا	18.5	9.0	71.7	75.5
الدنمارك	14.2	8.3	73.4	75.1
ايرلندا	19.5	9.2	70.6	74.4
المغرب	140.0	82.0	52.9	61.0
مصر	...	65.0	52.7**	59.0
سوريا	...	48.0	...	65.0
العراق	...	69.0	51.6	64.0
الاردن	...	44.0	...	66.0
اسرائيل –يهود	18.7	7.9	72.1	76.7
اسرائيل – عرب	37.3	14.6	70.5	74.3

مصادر:

For Israel: CBS. **Statistical Abstracts of Israel 1991**. Table 3.1, pp. 104-108 and 3.24, p. 138. For other countries.: WHO. 1986. **Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000**. Seventh Report, Volume 5, European Region, Geneva. Table 2, p. 223; Table 3, p. 224; WHO. 1991.**1990 World Health Statistics Annual**. Geneva. pp. 104-109; U.N.1991. **1989 Demographic Yearbook**. New York. Table 15, pp. 342-346; Population Division of the Department of International Economic and Social Affairs, U.N. Secretariat. "U.N. World Population Chart 1990"; U.N. 1972. **1971 Demographic Yearbook**. New York. Table 28, pp. 668, 671, 669. and Table 34, pp. 754, 756, 746, 756; UN 1972 **Demographic Yearbook**. Table 21, p. 505.

* اخر المعطيات المتوفرة

** المعطى لمصر هو لعام ١٩٦٠

نظـرة مستقبلية

يبدو ان سنوات التسعين ستشهد استمرارا في التوجه نحو اتساع نطاق الطب المستقل والتوجه نحو جعل الخدمات الصحية العامة مستقلة سواء كان ذلك عن طريق تشغيل مقاولين او بواسطة انشاء شركات، وسيستمر ايضا التوجه نحو زيادة نفقات العائلات على الخدمات الصحية – فقرار صناديق المرضى في شباط ١٩٩٢ بجبي رسوم تأمين مكمل (דמי בטוח משלים) مقابل سلسلة من الخدمات يشكل تجسيدا واضحا لهذا التوجه.

وعلى ما يبدو فسيستمر في العقد الحالي التوجه نحو توظيف الاموال في التكنولوجيا الطبية الباهظة سواء كان ذلك في القطاع العام ام الخاص، بالاضافة الى زيادة الطلب على هذه التكنولوجيات من قبل الموسرين.

ويبدو ان الميزانية الاساسية للتأمين في صناديق المرضى لن تتضمن تقديم مثل هذه الخدمات، وسيبقى الطب الوقائي يحتل منزلة ثانوية في جهاز الخدمات الصحية.

وتشير التحولات الحالية الى ان المستشفيات ستستمر في التمتع بغالبية الاموال العامة والخاصة على حد السواء والتي يتم تحويلها اليها. وبالمقابل فلن تكون هنالك اية محاولات جادة للتغلب على عوامل الخطورة البيئية كتلوث المياه والهواء وللتغلب على عوامل خطورة ناجمة عن تبني اساليب حياة معينة مثل التغذية، التدخين وقلة القيام بالنشاطات الجسمانية.

لا توجد اي دلائل تشير الى ان ذرة من الاهتمام الشعبي في مواضيع الصحة ستحظى بتشجيع من الدولة، وننوه هنا الى انه حين قامت دولة اسرائيل عام ١٩٨٥ بالانضمام للمنطقة الاوروبية التابعة لمنظمة الصحة العالمية فقد اخذت على عاتقها مهمة صياغة برنامج صحة حكومي يلائم روح برنامج «صحة للجميع عام ٢٠٠٠».

لقد كان تحقيق مبدأ العدل والمساواة في توفير الخدمات الصحية من الاهداف الاولية لهذا البرنامج، اما التدخل الشعبي فقد كان احد الوسائل الاساسية الموصى بها لتحقيق هذا المبدأ(٩٥). ونشير هنا ايضا الى ان الطاقم الذي عهدت اليه مهمة بلورة وثيقة «خطوط سياسة الصحة القومية على المدى البعيد» والذي تشكل من ٦٣ عضوا لم يضم سوى عضوين من العرب العاملين في مجال الصحة وهما موظفان في وزارة الصحة (يشكل العرب ١٨٪ من مجموع السكان في اسرائيل). وقد قوبلت بالرفض الالتماسات المتكررة من قبل لجنة متابعة شئون الصحة التابعة للجنة رؤساء المجالس العربية بشأن الاشتراك في نقاشات اللجنة.

