الصورة: الأونروا

هيئة الأمم المتحدة للمرأة/ كارلوس بيريز أوسوريو

الصورة: الأونروا

الصورة: سيوتح هيب

كوفيد-19: الآثار ذات الصلة بالنوع الاجتماعي لانتشار الجائحة في فلسطين وتبعات ذلك على السياسات والبرامج

نتائج تحليل سريع من منظور النوع الاجتماعي لتفشي جائحة كوفيد-19 في فلسطين

نيسان/ أبريل، 2020

هيئة الأمم المتحدة للمرأة

كوفيد-19 الاستجابة

قائمة المصطلحات المختصرة

AWRAD	أوراد: مركز العالم العربي للبحوث والتنمية
CTP	برنامج التحويل النقدي
COGAT	المنسق الإسرائيلي لنشاطات الحكومة في الأرض الفلسطينية المحتلة
GBV	العنف القائم على النوع الاجتماعي
GUPW	الاتحاد العام للمرأة الفلسطينية
HCT	الفريق الوطني للمساعدات الإنسانية
IMAGES	الدراسة الاستقصائية الدولية بشأن الرجال والمساواة بين الجنسين
MoH	وزارة الصحة
NGOs	المنظمات غير الحكومية
NIS	الشيكل الإسرائيلي الجديد
oPt	الأرض الفلسطينية المحتلة
PA	السلطة الفلسطينية
PCBS	جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني
PM	رئيس الوزراء
UNICEF	صندوق الأمم المتحدة للأطفال
UNRWA	وكالة غوث وتشغيل اللاجئين التابعة للأمم المتحدة في الشرق الأدنى
US	الولايات المتحدة
USAID	وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية
UN Women	هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة
WASH	المياه والصرف الصحي والنظافة
VAW	العنف ضد النساء
WHO	منظمة الصحة العالمية

المحتويات

بكلماتهن الخاصة	4
مقدمة	5
ما هو التحليل من منظور النوع الاجتماعي؟	6
حول هذا التحليل	7
المنهجية	7
نظرة على السياق العام ما قبل جائحة كوفيد-19 والاستجابة الوطنية الحالية	8
الصحة، الوضع الاقتصادي، السياسات، والقيود في الأرض الفلسطينية المحتلة	9
الاستجابة الوطنية لجائحة كوفيد-19	12
النتائج والتحليل	13
الحجر الصحي والاعتبارات المتعلقة بالنوع الاجتماعي	14
النوع الاجتماعي، الصحة، والوصمة	16
الحيز الخاص: الأعباء المنزلية المتزايدة والعنف القائم على النوع الاجتماعي	18
الأثر الاقتصادي	21
التعليم	22
الوصول للمعلومات	24
ديناميات النوع الاجتماعي في صنع القرار والاستجابة الطارئة	25
المخاوف التي عبرت عنها المنظمات النسوية	26
الاستنتاجات	28
التوصيات	29
الملاحق	33
المراجع	34

بكلماتهن الخاصة

دفع ثمن حجر زوجي الصحي

"عاد زوجي من إسرائيل، واجتمعت العائلة وقررت أنه يجب أن يبقى في منزلنا الصغير جدًا، لم يكن لدي أي خيار إلا أن أنتقل وأن أبحث لنفسي ولأطفالي الثلاثة المراهقين مكانًا آخر يأوينا.

لم يقبل أحد أن يستضيفنا، فعرضت علينا جارتنا بيتًا لنبقى فيه. بت الآن مسؤولة عن منزلين. وعلي أن أقوم بكل الأعمال وأن أهتم بالصحة الجسدية والنفسية والعقلية لزوجي ولأطفالي.

إن أولادي المراهقين في سن التمرد، وهم يعتقدون أنه يمكنهم التمرد عليّ ما دام والدهم بعيدًا. ينبغي على أن أعمل بجد لأبقيهم في المنزل وحتى لا يتسكعوا مع الفتية الآخرين.

لم تكن الكثير من السيدات محظوظات مثلي، إذ كان عليهن أن يعشن مع أزواجهن المحجورين صحيًا في نفس المنزل، وأن يستخدموا نفس المرافق الصحية ونفس الممرات فيه. لن يقبل أحد أن يستضيفهن فهناك وصمة سلبية تتزايد في هذا الصدد، إلا أن هؤلاء النساء يعملن باستمرار على تنظيف منازلهن وتعقيمها والعناية بأزواجهن وأطفالهن لضمان عدم المخالطة أثناء فترة العزل. إن القضية الأساسية التي تشكل تحديًا للنساء والأطفال في أسر العمال هي إدارة الحجر الصحي للعمال الذكور في نفس الوقت الذي يتحملن فيه كل الأعباء الأخرى.

يجب على الحكومة والمجتمع أن يتحملا المسؤولية كذلك".

(طولكرم، أنثى، زوجة عامل عاد من سوق العمل الإسرائيلي، أم ل 3 أبناء).

بدأت المعاناة قبل وقت طويل من الزمن!

"في غـزة، لم يتغير الكثير. لقد قيّد الاحتلال حركتنا باستمرار، لم يكن ممكنًا لنا أن نفكر في السفر للخارج، وقبل ذلك لطالما قيد والدي حركتنا، وأجبرنا على البقاء في المنزل.

فلقد كنا في عزلة وحجر طوال الوقت، والآن يعرف الجميع شعورنا".

(أنثى شابة، غزة).

الصورة: هيئة الأمم المتحدة للمرأة/ سيولج ديوك سيو

النساء المريضات يعانين دون أي إعانة

"كان لديها سرطان خطير وتم حجرها، الشخص الوحيد الذي سمح له بأن يبقى معها كان ابنتها. حيث توفت الأم من تعقيدات الإصابة، وعانت الابنة من انهيار نفسي. لم تتلق الأم الرعاية الطبية الملائمة، ولاحقاً لم يتم دفنها على نحو مناسب كذلك.

كما أن الابنة لم تتلق الرعاية الطبية الملائمة ولم يتم تقديم الدعم النفسي اللائق لها كذلك. نحن نتواصل معها على قدر استطاعتنا ولكن مساعدتها عن بعد ليس هو الحل الأمثل مطلقًا".

(مشارِكة أساسية في المعلومات من غزة).

عطلة الأحلام تحولت إلى كابوس

"لطالما حلمت بإجازة طويلة لقضاء الوقت في البيت وحدي مع أطفالي وزوجي. والآن بات الحلم كابوسًا. لدي المزيد من الأعباء والمزيد من أعمال المنزل ورعاية الأطفال والتدريس ومتابعة نشاطات الأطفال وضمان سلامتهم والانتباه لاحتياجاتهم العاطفية والنفسية، وفي ذات الوقت ضمان أن يحصل زوجي الذي يعمل من المنزل على بيئة عمل هادئة طوال الوقت.

أنا أهتم بالجميع وليس لدي حتى القليل من الوقت للراحة أو لأن أتعامل مع الضائقة النفسية التي أمر بها. لا تتابع الوزارة معنا أبدًا. ولا تطلب منا القيام بأي عمل من المنزل".

(موظفة حكومية، الضفة الغربية).

مقـــدمة

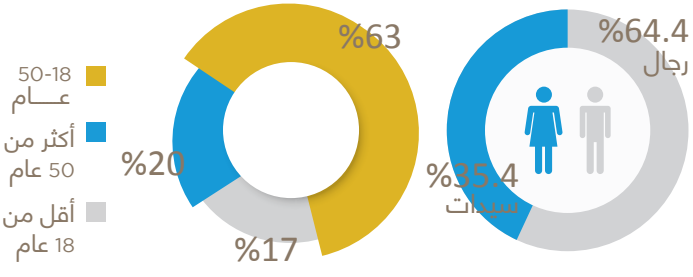
أعلنت منظمة الصحة العالمية في يوم 11 آذار/ مارس 2020 أن مرض كوفيد-19 المتعلق بالعدوى الفيروسية في جهاز التنفس قد تحول إلى جائحة عالمية. في الأرض الفلسطينية المحتلة، حتى تاريخ 26 نيسان/ أبريل 2020، تم تأكيد 495 حالة إصابة بعدوى كوفيد-19، 325 منها في الضفة الغربية، و153 في القدس الشرقية، و17 في قطاع غزة (83 من هذه الحالات في الضفة الغربية و22 في القدس الشرقية تماثلت للشفاء، في حين توفيت حالتان في الضفة الغربية وحالتان في القدس الشرقية). في البداية، ظهرت الحالات في محافظة بيت لحم، ومن ثم انتشرت في غالبية المحافظات في الضفة الغربية وقطاع غزة.

في نفس هذه الفترة، تم إجراء 27800 فحص، وتم وضع 12880 حالة تحت الحجر المنزلي الإجباري، كما تم تنفيذ الحجر الصحي بإشراف وزارة الصحة المباشر على 1750 حالة (وزارة الصحة).[1,2] ووفقًا لمعلومات وزارة الصحة في غزة، حتى تاريخ 25 نيسان/ أبريل 2020، تم وضع 1971 حالة تحت الحجر في المرافق المخصصة لذلك في غزة، 57.2% من تلك الحالات (أي 1123 حالة) هي من الذكور، في حين أن 42.8% منها (أي 848 حالة) من الإناث.[3]

كوفيد-19: التوزيع وفقًا للجنس والعمر

وفقًا لسجلات وزارة الصحة في وقت إجراء هذه الدراسة (26 نيسان/ أبريل 2020) كان هناك 221 حالة مصابة من الذكور (64.6% من حالات الإصابة) وكان هناك 121 حالة مصابة من الإناث (35.4% من حالات الإصابة) في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.[4] 17% من هذه الحالات المصابة كانت من الأطفال إناثًا وذكورًا ممن دون سن الـ 18. وكان ما نسبته 63% من حالات الإصابة من الفئة العمرية التي تتراوح بين 18 و50 سنة، في حين أن 20% من الحالات من الفئة العمرية التي تزيد عن 50 سنة.

توزيع الحالات المصابة حسب الجنس والعمر



توضح سياسة النوع الاجتماعي والمساواة والتمكين للنساء والفتيات في أعمال المساعدة الإنسانية التابعة للجنة المشتركة بين الوكالات أن "أوقات الأزمات لا تؤثر على الجميع بشكلٍ متساوٍ: هناك عوامل تزيد من أوجه عدم المساواة وهي تتضمن النوع الاجتماعي وغيره من العوامل التي ترتبط بالهوية الاجتماعية مثل العمر والميول الجنسية والحالة الاجتماعية والإعاقة والطبقة والخلفية العرقية والدينية والحالة الاقتصادية وحالة الهجرة؛ إذ تتفاعل هذه العوامل لتحدد قدرات وأوجه الضعف في أوضاع كلٍّ من النساء والفتيات والرجال والفتيان ومدى المخاطر المواجَهة. ويتم تقييد النساء والفتيات بشكل شديد بعوامل عدم المساواة المرتبطة بالنوع الاجتماعي وبالاختلافات والفوارق في امتلاك السلطة والقوة والامتياز والفرص".[5]

وفي الأرض الفلسطينية المحتلة، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية الاقتصادية والثقافية، هناك الاحتلال المستمر على مدار سنوات طويلة وكذلك الانقسام الفصائلي الفلسطيني اللذان يخلقان أشكالاً إضافية من التمييز المحتمل.[6] ينبغي أن يتم أخذ هذه العوامل مجتمعةً بالحسبان كجزء من الاستجابة قصيرة الأمد وكذلك الاستجابة بعيدة الأمد.

لقد تم إجراء هذا التحليل السريع من منظور النوع الاجتماعي بهدف زيادة توفر البيانات والتحليلات المرتبطة بأثر النوع الاجتماعي لمرض كوفيد-19 على السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة، وذلك لإرشاد جهود العمل على تعزيز الجاهزية والاستعداد للفريق الوطني للعمل الإنساني والاستجابة القطاعية ومتعددة القطاعات وإنتاج المعارف وجهود المناصرة.

