



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

النساء والحق في الصحة في المنطقة العربية

فاطمة الموسوي

مقدّمة

تتقاطع عوامل ثلاثة لتؤثر على واقع النساء الصحي في المنطقة العربية: الأول هو تراجع المشهد الصحي العام،¹ ما ينطلي على جميع أفراد المجتمع؛² الثاني هو تراكم أوجه القمع الذي تتعرّض له النساء³ وحرمانهن من معظم حقوقهن؛ أما الثالث، فهو إلزام النساء بشكل مباشر أو ضمني بتبني مفهوم الرعاية والعناية الصحية، جسدياً ونفسياً، بالآخرين دون الالتفات إلى أنفسهن للحصول على الرعاية والعناية، تماشياً مع منظومة اجتماعية وثقافية معيارية متكررة (مورغان وآخرون ٢٠١٨). يعتبر الجندر أو مفهوم "البناء الاجتماعي"⁴ لأدوار الأفراد، واحداً من العوامل الأساسية في تحديد وصول الأشخاص إلى الحماية والمكتسبات؛ وبالتالي، وصول النساء إلى حقهن في الصحة ضمن المنظومة الحقوقية. كما تؤثر العوامل الجندرية في تحديد وصناعة شكل الحصول على الخدمات والمعلومات الصحية، وفعاليتها وسهولتها وتساهم في تمهيد الطريق أو عرقلة أمام النساء ممن هن بحاجة إلى استخدام هذا الحق واللجوء له (ديجونغ والحيدري ٢٠١٧). في المقابل، تُعدّ الأنظمة الصحية في المنطقة العربية كما في كل بلدان العالم "مجنّدة" (حبيب وآخرون ٢٠٢٢). إذ تختلف درجة السهولة، والفعالية، والإتاحة التي تقدم بها الخدمات بين الرجال والنساء،

¹ يتقدم المشهد الصحي في بعض الدول العربية ولكنه يتراجع في أخرى ولكنه يبقى عالقاً في بيانات لا تعكس معدل التطور العالمي أو أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠ أو حتى الخطط الحكومية المحلية طويلة أو قصيرة الأمد. تشمل ذلك بحسب دراسة مورغان على دول ذات دخل منخفض إلى متوسط.

² بالطبع مع الأخذ بعين الاعتبار الفروقات التعليمية والاجتماعية والاقتصادية التي تشكل قوام الوصول إلى الحق في الصحة والقدرة على مناقشة كافة الظروف التي من شأنها أن تضمن حق الأفراد ومنهن النساء بحقوق صحية ضمن منظومة حقوق الإنسان.

³ نتحدث هنا بالضرورة عن الممارسات القمعية التي تتجلى بداية في الأعراف الاجتماعية والجندرية ومن خلال النظم والقوانين التي ترعى التمييز وتعمل على تأسيسه لوقت طويل حتى يصبح ركناً من أركان النظام.

⁴ يشار إليه في مراجعات أخرى على أنه النوع الاجتماعي كما في العديد من الإصدارات والتقارير المرافقة. أختار أن أستخدم مصطلح الجندر أو البناء الاجتماعي لأقترابه أكثر من المفهوم المرتبط بما يعيق الوصول إلى الصحة كحق وفي الإطار الحالي كإمتياز على أساس تمييزي منوط بالأدوار.

كما تختلف بين النساء من خلفيات اجتماعية واقتصادية متباينة، إما لناحية طريقة منح الخدمة الصحية أو تلقيها. (الدوسري، ٢٠١٧) ويساهم ذلك في ظهور التفاوتات الجندرية في حيز الخدمات الصحية بالقدر نفسه الذي تتجلى فيه الحوكمة الصحية والأجندة السياسية في الخدمات الصحية والحماية الاجتماعية لكل الأفراد (فان أولمن وآخرون، ٢٠١٢).