حتى يومنا هذا لا يوجد اي التزام صريح من قبل الحكومة لتحقيق مبدأ العدل والمساواة في مجال الصحة، فبرنامج الصحة الحكومي في اطار «صحة للجميع عام ٢٠٠٠» لا يعمل وفق الشروط الاساسية التي املتها منظمة الصحة العالمية حيث ان بعضا منها مثل ادخال شبكة محلية للمجاري لم يتم تنفيذه حتى الان في العديد من القرى والمدن العربية. ان برنامج الصحة الحكومي يعترف حقا بوجود فجوات اجتماعية – اقتصادية وجغرافية بل ويوصي باعادة تنظيم جهاز الصحة حسب معايير قطرية(٩٦). لكن على ما يبدو وتحت ظروف تحول الخدمات الصحية لجهاز مستقل ستواجه المناطق البعيدة عن المركز صعوبات في تجنيد الموارد اللازمة لتطوير الخدمات الصحية ولتجنيد القوى العاملة.

لجنة نتنياهو والتي تم تعيينها عام ١٩٨٨ لفحص طرق عمل جهاز الصحة في اسرائيل لم تتطرق لقضية المساواة في الخدمات المقدمة للفئات مهضومة الحقوق وللاقليات، فهذه المواضيع لم يتطرق اليها تقرير هذه اللجنة عندما نشر عام ١٩٩٠ وننوه هنا الى ان هذا التقرير تم اعتماده فيما بعد كركيزة في صياغة مبادرات في مجال سياسة الصحة.

صحيح ان مشاركة النساء في بلورة برامج منظمة الصحة العالمية وبرامج اللجان الحكومية في اسرائيل كانت وافية الا انه لا يوجد اي ذكر لاحتياجات النساء الخاصة في الخطط نفسها.