وفيما يلي بعض الأسئلة التي تمت تغطيتها:

- كيف تغيرت أدوار كل من النساء والفتيات والرجال والفتيان منذ بدء الأزمة؟ ما هي الأدوار الجديدة للنساء والفتيات والرجال والفتيان وكيف تتفاعل هذه الأدوار فيما بينها؟ كم من الوقت تتطلب هذه الأدوار للقيام بها؟
- ما هي الهيكليات والبُنى التي يستخدمها المجتمع لصنع القرارات؟ من يشارك في مساحات صنع القرارات؟
- كيف تغيرت الفرص المتوفرة والمتاحة، بما في ذلك تلك المتعلقة بالتعليم والتشغيل والمعيشة المنزلية والخدمات الصحية والحقوق القانونية وملكية/ السيطرة على الأصول؟
- ما هي أخطار الحماية ومخاطر العنف القائم على النوع الاجتماعي التي تواجهها النساء والفتيات ويواجهها الرجال والفتيان؟ كيف تؤثر الأطر القانونية على النوع الاجتماعي واحتياجات الحماية؟
- ما هي الاحتياجات والقدرات والتفضيلات لكل من النساء والفتيات والرجال والفتيان في المجتمع المتأثر بالأزمة؟

ما هو التحليل من منظور النوع الاجتماعي؟

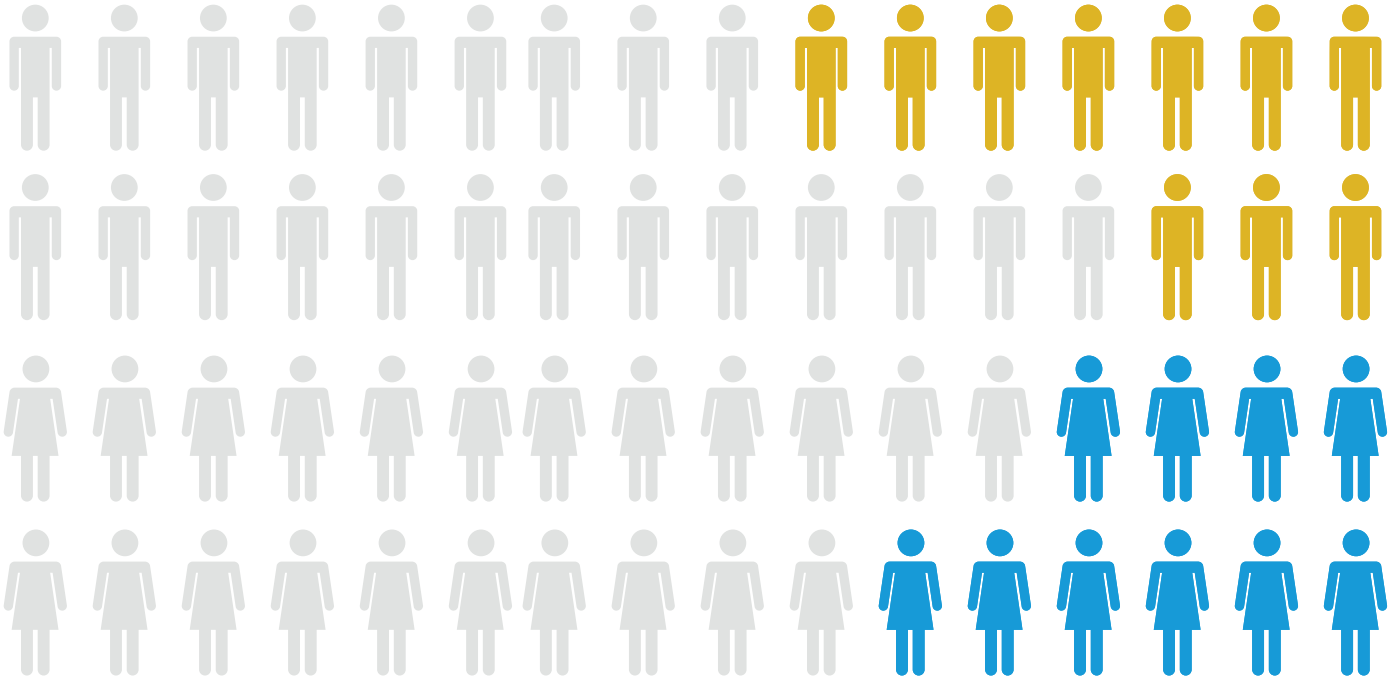
ينظر التحليل من منظور النوع الاجتماعي في العلاقات ما بين النساء والفتيات والرجال والفتيان، ويدرس أدوار كل منهم وإمكانية الوصول والسيطرة على الموارد، بالإضافة إلى القيود التي تواجهها كل فئة من الفئات المذكورة أعلاه مقارنةً مع الفئات الأخرى. في الأزمات الإنسانية، تستمر أهمية النوع الاجتماعي كعامل أساسي يتعلق بالتأثير في الواقع الصحي[7] والاجتماعي الاقتصادي والسياسي، بالإضافة إلى التأثير في التبعات النفسية الاجتماعية. وكما أن الأزمات الإنسانية تسبب التدهور الجمعي في المجالات الصحية والاجتماعية والاقتصادية للسكان، إلا أنه تغدو النساء والأطفال بشكل خاص أكثر هشاشة وعرضة للمخاطر.[8]

وتكون الوطأة أكبر على النساء والفتيات والفتيان بفعل الواقع المركب من العوامل الاجتماعية الاقتصادية والسياسية التي تخيم بظلالها. فالعوامل الاجتماعية الاقتصادية الموجودة سابقًا للأزمات تساهم في تحديد شكل تنفيذ الاستجابة وآلياتها في حالات الطوارئ. وفي سياق الاستجابة للأزمة، عادةً ما تركز الخدمات الصحية على تقديم الرعاية الصحية الفورية. إلا أنه يمكن للتدخلات الصحية والسياسات والإجراءات المرتبطة بها أيضًا أن تخلق صورة من صور اللامساواة وأن تعززها بشكل أكبر وأن تعيق جهود التنمية التي تطمح إلى تحويل المجتمعات. بالإضافة إلى ذلك، عادةً ما تصبح التقاطعات بين كل من الاقتصاد وعوامل إمكانية الوصول وعدم المساواة على أساس النوع الاجتماعي في أوقات الأزمات رهينة إجراءات الاستجابة الوقائية.

يسمح التحليل السريع[9] من منظور النوع الاجتماعي، في سياق العمل الإنساني، بتعزيز الفهم حول من هي الفئات المتضررة من الأزمة في مجتمع معين، ما هي احتياجات تلك الفئات، وما الذي يمكن القيام به للتعافي من الأضرار.

يمكن لأداة التحليل السريع من منظور النوع الاجتماعي أن تعطي المعلومات وتوفرها لجهود الاستجابة للحالة الطارئة الموجودة وكذلك للتدخلات والدراسات والتقييمات المستقبلية لكونها أداة استراتيجية في تصميم البرامج من خلال التقدم في توفير المعلومات وإتاحتها. يوظف التحليل بيانات كمية وكيفية محددة وفق سياق معين، ويحللها لإثراء عملية تصميم النهج التحويلي المرتبط بقضايا النوع الاجتماعي، ولتتفادى آليات التأقلم والاستجابة السلبية في مواجهة الأزمة.

يمكن أن يتم تضمين التحليل السريع من منظور النوع الاجتماعي في أدوات التقييم والتحليل الموجودة بالفعل بسهولة، وذلك من خلال العمل على تقييم السياق الحالي من خلال عدسة النوع الاجتماعي متعددة الأبعاد للعلاقات، الأمر الذي يعزز دقة وشمولية النتائج والتوصيات.



حول هذا التحليل

يُتوقع أن يؤثر انتشار العدوى بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) كأزمة إنسانية جديدة على مستوى العالم وما تبعه من سياسات واجراءات الاستجابة والتصدي بأشكال مختلفة على كل من النساء والفتيات والرجال والفتيان. وبالتالي قد تختلف الاحتياجات والأولويات، كما قد تكون الموارد المتاحة والقدرات والاستراتيجيات في التأقلم مختلفة أيضًا.

عادةً ما تكون النساء هن المستجيبات الأوليات للأزمات، وهن يلعبن دورًا مركزيًا في الحفاظ على بقاء وصمود الأسر والمجتمعات. إن فهم الأثر الخاص بالنوع الاجتماعي لهذه الأزمة الإنسانية على السكان هو عامل أساسي لضمان تلبية الاستجابة، من قبل شركاء العمل في المساعدة الإنسانية، لاحتياجات الحماية لكافة أفراد المجتمعات المتضررة، وأن تساهم هذه الاستجابة في معالجة الاحتياجات والأولويات لكل من النساء والفتيات والرجال والفتيان بشكلٍ متساوٍ وفعال.

وفي حين أن الأثر المفجع لكوفيد-19 قد طال بالفعل المجتمعات حول العالم، فإن الأوضاع في الأرض الفلسطينية المحتلة ما قبل الجائحة أدت إلى زيادة احتمالات تأثر الفلسطينيات والفلسطينيين بها بشكل سلبي على كافة المستويات. ومع ارتباط القدرة الفلسطينية على التأقلم مع الاحتلال العسكري الإسرائيلي[10] والحصار على قطاع غزة والانقسام الفلسطيني الداخلي،[11] فإن هناك عقبة إضافية إثر الأزمة الإنسانية، والتي غالباً تؤدي إلى تفاقم الاحتياجات وعدم المساواة الموجودة بالفعل (وتلك الجديدة التي تسببها الجائحة) في المجالات النفسية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية.

تحدد هذه الوقائع بالفعل ديناميات النوع الاجتماعي والعلاقات المجتمعية في الضفة الغربية وقطاع غزة، وبالتالي فإن النساء والفتيات والفتيان بشكل نسبي أكثر هشاشة وأكثر عرضة للمخاطر. بالإضافة إلى ذلك، يستمر تعزيز علاقات النوع الاجتماعي غير المتساوية في الأرض الفلسطينية المحتلة بفعل الاحتلال الإسرائيلي المتواصل والأعراف الثقافية والاجتماعية والواقع الاجتماعي السياسي والاقتصادي الذي لا ينفك أن يتدهور.

المنهجية

تم توظيف نهج مركب، كيفي وكمي لغرض تنفيذ هذا التحليل. كما أن التحليل في هذه الدراسة يعتمد على كل من البيانات الأساسية والثانوية. لاستخدام البيانات الأساسية، أجرى فريق البحث[12] مراجعة مكتبية للسياسات الموجودة وللتقارير التي تتوارد تباعًا حول التقدم في الاستجابة للطوارئ وغيرها من وثائق وبيانات الجهات المسؤولة وتصريحات أعضاء المجتمعات المحلية التي تتعلق بمكافحة انتشار جائحة كوفيد-19. بالإضافة إلى ذلك، تم إجراء 17 مقابلة معمقة ومشاركة أساسية في المعلومات مع نساء ورجال[13] بمن فيهم من أعضاء المجتمعات المحلية وصناع السياسات في الأرض الفلسطينية المحتلة. وكان الفريق قد نفذ المقابلات من خلال أدوات افتراضية ورقمية للتواصل. أيضًا، اعتمد الفريق على مسحين إلكترونيين تمت مشاركتهما مع 800 فلسطينية وفلسطيني، إذ تطرقا لأداء الحكومة الفلسطينية ولأثر كوفيد-19 على القضايا المجتمعية وقضايا النوع الاجتماعي.[14]

من ناحية أخرى اعتمدت البيانات الثانوية بشكل أساسي على المعلومات الإحصائية المتعلقة بعدم المساواة القائمة على النوع الاجتماعي في الأرض الفلسطينية المحتلة من المصادر الرسمية مثل وزارة شؤون المرأة وجهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني ومصادر الأمم المتحدة.

نظرة على السياق ما قبل انتشار جائحة كوفيد-19 والاستجابة الوطنية الحالية

الصورة: الأونروا

مع استمرار الجائحة العالمية في إنهاك واستنزاف الموارد والقوى من مختلف المجالات للقطاع الطبي، فإنها تستمر كذلك في التأثير في الواقع النفسي الاجتماعي والسياسي والاقتصادي. وفي فلسطين، يأتي تفشي الجائحة في سياق واقع هش وضعيف للمجتمع الفلسطيني.