لا يمكن فصل الواقع الصحي للنساء والفتيات في المنطقة العربية عن انخراطهن الاقتصادي، والتعليمي، والمهني. فالبيانات المتردية في هذه المجالات تؤثر بشكل كبير في تراجع وعي النساء حول احتياجاتهن وحقوقهن الصحية وقدرتهن على المطالبة بها والتصدي للنظم التي تمنعهن من الوصول إلى الحق في الصحة بشكل متناسو مع الرجل أو حتى مع غيرهن من النساء عندما تتفاوت ظروفهن العلميّة، والاجتماعية، والاقتصادية. تفتقر صحة النساء في معظم الدول العربية إلى الموارد الرئيسية المادية وغالباً اللوجستية والمعرفية أيضاً. كما لا تتم مناقشة الكثير من المواضيع المتعلقة بصحتهن بشكل علني، أو تبقى طبي التجاهل حتى في الحيز الخاص بهن لعدم توفر المساحة الآمنة والتوعية الكافية لمناقشتها (عاصي، ٢٠٢٠). تواجه النساء في المنطقة العربية عقبات أمام الوصول إلى الحق في الصحة في الإطارين القانوني والسياسي، حيث تدور معاركهن مع التحرش الجنسي، والعنف الجندري، والحرمان من الحضنة والميراث، وغيرها من الحقوق الأساسية المسلوقة، في أنظمة قوامها الأبوية والرأسمالية. فيصبح الحرمان من الوصول إلى رعاية صحيّة لائقة حلقةً في سلسلةٍ من الانتهاكات الجندريّة المتجدرة في بناء الدولة.

التحديات القائمة

تتشعب التحديات أمام وصول النساء إلى الحق في الصحة، فتتراوح بين ثقافية وقيمية، واقتصادية وسياسية. وتلعب الأعراف الثقافية الجندرية والجنسانية دوراً في خلق البيئة المؤثرة مباشرة بعلاقة النساء مع منظومة الصحة والوصول إلى خدماتها باعتبارها حقّ لهن. ويشكل عددٌ من العوامل الثقافية والاجتماعية مدخلاً لفهم تراجع علاقة النساء العربيات بحقوقهن الصحية وتأتي المعتقدات على رأس هذه العوامل. فعلى سبيل المثال، في الوقت الذي تؤمن فيه الكثير من النساء بأهمية الكشف المبكر لأنواع من الأورام كسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، فهن أيضاً يؤمنّ بأن الإصابة بالسرطان أمر خاضع للقضاء والقدر. وهو ما يجعل بعضهن لا يقدمن على الفحص الوقائي. وبالرغم من حملات التوعية، لا تزال هذه المعتقدات مترسّخة إلى حد كبير في السلوك الصحي للنساء. والأمر ذاته ينطلي على ربط الأمراض النفسية وتفاعلاتها، بفعل الموروثات الثقافية، بالحسد والعين والجن؛ ما يؤدي حتّى إلى عدم طلب المساعدة الطبية والعلاج النفسي، واللجوء إلى وسائل بعيدة عن الطب (عاصي، ٢٠٢٠). لا يمكن لوم الأنظمة الصحية في ما يتعلّق بالمعتقدات، ولكن من الضروري أن نفهم خطورة تجاهل هذه الأنظمة لأثر المعتقدات والممارسات الناتجة عنها، لا سيما أنّها تعتقد أن هذا التجاهل غير مكلف لها لا بل يخفّف من التكاليف المترتبة عليها.

ويعاني عددٌ كبيرٌ من النساء في المنطقة من ظروف صحية كان بالإمكان تفاديها

أو علاجها؛ لكنهن فضّلن الانتظار فترات طويلة قبل الخضوع للعلاج أو حتى القبول به، وهو غالباً ما يحصل عندما يبدأ القلق من العوارض وليس عند ظهورها. ولهذا الوضع أسباب كثيرة بنيوية، ومادية، ونفسية، واجتماعية وثقافية. إذ تتم تنشئة النساء والفتيات في المنطقة العربية على ألا يلفتن النظر والانتباه إلى أنفسهن ومشاكلهن، فاعتدنّ على تجاهل معاناتهنّ وأوجاعهنّ. كما اعتادت النساء على إعطاء الأولوية في الرعاية لأزواجهن وأولادهن وأسرهن ككل، ما يؤخر اهتمامهن بأنفسهن. كما تشير كل من حزام وشائف (٢٠٢٣) في دراسة حالة اليمن إلى أنه في ظل الوضع الاجتماعي والاقتصادي والفقر المدقع وتدهور الظروف المعيشية وما يرتبط بذلك من تداعيات، تضطر النساء في الأسر اليمنية إلى التعامل مع شح الغذاء من خلال تقليل حجم وجباتهن الغذائية لإطعام أفراد الأسرة، أو بيع الأصول أو تولى أعمال قد تضعهن في خطر.