المصادر

1. משרד הבריאות. 1989. **קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל.** עמ' 8.
2. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס). **שנתון סטטיסטי לישראל 1991.** לוחות 3.1 ו־3.24.
3. Reiss, N. 1991. *The Health Care of the Arabs in Israel.* Boulder, Co: Westview Press, p. 111
4. שם. עמ' 88.
5. שם. עמ' 124.
6. שם.
7. בראל, ו. ואחרים. 1991. "קטינים ונשים הרות ללא ביטוח רפואי". **חברת ומדינה**. אפריל. כרך י"א (ד).
8. Giraldes, M., *et al.* (eds.). 1991. *Socio-Economic Factors in Health and Health Care. Literature Review.* Brussels: Commission of the European Community.
9. Westcott, C. *et al* (eds.). 1985. *Health Policy Implications of Unemployed.* Copenhagen: WHO.
10. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991.** לוחות 11.4, 12.26, 12.27, 22.1, 22.2. אחוז בעלי הצוואתון הכחול מחושב מלוחות 12.19 ו־12.18. חשכלה של נשים: למ"ס. 1983. **תכונות השכלתיות של האוכלוסיה ושמות דיבור.** פרסום מפקד מס' 10, לוח 1.
11. למ"ס. 1990. **מאפיינים דמוגרפיים־חברתיים של תמותת תינוקות.** סדרת פרסומים מיוחדים מס' 871, עמ' xiv.
12. Barrell, V. 1985. "Israel: The National Program for Reduction of Infant Mortality." In *Proceedings of the International Collaboration Effort on Perinatal and Infant Mortality.* Vol. I. Hyattsville, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics; and Barell *et al.* 1988. "Analysis of Geographic Differentials in Infant Mortality Rates. The Or Yehuda Community." In *American Journal of Epidemiology.* Vol. 128:1. pp. 218-230.
13. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991,** לוח 3.12.
14. Ginsberg, G. 1991. "Standarized Mortality Ratios for Israel 1983-86". Jerusalem: Department of Data Analysis, Statistical Division, Ministry of Health.
15. Shuval. 1992.
16. משרד הבריאות. שם. עמ' 24.
17. למ"ס. 1990. **סקר בני 60 ומעלה במשקי בית 1985. בריאות ושימוש בשירותי בריאות.** סדרת פרסומים מיוחדים מס' 868. לוח 17.
18. Barell. 1991. *op. cit.*
19. Shuval. 1992
20. Shuval, Y. 1990. "Health in Israel: Patterns of Equality and Inequality." in *Social Science and Medicine.* Vol. 31:3, p. 293.
21. Reiss, *op. cit.*
22. Rosen, B. (ed.) 1991. "The Netanyahu Commission Report: Background, Contents and Initial Reactions." Jerusalem: JDC-Brookdale Institute and JDC-Israel, p. 3.
23. אגודת הגליל: נתונים שלא פורסמו.
24. Shuval. 1992.
25. שם.
26. משרד הבריאות. נתונים שלא פורסמו. חישובים שלנו.
27. גרינברג, עפרה. 1989. **הזמנה לעיירת פיתוח.** תל־אביב: הקיבוץ המאוחד.
28. Shuval, Y. 1990. p. 295.
29. גרינברג, שם: עמ' 57-56.
30. שם. עמ' 52.
31. שם. עמ' 55-54.
32. Shuval. 1992
33. משרד הבריאות. 1979. **פרופיל שירותי הבריאות בישראל. סקר השירותים הסומים והאמבולטוריים לפי ישוב, 1978.** ירושלים.
34. Shuval, Y. 1990
35. שיחב, ש. 1990. **בדיקת שימוש בשרות ושביעת רצון של נשים הרות בשרותי בריאות מניעתיים בתחנות לבריאות המשפחה אצל האוכלוסיה הלא יהודית בנפת עכו.** עבודת גמר לתואר מוסמך בבריאות הציבור שהוגשה לבית הספר לבריאות חציבור של הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית והדסה, ירושלים.
36. אגודת הגליל. נתונים שלא פורסמו.
37. אל חאגי, מ. ורוזנפלד, ה. 1990. **השלטון המקומי הערבי בישראל.** נבעת חביבה, חמכון ללימודים ערביים.
38. Lusky, A. et al. 1990. *Socio-Demographic Characteristics of Infant Mortality Among Minority Populations in Israel.* National Task Force for the Reduction of Infant Mortality, Health Services Research Unit, Ministry of Health. p. 11
39. Reiss, *op. cit.* p. 160
40. שם. עמ' 3-172.
41. זהרן, יונן. 1980. רכבת תזונתית בילדי חכפר חערבי אעבלין בגליל חמערבי. עבודת גמר לתואר מוסמך בבריאות הציבור של הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה חעברית והדסה, ירושלים.
42. סופר ואחרים. 1986. "שכיחות האנמיה בקרב פעוטות יחודים ובדואים בנגב". **הרפואה**, כרך 61 מס. 9.
43. כמאנה, ח. 1986. **דברי הכנס הראשון על נושא בריאות המגזר הערבי.** נצרת (ערבית).
44. אלנבי, י. "לחיות חולה באום אל פחם". **הארץ**. 11.11.91.
45. Shuval, Y. *et al.* 1970. *Social Functions of Medical Practice.* San Francisco: Jossey Bass.
46. וייל, ח. ללא תאריך. **שירותי רווחה לזקנים במגזר הערבי בישראל.** ירושלים: אשל—האגודה לתכנון שירותים למען הזקן בישראל.
47. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1990.** לוח 3.32.
48. למ"ס. 1983. **סקר שימוש בשירותי בריאות 1981.** סדרת פרסומים מיוחדים 717; למ"ס. 1990. **סקר בני 60 ומעלה במשקי בית 1985. בריאות ושימוש בשירותי בריאות.** סדרת פרסומים מיוחדים 868. ירושלים.
49. Doyal, L. 1985. "Promoting Women's Health." Address at Conference on Women's Health in a Changing Society. Adelaide.
50. זלצברגר, ל. 1990. **קיפוח תברתי לאורך זמן: השפעתן של תשפות מוברות של הזדמנויות תברתית על משפחות מקופחות.** עבודה לתואר דוקטור, בית הספר לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה חעברית, ירושלים.
51. אשד, ח. 1992. "נורמי תחלואה אצל נשים: תוצאות מחקר". בתוך אבנר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל. הליכי רב־שיח.** ירושלים: שדולת חנשים בישראל.
52. סבירסקי, ב. 1984. **בתות חות, בתות לילית. על חיי נשים בישראל.** נבעתיים: המין השני, פרק 15.
53. U.N. 1990. *The World's Women 1970-1990: Trends and Statistics*, UN Special Series K.