بشكل عام، تعد القدرات الفلسطينية على الاستجابة لحالات الطوارئ منقوصة بشكل كبير بالنظر إلى واقع الحال من احتلال عسكري وحصار على قطاع غزة وانقسام فلسطيني داخليين بالإضافة إلى مستوى آخر من فشل الأطراف الدولية والإقليمية بتحقيق أي سلام حقيقي ومستدام، الأمر الذي يقلص فرص وخيارات التنمية والتطور. ويعتبر فهم الأوضاع والظروف السابقة للواقع الاجتماعي والاقتصادي أمرًا ضروريًا كجزء من التحليل السريع القوي والفعال.

يقدم هذا القسم نظرة على السياق في الأرض الفلسطينية المحتلة ما قبل انتشار الجائحة والأزمة الإنسانية المرتبطة بمرض عدوى كوفيد-19.

وهو يقدم مراجعة للظروف والأوضاع في القطاع الصحي والقيود المجتمعية والسياسية على السكان بفلسطين بشكل عام، بالإضافة إلى ديناميات علاقات النوع الاجتماعي ما قبل الجائحة.

الصحة والوضع الاقتصادي والسياسات والقيود في الأرض الفلسطينية المحتلة

تعتبر هذه الأزمة بشكل أساسي أزمة صحية، ولذلك فإنه من المهم فهم الظروف التي يعمل فيها القطاع الصحي الفلسطيني. إن وزارة الصحة الفلسطينية هي المشغل الرئيسي لمستشفيات القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة. وهناك 81 مستشفىً متوفر، 30 منها في قطاع غزة و51 في الضفة الغربية بما يشمل القدس الشرقية. بلغت القدرة الاستيعابية منذ عام 2017، 6146 سرير في مستشفيات الأرض الفلسطينية المحتلة.[15]

إلا أن الاحتلال المفروض من إسرائيل يضع قيودًا على عدة أمور مثل شراء الأدوية واستيراد اللوازم الطبية.[16]

وقد نتج عن ذلك المزيد من العقبات التي تساهم في تقليص قدرة وزارة الصحة والقطاع الصحي على العمل. يشمل هذا اضطرار وزارة الصحة إلى دفع مبالغ إضافية للأدوية[17] والاعتماد على السيطرة الإسرائيلية على المداخل للاستيراد، بما في ذلك استيراد المواد المهمة مثل التطعيمات ومسوح الفحوصات ومعدات السلامة والحماية الشخصية. وبالتالي، يعاني القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة من النقص في المعدات والموارد والطواقم.

ومع عدم القدرة على تطوير الخدمات الصحية والموارد الصحية بشكل كامل، يعتمد الشعب الفلسطيني على نظام الإحالة الطبية، إذ يتم تحويل الفلسطينيين من قطاع غزة إلى المرافق الطبية في الضفة الغربية والقدس وإسرائيل. وبالمثل، يتم التحويل الطبي للفلسطينيات والفلسطينيين من الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية إلى مستشفيات إسرائيل، وهذه ممارسة اعتيادية (مع الأخذ بعين الاعتبار التحديات البيروقراطية في نظام الإحالة).

في عام 2019، كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة في إسرائيل -مع احتساب مستوطنات الضفة الغربية - أعلى منه للفلسطينيات والفلسطينيين في نفس المناطق بما يقارب 9 سنوات.[18]

لا تولي هذه الأرقام انتباهًا للتحديات التي تواجه الفلسطينيين فيما يتعلق بالصحة العقلية والنفسية، حيث لا تزال الأمراض النفسية تشكل تحديًا مهمًا في الصحة العامة[19] بالنظر إلى التعرض الدائم للعنف.

إن الأثر الجمعي لمثل هذه الإجراءات يساهم في انتهاك الحق في الصحة الذي يشمل الوصول دون أي تمييز للخدمات الصحية، بالإضافة إلى حق السكان في المشاركة في صنع القرارات المتعلقة بالصحة على المستوى الوطني والمجتمعي.[20]

أما على الصعيد الاقتصادي، وبفعل التدهور المستمر للواقع الاجتماعي الاقتصادي في كافة مناطق الأرض الفلسطينية المحتلة، فإن السعي للحصول على المساعدة الطبية الملائمة يشكل تحديًا بالنظر إلى الأعباء المالية الإضافية التي قد يخلفها هذا الأمر على الأسر.

تقدم كل من وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأنروا) والتأمين الصحي الحكومي ما يقارب 90% من التغطية الصحية، إلا أنه مع التقليصات التي حدثت مؤخرًا على تمويل الحكومة الأمريكية ومساعداتها للأنروا، فقد أثرت الأزمة المالية في خدمات الوكالة. علاوةً على ذلك، فإن استمرار حجب إسرائيل لعوائد ضرائب السلطة الفلسطينية أو الاقتطاع من المساعدات المخصصة للشعب الفلسطيني يزيد من عرقلة مخصصات الموازنة للخدمات العامة.

إن القيود والسياسات ضد الشعب الفلسطيني لا تحد فقط من قدرات القطاع الصحي. إذ يعاني الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية والقدس الشرقية من القيود على الحركة والوصول للموارد والوصول للحقوق الإنسانية بما في ذلك الحق في التعبير والحق في التعليم وفرص التشغيل المتساوية، كنتيجة للتأثيرات المركبة لكل من الإجراءات المفروضة من قبل إسرائيل وأوجه القصور من السلطات الحكومية في تعميق العقبات التي يواجهها الفلسطينيون.

كما تتأثر الحياة اليومية بمجموعة من العقبات الممنهجة. يشمل ذلك القيود على الحركة المفروضة في شكل نقاط تفتيش وحواجز إسرائيلية،[21] والاعتداء على الحق في المسكن عن طريق هدم البيوت والنفي إما كإجراء عقابي[22] أو بفعل القيود البيروقراطية الإسرائيلية،[23] والعوائق المعززة عسكريًا أمام الوصول إلى الأرض والموارد.[24] وقد عززت هذه الإجراءات بشكل أكبر الأعراف الاجتماعية السلبية وأعاقت سير الحياة اليومية والتماسك الاجتماعي والعلاقات الأسرية والمجتمعية المتجذرة في الاعتماد الفلسطيني على المساعدات الإسرائيلية والدولية على المستويين السياسي والاقتصادي.

علاوةً على ذلك، وبالنظر إلى الانقسام الجغرافي السياسي في الضفة الغربية وقطاع غزة والقدس الشرقية، يتبين أن هناك غياب

للوحدة الداخلية على المستويين القضائي والسياساتي. على سبيل المثال، في حين أن السلطة الفلسطينية قد غيرت العمر القانوني للزواج لعمر 18 سنة منذ شهر تشرين الثاني/ نوفمبر لعام 2019، لم يُطّبق هذا العمر القانوني على قطاع غزة.

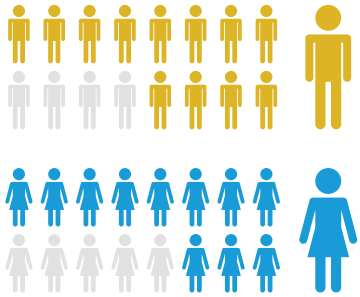
أما فيما يتعلق بالوصاية والطلاق وحضانة الأطفال والزواج، فإن قانون الأحوال الشخصية هو الساري في الضفة الغربية، أما في قطاع غزة فيتم تطبيق قانون حقوق الأسرة.

وبالنسبة للفلسطينيات والفلسطينيين في القدس الشرقية، تنقسم الحقوق القانونية والقدرة على الوصول بين الإجراءات في الضفة الغربية والأنظمة والقوانين الإسرائيلية. على الرغم من غياب الجهود الموحدة والمنسقة على مستوى صنع السياسات، إلا أن هذه القوانين تُعتبر بالإجماع تمييزية ضد النساء، مما يعمق بشكل أكبر عدم المساواة في الأرض الفلسطينية المحتلة.[25]

بالمثل، يتم التشويش والإخلال بالوصول للموارد والحقوق بين السياسات المرتبطة بالاحتلال الإسرائيلي وإجراءاته والسياقات المختلفة بين الفلسطينيات والفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة والقدس الشرقية.

وفي حين أن الأثر على النساء والفتيات والرجال والفتيان يختلف من منطقة لأخرى، كما تختلف الفئات الاجتماعية، إلا أن عدم المساواة المتفاوتة القائمة على النوع الاجتماعي موجودة عبرها جميعًا حتى وإن اختلفت أشكال ومظاهر تجلياتها. يمثل الذكور ما نسبته 51% من السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة، في حين أن نسبة الإناث هي 49%.

السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة



%51

%49

ويسود العنف وعدم المساواة القائمين على النوع الاجتماعي في الأرض الفلسطينية المحتلة في كل الأحياز والسياقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

على سبيل المثال، تسود التفاوتات بين مشاركة الإناث ومشاركة الذكور في قوى العمل، ويرافقها فجوة بمقدار 40% في الأجر اليومي (92 شيكل للنساء و129 شيكل للرجال في عام 2019).[26]

%40

الفجوة في الأجور اليومية بين النساء والرجال

تشكل النساء ما نسبته 43% من الموظفين ضمن القطاع العام، ولكن في فئة الوظائف التي تبدأ بالمدراء العامين والمناصب الأعلى من ذلك، فإن النساء تشكل 12% فقط من الموظفين.[27]

التوظيف في القطاع العام

%12

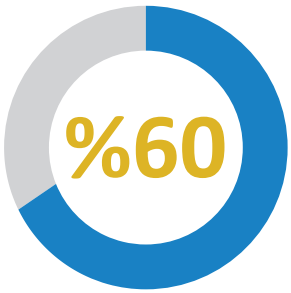
النساء كمدراء أو في مناصب أعلى

%43

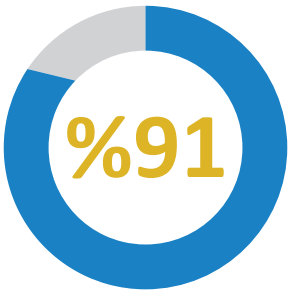
نساء موظفات

وفي حين أن التحاق الإناث في التعليم الثانوي يصل إلى 91% والتحاقهن في التعليم العالي يصل إلى 60% وهي نسب أعلى من تلك الخاصة بالتحاق الذكور، إلا أن معدلات البطالة للنساء في الأرض الفلسطينية المحتلة تظهر عدم التكافؤ بالنسبة للنساء، إذ تُعتبر 43% من النساء عاطلات عن العمل مقارنةً بما نسبته 20% من الذكور.[28]

التعليم



معدل التحاق الإناث بالتعليم العالي



معدل التحاق الإناث بالتعليم الثانوي

كما يشكل التشغيل داخل إسرائيل أو المستوطنات الإسرائيلية ما نسبته حوالي 65% من قوة العمل الفلسطينية. بالإضافة إلى ذلك، يشكل الأشخاص ذوي الإعاقة منذ عام 2019 ما يقارب 2.1% من سكان الفلسطينيين في الضفة الغربية وقطاع غزة، اولئك السكان 20% من الأطفال تحت سن 18 سنة. وقد تعرض حوالي خُمس النساء ذوات الإعاقة إلى العنف النفسي من قبل أزاوجهن.[29]

وتتعرض الأسر التي تعيلها أو تقودها النساء (وهي حوالي 11%) لاحتمالية الفقر بشكل أكبر (بنسبة 54% في قطاع غزة و19% في الضفة الغربية).