نضيف إلى ذلك أن التأمين الصحي والوصول إلى مراكز العناية بالصحة يتّمان من خلال معاملات يجريها الرجال أو بإذن منهم، ما يؤخر وصول النساء إلى مراكز العلاج، في حال ذهبن أصلاً. يشير الشهراني وآخرون (٢٠١٤) إلى أن النساء في السعودية يصلن إلى المستشفى بعد حوالي ١٣ ساعة من إصابتهم بنوبة قلبية. في المقابل، يصل الرجال إلى المستشفى إثر نوبة قلبية في غضون خمس ساعات. وبالرغم من ازدياد الوعي النسائي في أكثر من بلد عربي حول ضرورة الاستجابة للمخاطر الصحية للأفراد، إلا أن هذا التمايز الثقافي البنيوي الجندي في مقارنة صحة النساء ورفاهيتهن مقارنة بالرجال يبقى صراعاً لا ينحصر بالحديث عن الحق في الصحة بل يتعداه إلى إدراك المعارف الصحية. ومن العوامل التي تحول دون حصول النساء على إجراءات علاجية، مسألة اللجوء إلى طبيبة امرأة عوضاً عن طبيب رجل؛ فغالباً ما تخجل النساء من الذهاب إلى طبيب رجل أو يمنعهن زوجها من ذلك. ونظراً لوجود عدد أقل من الطبيبات النساء مقارنة بالرجال لا سيما في بعض الدول العربية، يشكّل هذا العامل عائقاً كبيراً أمام حصول النساء على العناية الصحية اللازمة. ويشير حسن (٢٠٢٣) في دراسته لواقع العراق إلى أن الأعراف الجندرية والاجتماعية تعيق النساء والفتيات من الوصول إلى الخدمة الصحية المناسبة. ففي أرياف العراق، لا تراجع النساء المتروجات أو النساء القادمات من العوائل الدينية إلا الطبيبة النسائية أياً كانت الحالة، تجنباً لحرج الكشف الطبي أمام طبيب رجل. كما أن الأعراف في بعض المستشفيات في العراق تحتم ألا تخضع المريضة لأي تدخّل جراحي من دون موافقة أحد رجال عائلتها "فمنحرم من توقيع ورقة الموافقة على التدخّل الجراحي بنفسها بسبب الخوف من التهديد العشائري"، بحسب دراسة حسن (٢٠٢٣).

ضعف المعلومات والقدرات المادية: تداعيات على الوعي الصحي وطلب الخدمة الصحية

تلقي الظروف الاقتصادية المتردية وشظف العيش تبعات جمة على وصول النساء إلى الخدمات الصحية وعلى فهمهن للصحة كأساس في إطار الحقوق والكرامة الإنسانية. يتجلّى هذا الواقع أكثر في تدني الدخل العام للأسرة، والابتعاد عن المراكز

المُدنية الكبرى، ندرة المراكز والموارد الصحية اللوجستية. وبحسب دراسات لعبد الرحيم وبوسماح (٢٠١٩) وحسن (٢٠٢٣)، ساهمت الأعراف الجندرية التقليدية في الريف أيضاً في ظهور تفاوت في وصول النساء للخدمة الصحية بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية. إذ يتم تجاهل الإشارات المقلقة لدى النساء وأهمية توعيتهن بالخطوات الواجبة للوقاية والعلاج. والحقيقة أن النساء يواجهن الكثير من الصعاب من أجل الحصول على معلومات تختص بتنظيم الأسرة والصحة، وبالوقاية الروتينية من خلال التصوير بالأشعة والمسحات؛ وهي أمور لا تخطر على بال الكثيرات ولا تطلب منهن في الكثير من المدن العربية، بينما تبدو بديهية في أماكن أخرى ضمن منظومة معرفية واقتصادية مختلفة وأكثر رخاءً. وهنا تبرز قضية الإنفاق الصحي الذي يناط به وضع المسؤولية على الحكومات ووزارات الصحة التي تعني بتخصيص جزء كبير من ميزانياتها والهبات التي تقدم لها في سبيل الدفع قدماً بتوعية النساء ودعم إجراءاتهن الصحية الوقائية. ولكن هل يصبّ الإنفاق الصحي فعلاً في صالح النساء أو يتمتع بالتصويب العادل (الدوسري ٢٠١٧)؟