54. אמיר, ד. 1991. "עורמי סיכון סוציו־תרבותיים לבריאות נשים: מתזור הפוריות והרביה". הרצאה שהוצגה בכנס שנערך על ידי שדולת הנשים בישראל: "תאשת ובריאותה: מדיניות, מחקר ומעשה".
55. חנתונים באדיבות גרי גינסברג, משרד הבריאות.
56. Society for the Advancement of Women's Health Research. 1991. *Women's Health Research: Prescription for Change*, Annual Report. Washington, D.C. p. 4
57. Ore, L. *et al.*. 1991. "Mortality Trends Among Jewish and Non-Jewish Women in Israel, 1960-82." in *Israel Journal of Medical Science*.. Vol 27:1.
58. צבעוני, דן. 1991. "מחלות לב בקרב נשים". הרצאה שהוצגה בכנס שנערך על ידי שדולת הנשים בישראל: "תאשת ובריאותה: מדיניות, מחקר ומעשה".
59. Kahn, S. 1990. *Annals of Internal Medicine*. April 15. Cited in "Is Heart Disease Overlooked in Women"? in "Digest of Research on Women's Health." Vol. 3:5. Newbury Port, Ma.: Skol Publications.
60. Wingrad, D. 1982. "The Sex Differential in Mortality Rates—Demographic and Behavioral Factors." In *American Journal of Epidemiology.* Vol. 115:2, pp. 205-216; Waldron, I. 1986. "What Do We Know About Causes of Sex Differences in Mortality? A Review of the Literature." Department of International Economic and Social Affairs, U.N.
61. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1990.** לוח 24.17.
62. פרץ, ת. 1992. "נשים וסרטן בישראל". בתוך אבנר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל. הליכי רב־שיח.** ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
63. Ore *et al. op. cit.*
64. Falck, F. *et al.* 1992. "Pesticides and Polychlorinated Biphenyl Residues in Human Breast Lipids and Their Relation to Breast Cancer." in *Archives of Environmental Health.* Vol 47:2 (March/April).
65. Westin, J. and Richter, E. 1990. "The Israeli Breast-Cancer Anomaly." In *Trends and Cancer Mortality in Industrial Countries.* New York: The New York Academy of Sciences.
66. Schonbrun, M. 1987. *Reporting Breast Symptoms in a Jerusalem Hospital.* Thesis for the Degree of Masters in Public Health, California State University, Northridge, California; Klein, M. and Jedid, Ch. 1981. "The Israel Cancer Association's National Program for the Early Detection of Breast Cancer." in *Israel Journal of Medical Science.* Vol 17:9-10, pp. 822-826.
67. Shuval, 1990.
68. Schonbrun, *op. cit.*.
69. Howard, J. 1987. "Using Mammography for Cancer Control: An Unrealized Potential" in *Cancer Journal for Clinicians.* Vol 37. pp 38-48.
70. פרץ, שם.
71. Pettersson *et al.* 1985. "Evaluation of Screening for Cervical Cancer in Sweden: Trends in Incidence and Mortality 1958-1980. In *International Journal of Epidemiology.* Vol. 14:4, p. 521
72. פרץ, שם.
73. Ore *et al. op. cit.*
74. Reiss, *op. cit.*
75. Hazelton, L. 1977. *Israeli Women: The Reality Behind the Myth.* New York: Simon and Shuster; Avgar, A. 1985. *Integrating Work and Family Role*, Doctoral Thesis, Hebrew University, Jerusalem.
76. לבדאו, ר. "יחאשה במעגל חפוריות". בתוך אבנר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל. הליכי רב־שיח.** ירושלים: שדולת נשים בישראל.
77. Salzberger *et al.* 1991. *Patterns of Contraceptive Behavior Among Jerusalem Women Seeking Pregnancy Counseling: 1980-1989.* Jerusalem
78. Nadel-Shneor, O. *et. al.* 1971. "The Influence of Selected Demographic Attributes on the Use of Contraceptive Methods." In *Harefuah*.. April; Friedlander, D. 1973. "Family Planning in Israel: Rationality and Ignorance." In *Journal of Marriage and the Family.* February. pp 119-124.
79. Basker, E. 1980. *Belief Systems, Cultural Milieu and Reproductive Behavior: Women Seeking Abortion in a Hospital in Israel.* Ph.D. Dissertation. Jerusalem: Hebrew University.
80. סבטאלו, א. "חעלייה מברח"ם לשעבר—כמח חפלות נוספות בשנות התשעים". בתוך אבנר, א. (עורכת). **בריאות נשים בישראל. הליכי רב־שיח.** ירושלים: שדולת הנשים בישראל.
81. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1990.** לוחות 3.25 ו־3.26.
82. סבירסקי, שם.
83. Rosen, B. 1989. "The Public-Private Mix Israeli Health Care." Jerusalem: Brookdale Institute Research Report, pp. 15-17. הנתון של 2% אינו כולל **סיבסוד בלתי ישיר**, כדוגמת הטחות בתשלומים עבור שירותי אישפוז בבתי חולים ממשלתיים, ואינו כולל את כספי המס המקביל. יש חטוענים כי חמס חמקביל הוא למעשה חלק מהחימון של הממשלה.
84. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991.** לוח 24.1.
85. שם.
86. Rosen. 1989. pp. 18-19
87. למ"ס. **שנתון סטטיסטי לישראל 1991.** לוח 24.1.
88. Ministry of Health. 1990. "Health and Health Services—Israel 1990." Jerusalem. p. 82
89. Shuval. 1992
90. דורון, א. 1989. "חפרטה של שירותי הרווחה: זירת מאבק חדשה על דמותה של החברה הישראלית". **בטחון סוציאלי**, מסי 34.
91. שאול, י. 1988. "זקיפת חחוצאה חציבורית במיגזר הבריאות להכנסת המשפחה והשפעתה על התחלקות החכנסות". **בטחון סוציאלי**. מסי 32.
92. דורון, שם.
93. Shuval. 1992
94. דורון, שם: עמ' 32-31.
95. WHO. 1985. *Targets for Health for all.* WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
96. משרד הבריאות. 1989. **קווים למדיניות בריאות לאומית לטווח ארוך בישראל.**