يستمر الواقع غير المتساوي بين الذكور والإناث في فلسطين، وفي ظل هذا الواقع، لابد من إدراك أن ما يقارب نصف السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة من الأطفال (2.3 مليون نسمة) حيث عدم المساواة القائمة على النوع الاجتماعي. في حين أن 95% من الإناث الأطفال و93% من الذكور الأطفال يلتحقون بالتعليم الأساسي، يُعتبر 38% من الأطفال ذوي الإعاقة خارج التعليم المدرسي. تعتبر الفتيات الصغيرات ذوات الإعاقة من أعمار ما بين 6 سنوات و15 سنة هن الفئة الأكثر احتمالاً لعدم الالتحاق بالمدرسة (بنسبة 30% مقارنةً بنسبة 22.5% من أقرانهن الذكور).[30]

علاوةً على ذلك، يلتحق 65% فقط من الأطفال بالتعليم الثانوي، حيث يبقى فتى واحد من بين كل 4 فتيان ممن يبلغون 15 عامًا خارج المدرسة. بالإضافة إلى ذلك، فقد تعرض ما يقارب 71% من الأطفال في الضفة الغربية و31% منهم في قطاع غزة ممن في عمر ما بين 1 – 14 سنة للتعنيف وآليات الانضباط العنيفة.

وتزيد عمالة الأطفال ممن بين الأعمار 10 إلى 17 سنة في الضفة الغربية (4%) عن عمالة الأطفال من نفس الفئة العمرية في قطاع غزة (2%).[31] ومنذ عام 2017 وُجد أن ما يقارب 320,439 طفل في الأرض الفلسطينية بحاجة لبرامج الدعم النفسي الاجتماعي والحماية.[32] في عام 2017، كانت حوالي 20% من النساء الفلسطينيات متزوجات قبل أن يبلغن الثمانية عشر.[33]

تظهر البيانات بشكل عام عوامل عدم المساواة بين النساء والفتيات والرجال والفتيان مثل العمر والموقع الجغرافي والحالة الاقتصادية والاجتماعية والحالة الزواجية والقدرات والإعاقة، والتي تعتبر عوامل محددة ومسيطرة أيضًا.

تظهر البيانات والمعلومات في قطاع غزة حالة أكثر إلحاحًا فيما يتعلق بهشاشة وقابلية تعرض السكان بشكل جمعي للمخاطر بفعل إطالة أمد الحصار المفروض من قبل إسرائيل على القطاع والإغلاق المنتظم لمعبر رفح الذي تسيطر عليه مصر والإجراءات العقابية من السلطة الفلسطينية، إذ تعمل هذه العوامل مجتمعةً

لأشخاص ذوي الإعاقة

2.1% من الفلسطينيات والفلسطينيين 20% منهم من الأطفال دون سن 18

1/5 النساء ذوات الإعاقة تعرضن للعنف النفسي على يد أزواجهن

على تعميق الأزمة الإنسانية في قطاع غزة. بشكلٍ عام، يعاني السكان من نقص شديد في الأمن الغذائي (68% [34] مقارنةً بنسبة 12% في الضفة الغربية).[35]

كما يعاني السكان من معدلات عالية من الفقر والبطالة عن العمل (55%)، بالإضافة إلى غياب القدرة على الوصول إلى الموارد واللوازم الضرورية للبقاء واستمرار الحياة.

على سبيل المثال، تستطيع 10% فقط من العائلات في قطاع غزة الحصول على مياه الشرب النظيفة، حيث تعتبر 4% فقط من مصادر المياه الجوفية ملاءمة للاستهلاك البشري، وحيث يعتبر ما طوله 73% من ساحل القطاع ملوثًا بمياه الصرف الصحي.[36] وقد بلغ حوالي 93% من الجهات مقدمة الرعاية عن تحديات تتعلق بصحة وسلامة الأطفال.[37]

من أجل تعميق فهم التبعات المرتبطة بالنوع الاجتماعي والتي تتسبب فيها مختلف السياسات والإجراءات، فإنه من المهم كذلك إدراك أن تلك السياسات والإجراءات لا تحدث في الفراغ.

إن الوقائع ليست أحادية البعد بطبيعة الحال، وهي ترتكز على التوجهات. فالتوجهات والآراء هي عوامل مهمة في وضع علاقات النوع الاجتماعي وأثرها الملموس على حياة كل من النساء والفتيات والرجال والفتيان في هذا السياق ومن ثم تحويلها والتأثير فيها وتغييرها. يأخذ الاحتلال الإسرائيلي العسكري طابع ذكوري بطبيعته، وقد عزز الأعراف الذكورية في المجتمع الفلسطيني، وهو يؤثر بشكل غير متكافئ في النساء[38] والفتيات والرجال والفتيان.

وبشكلٍ جمعي، كل العوامل التي تشمل: الضغوطات الاقتصادية التي فاقمت معدلات البطالة وفرص التنمية، بالإضافة إلى عقود من حالة الطوارئ السياسية التي أحبطت محاولات تنمية الخدمات الاجتماعية، والثقافة السائدة، وقيود الاحتلال على الحركة والوصول للموارد والخدمات، والأنظمة والقوانين المبنية على السياسات، ساهمت في تعميق عدم المساواة القائمة على النوع الاجتماعي في الأرض الفلسطينية المحتلة، وكذلك في "شرعنة" الأعراف الذكورية ضمن أطر العمل القانونية.

الاستجابة الوطنية لانتشار جائحة كوفيد-19

الصورة: الأونروا

خلال اجتماعه الرابع والأربعين بتاريخ 24 شباط/ فبراير 2020، قرر مجلس الوزراء تأسيس لجنة متابعة للتعامل مع أزمة فيروس كورونا.

وقد كانت مهام هذه اللجنة كالتالي:

1) تقييم الاحتياجات ووضع الإجراءات المعيارية للتعامل مع الحالات المشتبهة والمصابة بعدوى كوفيد-19.
2) متابعة وتبني معايير منظمة الصحة العالمية للتعامل مع الأزمة.
3) التنسيق مع الدول المحيطة.
4) تنسيق إجراءات الوقاية والعلاج مع الجهات ذات الصلة.
5) رفع الوعي الجماهيري حول الفيروس.

في ذات الاجتماع، قرر مجلس الوزراء كذلك أن يخصص موازنة طوارئ لتغطية تكاليف التعامل مع أزمة الفيروس.[39] في يوم 5 آذار/ مارس 2020، أعلن رئيس الوزراء الفلسطيني سريان حالة الطوارئ في الأرض الفلسطينية المحتلة في محاولة "لتغيير مجرى منحنى انتشار الفيروس ووقفه".

وبدأت وزارة الصحة بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والقطاع الخاص بتفعيل خطة التواصل حول المخاطر للتوعية حول الصحة العامة والتعامل مع المعلومات المغلوطة وغير المؤكدة.[40]

تم اتباع هذه الإجراءات في الضفة الغربية من خلال تفعيل سريان إجراءات ضد التجمهر الاجتماعي. وفي يوم 6 آذار/ مارس 2020، توقفت المؤسسات التعليمية عن العمل، تبعها إغلاق أماكن العبادة والمطاعم، كما تم تشجيع إجراءات التباعد الجسدي.

ومنذ يوم 22 آذار/ مارس 2020 أضحت الضفة الغربية تحت الإغلاق التام مع تفعيل حظر التجول من الساعة 7:00 مساءً، حيث سُمح فقط بمغادرة المنازل للتزود بالضروريات أو طلبًا للرعاية الطبية. وفي يوم الثاني من شهر نيسان/ أبريل 2020 مددت السلطة الفلسطينية الإغلاق لـ 30 يومًا مع تقييد ساعات التسوق من الساعة 10:00 وحتى الساعة 5:00.

وفي قطاع غزة حيث يوجد الحصار الأطول على الإطلاق الذي فرضته إسرائيل على مدار حوالي 13 سنة على القطاع حيث تصل كثافة السكان الكبيرة إلى ما يقارب 5200 نسمة للكيلو متر المربع، يعني هذا الأمر وجود أوجه خطر أعلى من حيث احتمالية انتشار العدوى بين السكان. ومنذ 6 آذار/ مارس 2020، أغلقت المؤسسات التعليمية، وفي يوم 22 آذار طبقت السلطات الحاكمة الإغلاق الكامل على المطاعم وصالات الأفراح والأسواق الأسبوعية، كما قيدت الفعاليات العامة بما فيها صلوات الجمعة للمسلمين.

وتم منع الفلسطينيات والفلسطينيين الحاملين للهوية المقدسية من الدخول للمناطق المصنفة (أ) و(ب) في الضفة الغربية. طبقت المدارس الخاصة والجامعات نهج التعلم عن بعد لاستمرار تقديم التعليم للطلبة، ولكن شريحة واسعة من الطلبة هي ضمن المدارس الحكومية.

وأخيرًا، تم نشر أرقام ومعلومات التواصل في حالات الطوارئ من قبل السلطات المختصة في الضفة الغربية وقطاع غزة، بالإضافة إلى الأدلة والإرشادات للجهات الإعلامية التي تعمل على تغطية تطورات أزمة كوفيد-19.

على الرغم من النزاع السياسي، تقوم السلطة الفلسطينية وسلطات الأمر الواقع في غزة بالتنسيق والتعاون لمعالجة الأزمة. وبالإضافة لذلك، تستمر جهات تمثيل وزارة الصحة بالتنسيق واللقاء مع المنسق الإسرائيلي لنشاطات الحكومة الإسرائيلية في الأرض بشكل منتظم فيما يخص القضايا ذات الاهتمام المشترك مثل ملف قوى العمل الفلسطينية في المستوطنات الإسرائيلية.

النتائج والتحليل

الصورة: الأونروا

في ظل الإغلاق واسع النطاق وتقييد التجمعات الاجتماعية، تتطلب التقييمات والتنمية الاستراتيجية فهم المنزل كوحدة أساسية للتحليل.

ومع التقاطعات والتناقضات والتعارض ما بين الحيز الخاص والحيز العام، لا تزداد حالات عدم المساواة القائمة على النوع الاجتماعي فحسب، بل وتتحول أدوار كل من النساء والفتيات والرجال والفتيان، مما يخلق ديناميات جديدة تشكلها سلسلة من التقاطعات والتداخلات بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

وفقًا لجمع البيانات الأساسية والاجتماعات التي أجرتها هيئة الأمم المتحدة للمرأة مع 30 مؤسسة تقودها نساء وقياديات نسوية[42] في الضفة الغربية وقطاع غزة، يتبين أنه من المتوقع أن تخلق أزمة كوفيد-19 الحالية وتُفاقم أخطار وعوامل الهشاشة المتعلقة بالنوع الاجتماعي.

"تحسن الحكومة الفلسطينية من جهودها بشكل يومي. إن هذه الأزمة الحالية هي أزمة ذات تأثير غير متكافئ على المجتمع ذي السيادة. أما فلسطين فبالكاد تعتبر مستقلة، ونحن نحاول باستمرار أن نعالج الضرر الذي ينجم عن غياب سيطرتنا على الحدود. وفي أوقات مثل هذه الأزمة الكبيرة، نحن بحاجة لأن نستمر في التذكير بقضايا النساء، وهناك حاجة دائمة للعمل والمتابعة. ويقع جزء كبير من العبء على عاتق النساء، علينا أن نقوم بكل الجهود اللازمة لدعمهن ودعم أسرهن".
معالي وزيرة شؤون المرأة، د. آمال حمد.

بسبب كوفيد-19 يواجه الشعب الفلسطيني المُعرَّض للخطر بالفعل والذين يعاني من انعدام الأمن في الموارد خطرًا آخرًا متزايدًا يتمثل في تبني بعض آليات التكيف السلبية والهياكل الأبوية الذكورية على المستويين الخاص والعام وكذلك في تعزيز وتوسيع نطاق عدم المساواة المبنية على النوع الاجتماعي.

ترتكز عواقب وتبعات الأزمة الحالية على النساء والرجال والفتيان والفتيات في الأرض الفلسطينية على تصرفات وردود فعل صناع القرار، ومشاركة المجتمعات، وآليات التأقلم، وبناء القدرات الاستراتيجية، وتوزيع الموارد. ويستمر هذا في التطور مع طول عمليات الإغلاق في كشف قدرات النظام الصحي وبشكل أكثر أهمية أيضًا مسار صنع القرار وتنفيذ السياسات. وبالتالي، ورغم أن هذا التحليل ليس تحليلاً شاملاً، فهو يقدم إثراء متعلق بالسياق المحدد حول الأثر في الجنسين لأزمة كوفيد-19 في الأرض الفلسطينية المحتلة، وهو يضع أساسات للتوصيات الواردة بهذا الخصوص.