على مستوى السياسات والممارسات الصحية في المنطقة العربية

تشير المعطيات، لا سيما بعد الجائحة، إلى أن الإنفاق الأكبر على صحة النساء في المنطقة العربية يحصل في دول مجلس التعاون الخليجي. ولكن بالرغم من ذلك، لا تزال العوامل الثقافية المتعلقة بإرث الوصاية على النساء وقراراتهن وسهولة حصولهن على الخدمة مرتبطة بحقهن في الوصول إلى الصحة، مما يقلص أثر العامل المادي في إطار تفاقم العوامل الصحية الأخرى (الدوسري ٢٠١٧). أما الدول الأخرى ذات المداخيل الأضعف والتي تطبق سياسات التقشف، فهي غير قادرة على تلبية الاحتياجات الصحية للنساء. بل أكثر من ذلك، تراها تقتطع مما كان مخصصاً للنساء وعلى حسابهن من أجل فئات أخرى. لعلّ هذا أبرز ما تعانيه النساء في لبنان اليوم بسبب الأزمة الاقتصادية الحادة؛ إذ تأثرت التغطية الصحية للنساء بفعل تراجع المداخيل والمبالغ المخصصة للإنفاق الصحي (الموسوي ٢٠٢٢). ويبرز هنا ما يعرف بفقر العادة الشهرية، حيث باتت النساء والفتيات في لبنان غير قادرات بشكل كبير على الحصول على الموارد التي تخولهن الوصول إلى الفوط الصحية ومعظم مستلزمات النظافة الشخصية. فتلجأن مُجبرات إلى وسائل بديلة غير صحية قد تضر بأجسادهن وكرامتهن الإنسانية، لا سيما أن سياسة الدعم المرافقة للتقشف تجاهلت بشكل تام إدراج المستلزمات الصحية للنساء في سلة الدعم (سقا ٢٠٢٣). ينطلي الأمر ذاته على دول عربية أخرى كالمغرب، حيث تعاني ٣٠٪ من النساء من فقر العادة الشهرية، وبالتالي من التبعات الصحية للاستخدامات البديلة للفوط الصحية.⁵

وفي إطار التعامل مع التقشف الصحي وأثره على النساء وعلى صحتهن، لا سيما صحتهن الإيجابية، يبدو أن خفض الدعم الحكومي على الخدمات الصحية المقدمة للنساء بات يأتي على حساب الصحة والصحّة الإيجابية العامة للنساء لصالح الصحة

⁵ من موقع ميدفيمينسوية، مقال بعنوان "فقر الدورة الشهرية في المغرب". الرابط موجود عبر: <https://shorturl.at/aiHQZ>

الإيجابية المتعلقة بالحمل والولادة حصراً. فتذهب الموارد للنساء اللواتي يطلبن الرعاية الصحية الإيجابية ضمن نطاق الحمل والولادة⁶، لنخلص إلى ارتباط الدعم الحقيقي بولادة الطفل وسلامته وليس بالأم كأمراة أو إنسانة لها الحق بالعناية بجسدها بعيداً عن أهمية الحمل والإنجاب (الموسوي ٢٠٢٢). وهو المشهد المتكرر في أكثر من دولة عربية. تقع الصحة الجنسية، والإيجابية والأمومية في صلب السياسات الحكومية العربية، إما لنادية تبنيتها والانتباه لها، أو لغيابها بشكل جزئي أو تام. ويقع هذا الأمر اليوم تحت نير الكثير من الظروف القاهرة، كاللجوء والانهيارات الاقتصادية والحروب وتغير المناخ وما ينتج عنها من عنف ونزوح (إقرايز وآخرون ٢٠٢١ وصنوبر ودومان ٢٠١٦). وفي واقع كهذا، تدفع النساء الثمن الأكبر من خلال تخليهن عن حقهن في الاعتراف بأنفسهن من أجل الاعتراف بصحة الأسرة والأطفال والزوج وإيلاءهم الأهمية (عوض وشجاع الدين ٢٠١٩).