اشادة بجهود

المنظمات التالية اسماؤها تعمل على تحقيق مبادئ العدل والمساواة في جهاز الصحة وعلى زيادة استجابة الجهاز لحاجات النساء ولزيادة النشاطات في مجال البيئة:

جمعية الجليل: جمعية جماهيرية اقيمت عام ١٩٨١ من قبل عاملين في مجال الصحة من العرب، وتعمل الجمعية على تقليص الفجوات في المجالات الصحية بين العرب واليهود في اسرائيل.

لجنة الصحة التابعة للوبي النسائي (ועדת הבריאות של שדולת הנשים): تعمل على تحسين جهاز الصحة لصالح النساء عن طريق التشريع، الالتماس السياسي ونشاطات عملية اخرى وقد قام مؤخرا هذا اللوبي بتنظيم مؤتمر حول صحة النساء.

قسم الصحة التابع لنعمات (נעמ"ת): يقوم بتقديم المعلومات للنساء والرجال على حد سواء في مواضيع الصحة، ويعمل على تشجيع المحتاجين للخدمات الصحية على الاصرار على حقوقهم المشروعة اثناء تعاملهم مع العاملين في جهاز الصحة، ويعمل ايضا في مجال سياسة الصحة مثل تنظيم الاسرة وحقوق المرضى.

مركز الاستشارة للنساء: جمعية نساء من العاملات في مجال الصحة النفسية وهن نشيطات في الحركات النسائية حيث يقدمن استشارة شخصية وزوجية وايضا علاجا جماعيا وورشات للعاملين في مجال الصحة النفسية.