الحجر الصحي واعتبارات النوع الاجتماعي

وفقا لتقديرات جهاز الإحصاء المركزي في فلسطين يعمل 133,000من الفلسطينيين من الضفة الغربية داخل إسرائيل والمستوطنات الإسرائيلية. الغالبية العظمى من هؤلاء هم من الذكور. وتعمل حوالي 1000 امرأة في داخل إسرائيل والمستوطنات الإسرائيلية.

وقد نجم عن القرار المشترك بين السلطات الإسرائيلية والسلطة الفلسطينية - حول تقييد حركة العمال بين أماكن العمل (في اسرائيل) والمنازل (في الضفة الغربية) والذي أُتخذ بشكل مبدأي لمدة شهرين اثنين - بقاء الكثير من العمال في اسرائيل.

وخلق هذا المزيد من الأعباء المنزلية المجتمعية على النساء وكذلك على الأطفال في ظل غياب الرجال لفترات أطول (لمدة شهرين).

كما أن هناك مخاوف فورية ومباشرة من الانتهاكات لحقوق الإنسان ومن الآثار النفسية والاجتماعية على العمال حيث يتطلب الأمر تحمل ظروف معيشية قاسية دون حماية في إسرائيل.

وفي نفس الوقت، فإن منع العمال الفلسطينيين من الجنسين من الوصول للمستوطنات في الضفة الغربية سوف يخلق أثرًا اقتصاديًا مباشرًا وأثرًا اجتماعيًا غير مباشر على الرجال والنساء. وبشكل نسبي، سيؤدي ذلك إلى تأثير غير مباشر في الأسر التي تقودها أو تعيلها نساء والأسر التي تعتمد على عمل النساء في المستوطنات كمصدر أساسي للدخل.

ويزيد تعقيد هذا الوضع بحقيقة أن غالبية النساء اللاتي يعملن في المستوطنات يأتين من مناطق مهمشة، خاصةً ضمن المناطق المصنفة ج. وتنطبق نفس المخاوف على العمال من قطاع غزة حيث توجب توقف العمل داخل إسرائيل بسبب أزمة فيروس كورونا والقيود الإضافية على الحركة.

بسبب النقص في أدوات ومعدات ومسوح الفحص الملاءمة الخاصة بالكشف عن الإصابة بعدوى كوفيد-19، وقطاع الصحة المكبل، فإن الاستجابة الأولى المتوفرة هي وضع العمالة العائدة إلى الضفة الغربية من إسرائيل تحت الحجر المنزلي الإجباري أو في الحجر الصحي المطبق من في المرافق المخصصة من الحكومة مثل الفنادق التي وضعت إمكانياتها تحت تصرف وزارة الصحة. إلا أنه بسبب الأعداد الكبيرة ومحدودية المرافق المتوفرة، فكان على الأسر أن تتخذ إجراءاتها الخاصة بما يتماشى مع الاحتياطات الموصى بها.

في بعض الحالات قد يعني هذا أن أسر العمال قد تتعرض لخطر المخالطة إن لم تتمكن من إيجاد مكان آمن لمدة 3 أسابيع وهي المدة الموصى بها للحجر والعزل.

في غزة ومنذ يوم 15 آذار/ مارس 2020، تم إجبار كافة المسافرين، من الجنسين، العائدين من معبر رفح البري أو من معبر بيت حانون (إيرز) على الخضوع للحجر الإجباري في إحدى مرافق وزارة الصحة المخصصة للحجر.[43]

وقد خصصت سلطات الأمر الواقع في قطاع غزة 28 مركزًا للحجر بما فيها مدارس وفنادق ومراكز رعاية صحية أولية ومشافي موزعة على المحافظات الخمسة في القطاع.[44] وشملت الحالات المحجورة مسافرين عائدين إلى قطاع غزة ومرضى تلقوا العلاج في مصر أو إسرائيل وعمال وتجار عائدين من إسرائيل إلى القطاع.

منذ تاريخ 25 نيسان/ أبريل 2020، كان العدد الإجمالي للحالات الخاضعة للحجر قد وصل إلى 1971 في المرافق المخصصة لذلك في القطاع. وكان ما نسبته 42.8% منهم من الإناث.[45]

وقد وضعت المؤسسات النسوية[46] خارطة لتوثيق حاجات النساء والفتيات في مرافق الحجر الصحي في قطاع غزة، وتشمل هذه الاحتياجات الأدوية والأغذية (مثل الخضروات والحليب) والهواتف النقالة وحقائب النظافة والعناية الشخصية. وعلى الرغم من أنه قد تم تزويد السيدات بحقائب النظافة والعناية الشخصية من قبل جهات ناشطة وفقًا للنساء في مرافق الحجر الصحي، إلا أنها لم تعتبر كافية لكامل فترة الحجر وهي 21 يوم (مع إمكانية تمديدها لمدة 28 يوم).

كما عبرت الكثير من النساء والفتيات عن الحاجة للإرشاد النفسي والاجتماعي، خاصةً من كنّ منهن في خطر أو قد فصلن عن أطفالهن (حيث يتم حجر الأم ويبقى أطفالها داخل القطاع).

وبشكل عام في الأرض الفلسطينية المحتلة، لا يبدو أن المرافق المخصصة للحجر الصحي تأخذ بعين الاعتبار توفير مساحة مناسبة للنساء والفتيات ولاحتياجاتهن الخاصة. يعتبر هذا الأمر مهم بشكل خاص من حيث حماية حقوق الصحة والصحة الإنجابية للنساء.

أما فيما يخص الصحة الإنجابية للنساء فإنه لم يتم تطبيق أولويات النساء الحوامل وتوقع احتياجاتهن فيما يتعلق بالاستجابة لداء كوفيد-19 على مستوى المؤسسات في الأرض الفلسطينية المحتلة خلال هذه الفترة.

الصورة: الأونروا

"كانت النساء تتصل بأسرهن وهن تبكين (بسبب الظروف الصعبة لمرافق الحجر)، ولكن لم يكن ممكنًا للأسر أن تقوم بأي شيء لهن".
خبيرة نوع اجتماعي، قطاع غزة.

في حين أن بعض القرى في الضفة الغربية تستخدم مبانٍ مختلفة لأغراض الحجر. يبدو أن هناك اهتمام قليل باحتمال استضافة إناث في تلك المرافق، حيث يبدو أن التركيز هو على حالات الحجر من الذكور، خاصةً العمالة القادمة من إسرائيل.[47]

في قطاع غزة وبسبب الكثافة السكانية العالية فإن الحجر المنزلي يعتبر صعبًا ويشكل تخوفًا من التبعات التي قد تكون مأساوية لانتشار المرض عبر التخالط، ولذلك كان هناك قرار حكومي فوري بالحجر الصحي.

إلا ان الظروف المعيشية في المرافق التي تم تخصيصها للحجر (مثل مدرسة وكالة غوث وتشغيل اللاجئين التي استخدمت في بداية الأزمة) لم تكن ملاءمة ولا تلبي احتياجات النساء من تقديم المرافق والمنتجات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، ومن خلال لجان الطوارئ المحلية حديثة الإنشاء، تقوم المجتمعات والقرى الصغيرة بإدارة الأزمة وتقديم خدمات الرعاية الصحية لأفراد تلك المجتمعات. وهذا ليس فقط بسبب ضعف القطاع الصحي ولكن أيضًا بسبب وجود القيود على الحركة والأزمة المالية.

وبما أن النساء في الأرض الفلسطينية تنقص احتمالية الاهتمام بصحتهن الشخصية مقارنةً بالرجال، قد تتطلب النساء انتباهًا أكبر في الفحص والرعاية الصحية، خاصةً أنهن يضطلعن بدورٍ مركزي في كل من المنزل والخط الأول للاستجابة في مجتمعاتهن.

يبدو أن القرى التي كانت تشارك فيها النساء بشكل أكبر في صنع القرار ما قبل الجائحة قد استمرت فيها هذه المشاركة النسائية، في حين أن المناطق التي تبدو مشاركة النساء فيها أقل احتمالاً هي في الواقع تستمر في تعزيز العلاقات المجتمعية التي تسود فيها السيطرة الذكورية. بالإضافة إلى ذلك، فإن مستويات الخدمات المقدمة في المرافق المخصصة للتعامل مع فيروس كورونا تختلف بين الضفة الغربية وقطاع غزة وكذلك بين كل محافظة وأخرى.

تشير التقارير الأولى في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة حول تلك المرافق التي استخدمت للحجر الصحي للحالات المشتبهة والحالات المصابة المؤكدة إلى وجود ظروف معيشية ونظافة سيئة فيها. وعلى الرغم من حدوث بعض التحسينات، فإن هناك حاجة لفحص دقيق لتلك المرافق خاصةً فيما يتعلق بخدمات المياه والنظافة والسلامة التي تؤثر بشكل أكبر في النساء والفتيات.

النوع الاجتماعي والصحة والوصمة المجتمعية

العاملات في القطاع الصحي على خط الجبهة الأول

تشكل النساء حاليًا ما يقارب 60% من القوى العاملة في قطاع الرعاية في فلسطين. كما أنهن يشكلن 70% من القوى العاملة في خط الدفاع الأول في مجال الرعاية الصحة (12558 من الممرضات والمسعفات في الضفة الغربية وقطاع غزة).

ويثير هذا الأمر تساؤلاً حول تعرض كافة الكوادر في هذا القطاع للخطر وطرق معالجة هذا الخطر. ومع تطور أزمة الانتشار للعدوى، يتطلب هذا الأمر عبء أكبر من التعامل والرعاية خاصةً من العاملات النساء في الرعاية الصحية والعاملات الاجتماعيات. وينطوي على ذلك أيضًا. أنهن قد يتعرضن لخطر أكبر في فرص انتقال عدوى كوفيد-19 إليهن.

يتم دائمًا تعريف صحة النساء بشكل عام، وخصوصًا في الأرض الفلسطينية المحتلة، على نطاق ضيق حيث يتم التركيز على الصحة الإنجابية وصحة الأمومة فحسب، بيد أن الصحة تتضمن كذلك الصحة النفسية العامة للنساء، وقدرتهن على الحصول على التغذية الجيدة، وكذلك على الرعاية الوقائية.

وترتبط هنا عوامل مختلفة هي الحالة الاجتماعية الاقتصادية والحصول على التعليم والموارد الاقتصادية مع تحسن وتطور الصحة للنساء. بالنظر إلى الاختلافات بين الوصول للموارد الاقتصادية والتعليم والحالة الاجتماعية العامة بين الرجال والنساء والفتيان والفتيات في الأرض الفلسطينية المحتلة، فإن هناك أيضًا فوارق في الوصول لخدمات الرعاية الصحية والتوعية الصحية.

وتعتبر النساء الفلسطينيات الحوامل والأمهات الحديثات في خطر أكبر من عدم القدرة على الوصول للرعاية الصحية الملاءمة، خاصةً مع فرض إجراءات الإغلاق الحالية والتقليص الكبير لعمليات التحويل الطبي للمشافي في القدس وإسرائيل. علاوةً على ذلك، ينبغي على النساء الفلسطينيات ليس أن يتتبعن ويَعِين إجراءات الإغلاق المفروضة في فلسطين فحسب، بل عليهن أن يعرفن أوضاع الحواجز الإسرائيلية أثناء التنقل (حتى لأغراض طبية). تاريخيًا، تم حجز النساء الفلسطينيات على الحواجز حتى رغم كونهن في حالة ولادة. وبالإضافة، هناك نقص عام في فلسطين في أعداد كوادر القبالة (مثلاً في عام 2016، أنجبت 99.4% من النساء أطفالهن بمساعدة مختصين ومختصات طبيين في مرافق طبية).[49]

لا يبدو أن هناك إجراءات واضحة لتقديم الخدمات الطارئة الضرورية للنساء الحوامل أو القيم الغذائية اللازمة لهن. بشكل عام، كانت معدلات الوفاة للأمهات في المناطق المعرضة للخطر في الأرض الفلسطينية، خاصةً في قطاع غزة[50] والمناطق المصنفة ج هي الأعلى كنتيجة بشكل أساسي للاحتلال ولكن أيضًا بسبب الوصول غير الكافي لخدمات الصحة العامة الفلسطينية.