وتأتي مسألة الدعم للوصول لوسائل منع الحمل في صلب الممارسات أو "اللاممارسات" السياسية التي كانت غائبة عن أجندة القرار السياسي في لبنان مع بدء أزمته الاقتصادية؛ ما أدى إلى تراجع كبير في وصول النساء إلى هذه الوسائل. ويعتد انخفاض وفيات الأمهات⁷ من المؤشرات على تطور الأنظمة والسياسات الصحية؛ وهو ما حققت فيه الدول العربية تقدماً ملحوظاً عبر العقود الماضية. لكن اليوم، تفاقمت المسألة إثر الوباء وصعوبة التحرك باتجاه مراكز تقديم الرعاية أو الحصول على المتابعة أثناء فترة الحمل، لتعود هذه النسب وترتفع بشكل مقلق في ظل الانهيار عند النساء اللبنانيات واللبنانيات والمقيمات في لبنان وفقاً لدراسة أجرتها كباكيان وآخرون (٢٠٢٢). في موازاة ذلك، يشير شجار (٢٠٢٣) إلى أن معدل وفيات الأمهات في فلسطين سجل تصاعداً خطيراً في أثناء وباء كورونا وبعده في ظل انحسار الخدمات الأساسية المتعلقة بالسلامة الإنفاسية.

تعكس هذه التطورات النظرة السياسية للأنظمة حيال حق النساء في الصحة ومكانتها في خريطة الأولويات السياسية، ليظهر من جديد أن الحق في الصحة للنساء يبقى مرهوناً بواقع النساء ضمن إطار حقوق الإنسان ككل. ويبقى هذا الحق مرهوناً أيضاً بمقدار تأثير البلاد العربية بالحروب، والاضطرابات والتراجع الاقتصادي المتفاقم. ففي اليمن التي باتت اليوم على وشك الخروج من حرب طاحنة دمرت بناها التحتية الصحية، تبرز فجوة حادة في توفير المواد العلاجية والوقائية التغذوية للنساء الحوامل والمرضعات، ما أضاف ١.٣ مليون من هذه النساء إلى قائمة سوء التغذية للعام ٢٠٢٢. وتزداد وفيات الأمهات في اليمن لتصل إلى ٣٨٥ وفيات من أصل ١٠٠٠٠ ولادة حية لعدم القدرة على تدارك الأعراض المرافقة للحمل والولادة. وهو ما يأتي بموازاة الكثير من العوائق التي تواجه المرأة الريفية في اليمن وتمنعها من الوصول إلى الخدمات الصحية، لا سيما مع تراجع الموارد وندرة الطبيبات النساء، إذ تتضاءل الزيارات التي تقوم بها النساء للمراجعة في أثناء الحمل (حزام وشائف ٢٠٢٣). وقد وضعت تونس خطة وطنية لتقليص نسبة وفيات الأمهات ورافقت ذلك من خلال المراقبة الصحية للأمهات في خلال فترة الحمل. ولكن يبقى هناك تفاوت بين الوصول إلى هذه الخدمات بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، وهي خدمات مجانية في القطاع العام ومقابل أجر في القطاع الخاص. وتعترف تونس منذ سنوات بالحق في الإجهاض بالرغم من التضييقات الحاصلة في الفترة الأخيرة (العايدي وقايد السبسي ٢٠٢٣).

أما في موريتانيا، تشير دراسة المحبوبي والعتيق (٢٠٢٣) المستندة إلى بيانات نظام المعلومات الصحية الوطني للعام ٢٠١٩ أن نسبة النساء المتزوجات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل قد بلغت ١٣.٣٪ فقط وأن ٢٥٪ فقط من السلطات

⁶ من الرصد الصادر عن مؤسسة هاينريش بل من كاتبة فاطمة الموسوي، والذي تحدثت فيه نمار كباكيان عن تأثير الأزمة على الصحة الإنجابية.

⁷ تحديث من عام ٢٠٢٣ صادر عن منظمة الصحة العالمية عبر الرابط: <https://shorturl.at/drFPS>