خدمة استشارة ومتابعة للنساء الحوامل: وهي خدمة تقدمها كل من كلية الخدمة الاجتماعية التابعة للجامعة العبرية وصندوق المرضى التابع للهستدروت، وتعمل منذ عام ١٩٨٠ على تقديم مساعدة طوارئ (סיוע חירום) واستشارة في موضوع وسائل منع الحمل.

شيلا (שילה): مركز يقدم استشارة للمراهقين في امور تتعلق بوسائل منع الحمل، العلاقات الجنسية والحمل غير المرغوب به دون حاجة لتحديد موعد مسبق. وهذه الخدمة والتي بدئ العمل فيها منذ عام ١٩٧٧ تقدم بالمجان ومن قبل مختصين في هذه الامور.

المنظمة الاسرائيلية لتنظيم الاسرة: تعمل على تحسين شروط الحمل الامن، وتشجيع الاحساس بالابوة والامومة، تنظيم الاسرة، منع الحمل غير المرغوب به عند المراهقات ووسائل الوقاية من الامراض الجنسية، وتقدم هذه المنظمة خدمات «الباب المفتوح» (דלת פתוחה) في كل من تل ابيب، حيفا، كفار سابا، مجدال هعيمق، الناصرة العليا وايلات.

خط الصحة للنساء (קו הבריאות לנשים): تل ابيب – يقدم المساعدة والمعلومات للنساء حول الخدمات الصحية، مشاكل طبية وطرق علاج بديلة.

مشروع الصحة التابع لمركز الحركة النسائية «امرأة لامرأة» (אישה לאישה) في حيفا: ويعمل على جمع المعلومات حول الصحة وخدمات الصحة المقدمة للنساء، ويقيم نشاطات ارشاد للنساء.

وحدة دراسة خدمات الصحة لوزارة الصحة ولمستشفى شيبا: وتعمل على المستوى القطري بواسطة فحص مدى ملاءمة الخدمات للاحتياجات، وتعمل على تحسين العلاقة بين المستشفيات والجمهور وتحديد الفروقات القائمة بين الفئات السكانية وتعمل على صياغة خطة تدخل تهدف لتقليص مثل الخطة القطرية لخفض نسبة وفيات الرضع.

وحدة الطب البيئي والصناعي في كلية الطب التابعة للجامعة العبرية في مستشفى هداسا: ويبادر باقامة مشاريع ويقدم استشارة للمكاتب الحكومية، للسلطات المحلية، للجان العمال وللجان الاحياء وايضا للافراد في كل ما يتعلق بمخاطر التعرض لمواد خطرة

شكر

يقدم مركز ادفا الشكر الجزيل للبروفيسورة يهوديت شوبال من الجامعة العبرية، للدكتورة نيرة ريس من جامعة حيفا، للسيدة بنينا صدقا مديرة قسم الصحة التابع لمركز الاحصائيات وللسيدة شرينة كلب من خط الصحة في تل ابيب على ملاحظاتهن، اما المسئولية على الفحوى فانها تقع على عاتق مركز ادفا وحده

الطاقم الذي اشترك في اعداد هذا التقرير:

باربرة سبيرسكي، ماجستير، مديرة مركز ادفا

الدكتور حاتم كناعنة، مدير جمعية الجليل للابحاث والخدمات الطبية.

الدكتورة ايمي ابجر، رئيسة مجلس ادارة لجنة الصحة التابع للوبي النسائي في اسرائيل

ميخال شونبرون، ماجستير، رئيسة مجلس ادارة لجنة الصحة التابعة للوبي النسائي فس اسرائيل

تصميم وجرافيكا: **ميري دهان**

ترجمة: **نسرين مغربي**

تنضيد: **ياسر عثامنة – باقة/٠٦-٣٨٤٢٥٩**

انتاج: **شلومو سلوتسكي**

لقد اتيح نشر هذا التقرير بفضل هبات

The Worldservice of Reformed Churches in the Netherlands

وايضا بفضل U.S./Israel Women-to-Women

يتلقى مركز ادفا دعما من الصندوق الجديد في اسرائيل (הקרן החדשה לישראל). من الممكن الاستعانة بفحوى العدد، بما في ذلك المعطيات والجداول، لكن الرجاء ان يتضمن الاقتباس ذكر المصدر «**حول المساواة**»