بما أن الإغلاق الجمعي يؤثر في النساء والفتيات والرجال والفتيان بشكل مختلف، فإن الإجراءات الحالية -حتى وإن كانت غير متعمدة- تعزز الأعراف الذكورية والتوجهات التقليدية. وهذا صحيح بشكل خاص للنساء والفتيات في الأرض الفلسطينية المحتلة، حيث إن القدرة على التنقل بحرية قد لا تكون ممكنة بفعل التصورات الذكورية التي يدعمها التعرض المستمر للعنف (خاصةً من الاحتلال العسكري الإسرائيلي الذي كان مرتبطًا دائمًا بازدياد العنف ضد النساء والأطفال في الأرض الفلسطينية المحتلة).

وبالتالي، فإنه بالنسبة لأولئك من بالفعل في عناء إثر السيطرة المشددة على الحركة والتنقل وإمكانية الوصول للموارد والحقوق العامة (خاصةً النساء والفتيات)، فإن الإغلاق الحالي قد يشهد ارتفاعًا في تطبيع مفاهيم معينة مثل "إبقاء النساء في المنازل لحمايتهن" على المستوى المجتمعي والمنزلي.

إلا أنه حتى داخل المنازل، كون النساء هن الراعيات الأساسيات لإجراءات النظافة والصحة والسلامة، فإنهن معرضات لخطر أكبر في التعرض ليس فقط لفيروس كورونا المستجد وإنما أيضًا للمواد الكيميائية السامة ومواد التنظيف.

وقد لا يؤثر هذا بشكل مباشر في صحة النساء فحسب، ولكن أيضًا قد ينتج عنه تعقيدات صحية مستقبلية. ولا تزال هناك حاجة لتنظيم ممنهج لحملات التوعية والدعم في الأرض الفلسطينية المحتلة حول كيفية إدارة الصحة في ظل الاحتياج المستمر للتعقيم والتنظيف. إن مسؤولية الحفاظ على نظافة المنزل هي أيضًا عبء متزايد وتؤثر بشكل سلبي في الحالة النفسية الاجتماعية للنساء والفتيات كمقدمات أساسيات للرعاية.

"لقد كنا دائمًا في المنزل ولم نتمكن من مغادرته. نحن لا نخرج في كل الأحوال. الفرق الآن أن الجميع بالمنزل مثلنا".
س، أنثى، 16 عام، قطاع غزة.

كما أن النساء لهن دور مركزي على مستوى المنزل والمجتمع المحلي، وفي حين أن هذا يزيد من احتمالية انتقال العدوى إليهن، فإن وجود آلية للحماية والوصول للفحوصات الطبية اللازمة لا يزال محدودًا في ظل القيود في الموازنة والموارد على المستوى الوطني والاعتبارات غير المتساوية من حيث النوع الاجتماعي على المستوى المجتمعي.

"يجب أن يتجذر نهجنا في التعامل مع حالات الإصابة بعدوى كوفيد-19 في حقوق الإنسان وأن يرتكز عليها. فأسر تلك الحالات تعاني من الوصمة المجتمعية، ويجب أن يتم دعمها بشكل كامل من خلال إظهار التعاطف وتعزيز صورة الإنسانية والصمود مع أسر الضحايا. يجب علينا أن نستعمل كافة الوسائل بما فيها شبكات التواصل الاجتماعي والإعلام الرسمي لتقديم هذه الصورة الإيجابية."
ليلى العطشان، خبيرة إرشاد نفسي واجتماعي.

بالإضافة إلى ذلك، قد يفضي انتقال العدوى لأفراد الأسرة، خاصةً الأطفال، إلى إلقاء اللوم على مقدمات الرعاية بشكل عام، مما قد يسبب تعنيفًا اجتماعيًا وتطوير صور عدائية ضد النساء.

وتزيد احتمالية تعرض النساء الموصومات اجتماعيًا للإهمال الطبي فيما يتعلق بصحتهن الإنجابية والجنسية.

تؤثر الوصمة كذلك في الأفراد الأكثر عرضة للمخاطر في المجتمع وتواجه تلك الفئة خطر عالٍ من تدهور الصحة، وهذا يشمل أولئك الأشخاص ذوي المناعة الضعيفة والمصابة بأمراض مزمنة والكبار في السن، حيث ينظر إلى هذه الفئات كعبء وحمل على المجتمع.

لقد تم توصيف الوصمات المجتمعية على أنها إحدى المخاوف ومنابع القلق لصناع السياسات والجهات الممثلة عن المجتمعات، حيث إنها تظهر وتتجلى بالفعل في التوجهات نحو العمالة العائدة من إسرائيل كمصدر محتمل للعدوى. كما يحتمل أن يؤثر هذا في أسر أولئك العمال التي يتم تغريبها اجتماعيًا ويتم التمييز ضدها فيما يتعلق بالوصول للموارد المجتمعية والخدمات.

كما يؤثر الوصم المجتمعي في الكوادر الصحية. إذ يتعرض كل من العاملين والعاملات على جبهة الاستجابة الصحية الأولى بشكل متزايد للعزل والمعاملة السيئة في بعض الحالات. ولكن للإناث العاملات في القطاع الصحي، فإن هناك اعتبارًا إضافيًا يتمثل في أن يصبح التدهور المحتمل للصحة مبررًا لفرض السيطرة الذكورية لبقائهن في البيوت.

"أنا أعمل لدى منظمة عمل إنساني معروفة، وكنت أقوم بواجبي كمسعف أولي. انتقلت لي عدوى كوفيد- 19. بشكل فوري، عبر مديري بكلمات سلبية عن وضعي ورفض التحدث معي على الهاتف.

لقد كنت أقوم بمساعدة أبناء شعبي وأعمل لإنقاذ الحياة. ورغم ذلك تعرضت للوصم من قبل زملائي. وهذا يتعارض مع ما حدث عندما أصبت أثناء محاولتي إنقاذ حياة الناس في المواجهات مع الجيش الإسرائيلي. في حينها كنت أوصف بأنني بطل."
مسعف أولي، ذكر.

الحيز الخاص: الأعباء المنزلية المتزايدة والعنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء والفتيات

تعتبر العلاقات الأسرية في فلسطين مقيدة بالأعراف الاجتماعية في ظل العنف المستمر والقيود المتواصلة المفروضة على السكان.

وبالنظر إلى الحالة الدائمة من عدم اليقين السياسي على المستوى المؤسساتي فإن عدم المساواة القائمة على النوع الاجتماعي خاصةً والقضايا الاجتماعية عامةً تصبح مخاوف ثانوية للاحتلال العسكري المستمر والغياب العام للحكم الذاتي والسيادة والسيطرة على الموارد.

وفي سياق أزمة كوفيد- 19، فإن الحدود بين الحيز الخاص والحيز العام أصبحت ضبابية أكثر مما يؤدي إلى توسيع نطاق عدم المساواة والعلاقات غير المتساوية في النوع الاجتماعي.

إن حالة الشعب الفلسطيني المستمرة من الافتقار إلى الأمن الغذائي والموارد حتى ما قبل الجائحة تزيد من الأثر السلبي على أفراد المجتمع وعلى صناع القرار.

مع ارتفاع معدلات البطالة عن العمل، وبشكل أكبر للنساء، فإن إجراءات الإغلاق الحالية تخاطر بالمزيد من غياب الأمن الاقتصادي مما قد يسبب أعباء إضافية على الأسر والمجتمعات.

ويتجلى هذا في آليات تأقلم سلبية على المستويين الفردي والجمعي. وفقًا لنتائج المسح الأول الذي أجرته أوراد في نهاية شهر أذار/ مارس 2020، [51] فلقد أشار 71% من المستجيبين والمستجيبات[52] إلى انخفاض الدخل للأسرة (بشكل كبير أو بشكل محدود) بسبب الجائحة، في حين أن 30% بصدد فقدان الوظائف في الفترة القادمة مع استمرار الإجراءات الطارئة.

أما المسح الثاني الذي تم إكماله بتاريخ 17 نيسان/ أبريل 2020 فقد بين النتائج التالية فيما يتعلق بالنوع الاجتماعي وكوفيد- 19:

- تشعر النساء والرجال بالقلق بشكل متساوٍ من التبعات الاقتصادية والتعليمية للجائحة والإجراءات المرتبطة بها.
- إن النساء قلقات بشكل أكبر بعض الشيء من الرجال من العنف المجتمعي والجريمة والعنف ضد النساء والعنف ضد الأطفال.
- إن النساء أكثر قلقًا من ازدياد الأعباء على المستوى المنزلي (62%) من الرجال (46%). هناك نساء أكثر (68%) يقلن إن أعمال المنزل لديهن قد ازدادت مقارنة مع الرجال (44%).
- هناك الكثير من النساء اللاتي يقمن بالعمل من المنزل بشكل منتظم (48%) مقارنةً بالرجال (34%).
- يقول كل من الرجال (29%) والنساء (26%) أنهم قد خسروا وظائفهم (بشكل كامل أو جزئي).
- تشعر النساء بتراجع دخل الأسرة أكثر من الرجال، فقد أشارت 76% من النساء إلى أن أسرهن قد فقدت جزء من الدخل أو كله مقارنةً بـ 65% من الرجال.
- للتأقلم مع الأوضاع السائدة، يلجأ رجال أكثر للتدخين مقارنةً بالنساء (50% من الرجال و20% من النساء). أشار الرجال والنساء بشكل متساوٍ للجوء إلى ممارسة الرياضة والمشي.

وفي نفس الوقت، أشارت نساء أكثر إلى الزيادة في الوزن (58%) مقارنةً بالرجال (50%).

على المستوى الانفعالي والنفسي، أشارت النساء إلى مستويات أعلى من الضغوطات (82%) مقارنةً بالرجال (71%).

وفي نفس الوقت، أشارت النساء إلى مستوى أعلى من الشعور بالغضب من الأناس المقربة إليهن (68%) مقارنةً بالرجال (53%).

- وأخيرًا، من حيث المشاركة، أشار الرجال إلى مستوى أعلى من المشاركة المجتمعية والتطوع، حيث أن 52% منهم قالوا أنهم تطوعوا في مجتمعاتهم، مقارنةً بنسبة 24% من النساء.

لقد وضعت السياسات والإجراءات الحكومية في الضفة الغربية الأسر في الحجر المنزلي. ورافق ذلك إغلاق كافة المؤسسات التعليمية، وهو الأمر الذي تبع فرض منع التجول والإغلاق لغالبية المؤسسات الحكومية وغير الحكومية.

في الأصل، قرر مجلس الوزراء إعفاء النساء اللاتي لديهن أطفال من العمل وطلب منهن البقاء في المنازل لرعاية الأطفال. وتدريجيًا تم الطلب من كافة الموظفين الحكوميين غير الأساسيين بالبقاء في المنازل.

ولكن لم يتم تقديم إرشادات خاصة للعاملين الذكور للمشاركة في الأعمال المنزلية وأخذ دور في رعاية الأطفال. وهذا من بين الإجراءات الأخرى التي تمت والتي ينتج عنها التعزيز المعمق للتقسيم النمطي لأدوار النوع الاجتماعي وتشجيع دور النساء كمقدمات للرعاية المنزلية ورعاية الأطفال، في حين يعفي الرجال من مثل هذه الأدوار على الرغم من كونهم حاضرين في المنازل.

وقد بلغت النساء بالفعل عن الأعباء الإضافية التي أصبحت على عاتقهن في المنازل.

وفقاً لما قالته أم أحمد من نابلس (وهي موظفة حكومية لدى السلطة الفلسطينية):
"يخلق البقاء في المنزل واقعًا جديدًا. عليّ الآن أن أعتني بكل جوانب صحة وسلامة ورفاه أطفالي. ومع تطبيق التعليم الإلكتروني، فأنا الوحيدة التي تتابع فعليًا مع الأطفال الدراسة والفروض المنزلية.