الصحية قدّمت خدمات لتنظيم الأسرة. وتشير الدراسة إلى الخطوات التي اتخذتها وزارة الصحة المتمثلة في تبنّيها عدة برامج لخدمة الصحة الإنجابية، ومكافحة أمراض عنق الرحم وتعقيدات الولادة، بالإضافة إلى البرامج الصحية المتخصصة، والتأمين الصحي للنساء وغيرها من البرامج التي لم تساهم حتى الآن في ردم الهوة الجندرية على الصعيد الصحي. فالمشاكل البنيوية قائمة وعميقة، منها التأثير الشديد للأعراف والتقاليد، والعنف الصحي، والعنف ضد النساء، بالإضافة إلى الزواج المبكر. وتتوالى القوانين والإجراءات الحكومية في تونس التي غالباً ما تكون منقوصة إما لناحية النص أو التطبيق، إذ يسن القانون بنداً يضمن حق النساء العاملات في القطاع العمومي بالحصول على عطلة مدفوعة لما بعد الأمومة، وراحة الرضاعة لمدة ستة أشهر، ولاحقاً ساعة رضاعة كل يوم في أثناء الدوام لكل النساء في أماكن العمل. لكن لذلك لا ينطلي على النساء العاملات في القطاع الفلاحي أو العاملات في قطاعات هشة ومقابل أجر يومي في ظل نظام ولادات آمن بنسبةٍ تفوق ٩٥٪، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية، بحسب دراسة العيادي وقايد السبسي (٢٠٢٣).

نظرة إلى الأمام

تبرز مساعٍ من أجل تحسين الواقع الصحي للنساء العربيات، لكنها في الغالب لا تأخذ بعين الاعتبار الأوضاع المعقّدة للنساء وتتجاهل في كثير من الأحيان نقاط القوة التي تتحلّى بها على الصعيد الشخصي أو الجماعي. فيتم تأطيرهن من قبل بعض البرامج الدولية في خانة الأفراد الذين يحتاجون للحماية من دون الغوص في التركيبات الاجتماعية والسياسية التي تصنع واقعهن الصحي (عاصي ٢٠٢٠). على ضوء ذلك، نطرح بعض النقاط التي من شأنها أن تشكّل مدخلاً لرؤية صحية شاملة ضامنة للحقوق نصاً وتطبيقاً:

- من المهم أن تولي الأنظمة السياسية والصحية والمؤسسات الاجتماعية في الدول العربية الأهمية للثقيف الصحي للنساء والفتيات ورفع التوعية منذ سن مبكرة حول خدمات الرعاية الصحية لهن، إنطلاقاً من المدارس والجامعات والمرافق اللامركزية كالبلديات. قد يكون ذلك مهماً لناحية ضمان وصول المعلومات بشكل كبير ومنهجي. فالنساء بحاجة إلى تعليم أفضل بشأن احتياجاتهن الصحية، للمطالبة بها، والحصول عليها، والمحافظة عليها.
- يحتاج هذا الثقيف بشكل أساسي إلى خلق البيانات الصحية للأفراد وتوسيعها. على هذه البيانات أن تربط الظواهر الصحية والوقائع بالعوامل الجندرية من أجل إجراء تقييم سليم وتحديد الفوارق والمشاكل في كل من التشخيص والعلاج.
- من شأن هذه البيانات أن تكوّن الدعامة الرئيسية لتوجيه السياسات والعمل على وضعها وتنفيذها لاحقاً، لا سيما في حال غياب أجندة تعني بالسعي لصالح حق النساء بالصحة أو وجود أجندة سياسية مناوئة لهذا الطرح أو متقشفة حياله.

- العمل على تشجيع التحدث في الشؤون الصحية والحقوق الصحية للمرأة بشكل يتحدى المخاوف ويكسر الأنماط بقدر الإمكان، لا سيما خارج النطاقات الحضرية، وذلك من أجل التأسيس لحدوث استجابات عملية وتغيير في سلوك قبول العلاج وطلبه.
- الغوص في مزيد من التحليل والبحث حول العوامل الاقتصادية، والبيئية، والثقافية، بالإضافة إلى العوائق التي تمنع النساء والفتيات في الأرياف أو المناطق الأقل حظوةً من حيث الخدمات والدعم، من الحصول على الخدمات الصحية.
- تضافر منظمات المجتمع المدني وعملها على المشاركة في رفع الوعي والاستمرار في المناصرة والمدافعة لصالح تحسين الشروط الصحية المتاحة للنساء وإتاحة الحقوق الممنوعة حالياً والعمل على إقرار القوانين المتعلقة بالعنف الجندي، التحرش الجنسي، والحق في إجراءات عمل وتوظيف مراعية للصحة الأمومية والظروف الإنجابية، وتعزيزها.
- تشبيك المجتمع المدني مع المنظمات الصحية والنسوية العالمية لخلق مساحة ضغط مشتركة لرفع المعايير المعمول بها ومراقبة النظم الوقائية والعلاجية في التعاطي مع حق النساء بالصحة.