وهم تحت ضغط وعليّ أن أتعامل مع ذلك، ولكنني أنا كذلك تحت الضغط. لقد اتصلت على قناة تلفزيونية للاشتكاء من غياب الدعم النفسي والاجتماعي للأسر".

سيدة أخرى عبرت عن قلقها من استمرار بقاء الزوج في المنزل:
"على الرغم من أنه من الجيد أن تجتمع الأسرة بشكل يحميها، إلا أن زوجي لا يجد شيء ليفعله. وهو يشعر بالملل ويستمر في الجلوس لساعات طويلة على الهاتف النقال ووسائل التواصل الاجتماعي. والملل يجعله سريع الغضب وميال للعنف".

هناك نمط سائد يجعل النساء يأخذن الدور الأساسي في الرعاية حتى وإن كان على حساب التضحية باحتياجاتهن الخاصة. فالأعباء الإضافية من أعمال المنزل تشمل تلبية احتياجات ورغبات مختلف أفراد الأسرة وضمان النظافة والتعقيم اللازمين ومعايير الحد الأدنى من الوقاية لتجنب التعرض للعدوى والتأقلم مع آليات التعليم الجديدة وإدارة موارد البيت. وقد أشارت 58% من النساء المستجيبات للمسح إلى أن واجبات منازلهن قد ازدادت مقارنةً بنسبة 40% من الرجال.

وقالت 41% من النساء إن الواجبات المرتبطة بالأطفال قد زادت مقارنةً بنسبة 32% من الرجال.

علاوةً على ذلك، يعتبر العنف المنزلي في ارتفاع بالفعل في فلسطين. وهناك خطر أعلى من العنف القائم على النوع الاجتماعي[53] خاصةً العنف ضد النساء والفتيات والفتيان في المجتمعات الأكثر فقرًا والتي تتعرض بشكل مستمر للعنف الجماعي[54] وغياب الأمن الاقتصادي، وهذا يشمل قطاع غزة ومخيمات اللاجئين والمناطق المصنفة ج في الضفة الغربية.

حاليًا، وفي ظل أزمة كوفيد-19، والاستجابة والإجراءات الرسمية، يتوقع 40% من الفلسطينيات والفلسطينيين المُستطلع آرائهم زيادة في العنف المجتمعي، ويتوقع 33% منهم ازديادًا في العنف المنزلي.

وتشهد خطوط الرد السريعة والخطوط الساخنة تصاعدًا ملحوظًا في الشكاوى من العنف الجسدي بالإضافة إلى التحديات النفسية والاجتماعية التي كانت موجودة من قبل.

بلغت منظمة واحدة وهي جمعية المرأة الفلسطينية العاملة للتنمية عن تقديم أكثر من 510 استشارة هاتفية تضمنت 206 مكالمات حول العنف القائم على النوع الاجتماعي في غضون أقل من أسبوعين (22 آذار –4 نيسان 2020)،[55] الأمر الذي يعتبر من قبل هذه المؤسسة ارتفاعًا.[56]

وسجلت مؤسسة أخرى هي سوا تزايدًا بنسبة 10% في الاتصالات من الإناث للتبليغ عن عنف منزلي أو اعتداءات خلال أسبوع واحد. بين 9 و16 نيسان/أبريل، تلقى الخط الساخن 3 حالات لمحاولات انتحار بسبب التعرض لسفاح الأقارب والاعتداء الجنسي والتحرش ومحاولات الاغتصاب.[57]

تشهد المؤسسات والمنظمات والوزارات التي يتمحور عملها حول قضايا النساء وديناميات النوع الاجتماعي عبء على قدراتها الاستيعابية في محاولاتها للتعامل مع الاحتياجات الاجتماعية في الأرض الفلسطينية المحتلة. يحدث هذا أيضًا في ظل اقتطاعات التمويل وحجب إسرائيل لعائدات الضرائب للسلطة الفلسطينية، الأمر الذي بدأ قبل الجائحة. على سبيل المثال، على الرغم من أن الولايات المتحدة قدمت في عام 2014 تمويلاً بقيمة 400 مليون دولار أمريكي، تم تقليص هذا التمويل في عام 2018 إلى 65 مليون، وتم قطعه بشكل كامل في عام[58] 2019.

عبرت مجموعة من المؤسسات النسوية التي تمت مقابلتها ضمن هذه الدراسة عن مخاوفها من احتمالية تنفيذ المزيد من الاقتطاعات في التمويل حيث سيلزم إعادة وضع أولويات التمويل لتلبية ضروريات البقاء للسكان بدلاً من دعم معالجة المشكلات الاجتماعية.

"(تكاد تكون المشكلات الأسرية غير موجودة في مجتمعنا. في حالة وجود مشكلات، فإن المجلس جاهز للعب دور في حلها".
ي.، رئيس مجلس قروي.

"هناك ازدياد في العدوانية ولكن قضايا العنف يتم حلها بشكل داخلي".
لبنى، طولكرم.

الصورة: برنامج سواسية

"كنتيجة للظروف الاقتصادية، وفقدان الوظائف وحالة القلق والخوف الحالية، هناك تدهور في الوضع الاقتصادي للنساء، وهو يقود إلى عنف اقتصادي في المنزل وينتج عنه معدلات عنف منزلي أعلى، خاصةً في الوضع الحالي حيث لا يمكننا الفصل بين العنف الاقتصادي والعنف الاجتماعي".
معالي وزيرة شؤون المرأة، د. آمال حمد.

كما تعد النساء والفتيات وكذلك الفتيان أكثر تضرراً فيما يتعلق بالوصول لإجراءات الحماية والمساءلة على سبيل المثال، مع إغلاق المؤسسات القضائية وخدماتها، هناك مخاوف متزايدة من العودة لآليات المتابعة التقليدية لحل المشكلات الاجتماعية.

في الأرض الفلسطينية المحتلة، هناك مفهوم "الصلحة" الذي يعتبر شكلاً من أشكال الوساطة المفضلة في بعض المجتمعات الفلسطينية أكثر من المحاسبة القضائية. يشمل هذا المفهوم جهود مجتمعية للوساطة عادةً ما تفضل الرجال على النساء ويقودها رؤوس العائلات من الذكور. ويعرض هذا الأمر النساء والفتيات لمخاطر ومساوئ الاستغلال ليس فقط فيما يتعلق بالمحاسبة حول العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف ضد النساء ولكن أيضًا الاستغلال والإكراه فيما يتعلق بالوصول للموارد والسيطرة عليها.

تملى هذه الآليات عادةً من خلال التوجهات السائدة لأعضاء المجتمع. في عام 2017، وجد المسح الدولي للرجال والنوع الاجتماعي أنه هناك اعتقاد لدى 63% من الرجال و50% من النساء بأنه "على النساء أن تتحمل العنف للحفاظ على تماسك الأسرة".

الأثر الاقتصادي

يؤثر نمو غياب الأمن الاقتصادي والغذائي بالفعل في المنازل وخاصةً على النساء اللاتي يضطررن للعودة لجهات التواصل لديهن من المجتمع والشبكات لتوفير متطلبات أسرهن. ويتوقع أن ترتفع أعباء الأمن الاقتصادي مع وجود العمال (غالبًا من الذكور) المتعطلين عن العمل وكذلك أولئك الذين يعملون في القطاع غير الرسمي أو في تقديم الخدمات. وهذا يساهم أيضًا في المزيد من العنف المتعلق بالاقتصاد وتعميق غياب الأمن الاقتصادي والغذائي للنساء والفتيات والفتيان في الأرض الفلسطينية المحتلة.

يبقى غياب الأمن الاقتصادي ونقص الموارد عاملان رئيسيان مسببان للقلق الجماعي على المستوى الرسمي وكذلك على مستوى الأسرة – خاصةً للأسر التي تقودها أو تعيلها نساء.

من المهم إدراك أنه في عام 2017 كانت ما يقارب 41% من تكاليف الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة تدفع مباشرة من المدنيات والمدنيين.[59]

يضع هذا بحد ذاته مزيدًا من الأخطار على الأسر غير الآمنة اقتصاديًا (مثل الأسر التي تقودها أو تعيلها نساء) فيما يتعلق بالقدرة على الحصول على الرعاية الطبية الملاءمة وعلى الرعاية الوقائية اللازمة كذلك (مع ملاحظة أن الرعاية الوقائية في الأرض الفلسطينية المحتلة تمثل فقط 3% من مصاريف القطاع الصحي).[60]

علاوةً على ذلك، يتعقد هذا الجانب مع الضغوطات الاقتصادية على النساء والفتيان والفتيات المهمشين والمعرضين للخطر إثر الجائحة.

توجد غالبية فرص العمل للنساء في قطاع التشغيل غير الرسمي مثل رياض الأطفال والمشاريع الصغيرة حيث لا يوجد لها حاليًا أي بديل لدر الدخل.

على المستوى الرسمي وكذلك على المستوى المجتمعي، لا يزال ينقص وجود الحلول المستدامة للأشهر القادمة.

في مسح سريع أجرته هيئة الأمم المتحدة للمرأة (بناءً على الاستجابات من 301 سيدة من رياديات الأعمال في الضفة الغربية وقطاع غزة)، وُجد أن 95% من النساء الفلسطينيات صاحبات المشاريع الصغيرة والمتوسطة ومتناهية الصغر قد تأثرن بشكل سلبي بفعل أزمة جائحة كوفيد-19.

لقد كانت القطاعات الأكثر تضررًا بين المشاريع الريادية متناهية الصغر والمتوسطة التي تقودها النساء في فلسطين تشمل الانتاج الغذائي (26%) والتطريز (20%).[61] بالإضافة إلى ذلك، تعمل حوالي 25% من النساء في القطاع الخاص دون عقود عمل، وتتلقى 49% فقط مساهمات للتقاعد أو امتيازات نهاية خدمة.[62]

كانت النساء هن الفئة الأولى من الأطقم العاملة بالحكومة التي تم تبليغها بالبقاء بالمنزل عند تفعيل إجراءات الإغلاق. وكما ذُكر سابقاً، يشير هذا إلى إعطاء أولوية للموظفين الذكور في التشغيل في فلسطين، وفي نفس الوقت تعزيز دور الرعاية المنزلية للنساء.

وبالتالي، فبالإضافة للأدوار النمطية للنوع الاجتماعي المتعلقة بالرعاية المنزلية والتي تترسخ بعمق في ديناميات العلاقات الأسرية، هناك تعقيد أخر من العمل من المنزل وتفضيل وإعطاء أولوية لعمل الرجل من المنزل على عمل المرأة من المنزل.

يتضمن هذا توفير مساحة ووقت عمل غير مشوش في المنزل وإلقاء مسؤولية الأعمال المنزلية على الإناث (حتى وإن كان عليهما أن يعملا عن بعد). في عام 2017، عبر 80% من الرجال و60% من النساء عن اعتقادهم بأن أهم دور للمرأة هو الرعاية المنزلية، كما عبر 83% من الرجال و70% من النساء عن اعتقاد بأن "فرص العمل نادرة والرجال يجب أن يحصلوا عليها قبل النساء".[63]

وقد عززت الأزمة الحالية بعض الصور النمطية السلبية فيما يتعلق بأدوار النوع الاجتماعي والتوجهات نحوها وهو الأمر الذي انعكس سلبًا على النساء على المستوى الفردي وعلى مستوى العلاقات الأسرية. بلغت حوالي 7% من صاحبات المشاريع الريادية متناهية الصغر والمتوسطة عن وجود تحديات تتعلق بالعناية بالأطفال في وجه استكمال أعمالهن ومشاريعهن.[64]

"لقد تحول العمل من المنزل إلى كابوس، سأحتاج لعطلة من هذه "العطلة"".

عرين، أنثى، رام الله.