فاطمة الموسوي هي كاتبة وباحثة وأكاديمية من لبنان، يركّز عملها على القضايا الجندرية، والنسوية، وتاريخ المرأة السياسي والاجتماعي في المنطقة العربية.

المراجع

- Abdulrahim, S., & Bousmah, M. 2019. "Regional Inequalities in Maternal and Neonatal Health Services in Iraq and Syria from 2000 to 2011." *International Journal of Health Services*, 49(3): 623-41. [Link](#).
- Aldosari, H. 2017. "The Effect of Gender Norms on Women's Health in Saudi Arabia." Washington, DC: Arab Gulf States Institute in Washington. [Link](#).
- Al-Mahboubi, M. & Atigh, S. 2023. "Right to Health in Mauritania." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Alshahrani, H., McConkey, R., Wilson, J., Youssef, M., & Fitzsimons, D. 2014. "Female Gender Doubles Pre-hospital Delay Times for Patients Experiencing ST Segment Elevation Myocardial Infarction in Saudi Arabia." *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(5): 399-407. [Link](#).
- Assi, Y. M. 2020. "Do Arab Women Need Saving? The Health of Women in the Arab World." Arab Center: Washington, D.C. [Link](#).
- Awadh, M. and Shuja'adeen, N., (2019). "Women in Conflict Resolution and Peacebuilding in Yemen". Nahj Consulting, Yemen: UN Women. [Link](#).
- Ayadi, I. & Caid Essebsi, A. 2023. "Right to Health in Tunisia: The Challenges of Universal Healthcare." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- DeJong, J., & Heidari, S. 2017. "Gendered Bodies and Reproduction in the Arab Countries and Turkey." *Reproductive Health Matters*, 25(sup1): 1-3. [Link](#).
- Ekzayez, A., Alhaj Ahmad, Y., Alhaleb, H., & Checchi, F. 2021. "The Impact of Armed Conflict on Utilisation of Health Services in North-west Syria: An Observational Study." *Conflict and Health*, 15(1): 1-10. [Link](#).
- Habib, S., Khan, M. A., & Hamadneh, N. N. 2022. "Gender Sensitivity in Accessing Healthcare Services: Evidence from Saudi Arabia. *Sustainability*, 14(22): 14690. Arab Center: Washington DC. [Link](#).
- Hassan, M. 2023. "Right to Health in Iraq: Fragile Structures and Growing Challenges." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Hyzam, D. & Shaef, A. 2023. "Ending the War in Yemen as a Prerequisite to Realizing the Right to Health." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health. Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).

- Kabakian-Khasholian, T., Makhoul, J., & Ghusayni, A. 2022. "A Person who does not have Money does not Enter": A Qualitative Study on Refugee Women's Experiences of Respectful Maternity Care." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1): 1-10. [Link](#).
- Morgan, R., Ayiasi, R. M., Barman, D., Buzuzi, S., Ssemugabo, C., Ezumah, N., & Waldman, L. 2018. "Gendered Health Systems: Evidence from Low-and Middle-income Countries." *Health Research Policy and Systems*, 16(1): 1-12. [Link](#).
- Moussawi, F. 2022. "The Realities, Needs & Challenges Facing the Feminist and Queer Movements in Lebanon in Light of a Multi-Layered Crisis." Heinrich Boll Stiftung: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Sacca, L., Maroun, C., Khoury, S., Maroun, V., Khoury, J., & Bouery, P. 2023. "Period Poverty in Lebanon: A Call for Action." *Women's Reproductive Health*, 10(2): 236-251. [Link](#).
- Shaar, A.N. 2023. "The Right to Health in Palestine." Arab Watch Report 2023 on the Right to Health." Arab NGO Network for Development: Beirut, Lebanon. [Link](#).
- Snoubar, Y., & Duman, N. 2016. "Impact of Wars and Conflicts on Women and Children in Middle East: Health, Psychological, Educational and Social Crisis." *European Journal of Social Science Education and Research*, 3(2): 202-206. [Link](#).
- Van Olmen, J., Marchal, B., Van Damme, W., Kegels, G., & Hill, P. S. 2012. "Health Systems Frameworks in their Political Context: Framing Divergent Agendas." *BMC Public Health*, 12: 1-13. [Link](#).