"نحن (النساء) علينا أن نعتني ببيوتنا وأن نعتني بإجراءات النظافة والتعقيم. زوجي (عامل عائد) محجور في المنزل، وقد انتقلت مع أطفالي لمنزل جارتنا. أنا أعتني بكل المسؤوليات، الأطفال والتنظيف وإدارة الميزانية وتتبع احتياجات زوجي. هناك بعض الأسر التي لا يمكنها تحمل هذا ولا يستطيعون المساعدة ولا يطيقون الضغوطات".

لبنى، طولكرم.

التعليم

لقد كانت الخطوة الأولى التي اتخذتها السلطات الفلسطينية للتعامل مع أزمة تفشي فيروس كورونا المستجد هي الإغلاق الشامل للمدارس والمؤسسات التعليمية، والتحول إلى التدريس عن بعد. يعتبر ما يقارب نصف السكان الفلسطينيون في سن المدرسة (تحت سن 18 عام).[65] وقد تم تعطيل القطاع التعليمي الفلسطيني بشكل دائم في السابق بفعل الاحتلال،[66] ولكن التحدي الجديد خلال أزمة كوفيد-19 هو احتمالية تعميق عدم المساواة في النوع الاجتماعي وخلق عوامل جديدة تسبب عدم المساواة.

تمكنت المدارس الخاصة في الأرض الفلسطينية المحتلة من خلال نهج التعليم عن بعد الذي تم تبنيه وأقلمته بشكل جديد وسريع من استمرار تقديم التدريس للطلبة من خلال الدروس الإلكترونية، وهذا الأمر يتطلب وجود كهرباء وإنترنت وأجهزة حاسوب.

ولكن معظم الفتيات والفتيان الفلسطينيين مسجلين في المدارس الحكومية كما أن هناك فصل بين اللاجئات واللاجئين وغيرهم، حيث يحصل غالبية الأطفال في وضع اللجوء على التعليم من خلال الأنروا ومرافقها التعليمية التي تفتقر للموارد والقدرات.[67]

وبالمثل، تم إغلاق كافة الجامعات وتحولت للتعليم الإلكتروني. في الضفة الغربية[68] بما فيها القدس الشرقية وفي قطاع غزة،[69] شجعت وزارتي التربية والتعليم والتعليم العالي على استخدام الإذاعات والراديو ووسائل التواصل المتعددة مثل زووم واجتماعات جوجل.

بالنسبة للمجتمعات الفقيرة أصلاً في الأرض الفلسطينية المحتلة، تشكل هذه الديناميات أعباء جديدة على مقدمي الرعاية (غالباً النساء) حيث أن عليهن أن يلعبن المعلمات في المنازل. ولكن لابد لهذا الأمر من أن يرتبط بالبُنى التحتية الاجتماعية للمجتمعات الفلسطينية وكذلك السياقات المعنية.

في قطاع غزة، يعني وجود الأزمة الإنسانية على مدار 13 سنة من الحصار المفروض من إسرائيل وجود أولويات ضرورية للبقاء والاستمرار اليومي، وهو الأمر الذي يخاطر بالتضحية بالاحتياجات الأخرى مثل الوصول للتعليم.

ويزيد الأمر تعقيدًا تنامي معدلات البطالة عن العمل بين الخريجين والخريجات بدرجات دبلوم متوسط وأعلى منها (36% من الذكور و70% من الإناث).[70]

بالإضافة إلى ذلك، يستمر وجود فوارق في النوع الاجتماعي في قطاع التعليم العالي ككل بين النساء والرجال. على سبيل المثال، بينما تشكل الإناث ما يقارب 70% من الطلبة الملتحقة بين عامي 2016 و2017، تستمر سيطرة الذكور على الوظائف في طواقم التعليم العالي.

في قطاع غزة، يشغل فقط 6 % من حَمَلة درجة الدكتوراه مناصب جامعية (وهي نزعة شبيهة للضفة الغربية حيث تشكل النساء فقط ما نسبته 14% من حَمَلة درجات الدكتوراه).[71]

وفي البعد الملموس والتقني، تعاني غزة من أزمة كهرباء مزمنة، ونقص في الوصول لنظام الصرف الصحي الملائم، وغياب الأمن الاقتصادي وارتفاع معدلات الفقر.

تحد كل هذه العوامل مجتمعةً من الفرص للوصول للموارد والأدوات اللازمة للتعلم عن بعد.

وبالمثل، في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية، فلقد أسفرت عقود طويلة من الاحتلال عن ضعف البنية التحتية، حيث إنها ترتبط بامتلاك الحقوق الرقمية والوصول للموارد التكنولوجية.

تمكن الفلسطينيون والفلسطينيات في الضفة الغربية فقط خلال السنوات القليلة الماضية من الوصول للإنترنت من بيانات الهاتف الخلوي على سبيل المثال، ويأتي هذا تحت رقابة مكثفة من عدة أطراف، السلطات الفلسطينية من جهة، والأمن الإسرائيلي ومخابراته من جهة.

بالإضافة إلى الأعباء الجديدة في المنزل والمرتبطة بطلبة المدارس (حيث إن معدل عدد أفراد الأسرة هو 5 أشخاص)،[72] هناك أيضاً عدم المساواة في النوع الاجتماعي من حيث الوصول للإنترنت والتكنولوجيا داخل البيوت؛ إذ يتبين وجود معدل أعلى من الوصول للإنترنت داخل البيوت التي يرأسها ذكور بالإضافة لامتلاك أجهزة إلكترونية مثل الهواتف النقالة والحواسيب والأجهزة اللوحية.

علاوة على ذلك، يستخدم حوالي 72% من الذكور الإنترنت مقارنةً بما نسبته 69% من الإناث.

تمتلك فقط 19% من الأسر التي ترأسها إناث كمبيوتر مقارنةً بنسبة 35% من الأسر التي يرأسها ذكور.[73] في عام 2017، أشار حوالي 54% من الرجال و71% من النساء إلى الاعتقاد بأنه يجب أن تصل النساء بحرية للمواقع على الإنترنت كما الرجال.[74]

لقد زادت الأدوار التعليمية الأكاديمية لمقدمي الرعاية (وغالبيتهم من النساء) من الأعباء خاصةً في ظل غياب الموارد والدعم والتوجيه.

الصورة: الأونروا

في حين أنه قد تم تطبيق التعليم الإلكتروني، يبدو أن هناك اعتبارات قليلة مخصصة لأفراد الأسرة الذين/ اللاتي أصبحوا/ن مقدمي/ات دعم تعليمي جدد. ولا يؤثر هذا فقط في الرجال والنساء ولكن أيضًا يخاطر بالتأثير السلبي في تعليم الطلاب.

وفي ظل ازدياد الضغوطات والعقبات اللوجستية بسبب غياب الأمن المرتبط بالموارد وتوفرها، تتحمل النساء والفتيات عبء تقديم الأولويات من حيث من يتلقى الأدوات والوقت والانترنت أولاً. وبالإضافة لما ذُكر، ومع تحول غالبية الأسر والأفراد للمنصات الإلكترونية إما للحصول على الأخبار والمعلومات حول الأزمة أو للتواصل والتعليم، هناك تعرض متزايد للتنمر الرقمي. في عام 2019، تعرض حوالي طفل أو طفلة من كل 10 أطفال للتنمر الرقمي،[75] كما تعرضت ثلث الشابات الفلسطينيات للعنف والتحرش الرقمي.[76]

وفي حين تلاشت العقوبة الجسدية والجماعية المدرسية أثناء فترة الإغلاق، تزايدت مضار العنف المنزلي على الأطفال والشابات والشباب ممن في خطر التعرض له. والأولاد الصغار هم الأكثر عرضة للعنف (الجسدي واللفظي) من بين أفراد الأسرة.[77]

وبين يومي 1و 9 نيسان/ أبريل 2020، تلقى خط المساعدة في مؤسسة سوا 121 بلاغًا حول العنف، كان غالبيتها من الأولاد الصغار والرجال ما بين أعمار 13 و 25 سنة.

الوصول للمعلومات

لقد كان تشارك المعلومات أحد القوى المحركة لضمان التواصل والمشاركة الجمعية والالتزام بالتقارير والإجراءات والتحديثات والخدمات الرسمية. وبالتالي، أعطت الجهات الصحفية في الأرض الفلسطينية المحتلة مرونة خاصة للحركة وتغطية التطورات فيما يتعلق بأزمة كوفيد-19.

وكانت واحدة من نقاط التنسيق الرئيسية في الأرض الفلسطينية المحتلة هي تشكيل لجان الطوارئ المجتمعية المحلية لمعالجة مختلف القضايا والاحتياجات للسكان وأفراد المجتمعات المحلية. ويحدث تناقل المعلومات والحصول عليها بشكل كبير بين أفراد المجتمع من خلال المنصات الإلكترونية.

ولكن في ظل القيود على الحركة والمصادر الكثيرة للمعلومات على وسائل التواصل الاجتماعي، لا يتم نشر وتلقي المعلومات حول الخدمات والموارد المتوفرة في المجتمعات المحلية.

هناك الكثير من الفلسطينيات والفلسطينين وخاصةً من النساء ممن لا يملكون قدرة متساوية على الوصول لخدمات الانترنت والأجهزة الإلكترونية أو الذين لا يجيدون استخدام هذه التكنولوجيا في التطبيقات والأدوات الحديثة.

بالإضافة إلى ذلك، مع الواجبات المتزايدة في المنزل، هناك قيود على الوقت المتوفر وهي عامل مهم في الحفاظ على تلقي المعلومات والتطورات والخدمات المحتملة التي قد تكون متاحة للأسر. على سبيل المثال، في حين كانت وزارة الزراعة توزع أشتال النباتات والأشجار لغرض تحفيز الحدائق المنزلية في الضفة الغربية، لم تتوفر آليات لتبليغ السكان كما لم يكن هناك معايير معينة لإعطاء أولوية للأسر المهمشة (التي تستطيع تنفيذ الحدائق المنزلية إن توفر الدعم لها).

بالنظر إلى التطورات المتسارعة والحاجة للاستجابة السريعة، لم يتم بعد تشكيل آليات الرقابة والمتابعة المتعلقة بلجان الطوارئ المحلية أو قوى الأمن التي تطبق تعليمات الإغلاق. ويبدو أن هناك نقص في تشارك المعلومات اللازمة وقنوات جمعها، مما يصعب من مهمة الوصول للأسر خاصةً تلك التي تتعرض لخطر العنف القائم على النوع الاجتماعي والاستغلال وغياب الأمن الاقتصادي والغذائي.

تسمح المنصات الاجتماعية بتوفير المزيد من المعلومات حول احتياجات النساء في الأرض الفلسطينية المحتلة:
"إذا لم تتمكن امرأة معينة من التحدث حول احتياجاتها، فهي تعبر عن احتياجات الآخرين. والآن هناك الكثير من مجموعات النساء التي تكثف عملها الإلكتروني لتقديم خدمات الإرشاد الرقمي في محاولة للوصول لكل النساء".
دلال سلامة، الاتحاد العام للمرأة الفلسطينية.

هناك بالفعل مبادرات فاعلة ومتزايدة لجمع المعلومات ومشاركتها خاصةً فيما يخص النساء. وقد كانت المؤسسات المختلفة على تواصل بشكل مباشر مع النساء حول احتياجاتهن أو احتياجات النساء الأخريات حولهن، وبدأت بتنسيق نظام إحالة يعتمد على الحالات المتلقاة.

وتمتلك عدد من المؤسسات في الضفة الغربية وقطاع غزة خطوط مساعدة ساخنة مجانية لتقديم خدمات للنساء والأطفال الضحايا والناجيات من العنف. تتعرض بعض هذه الخطوط للضغط الشديد بسبب وجود الكثير من الاتصالات التي تبلغ عن حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي ومخاوف من عدم توفر الموارد للأسر في ظل استمرار الأزمة. وقد شرعت الجهات التي تقدم الخدمات كذلك بتوفير خدمات الإرشاد النفسي والاجتماعي عبر الأدوات الرقمية. ولكن تعتمد قدرات غالبية المؤسسات النسائية الاستيعابية على المتطوعات النساء بشكل خاص.

وفيما عدا المستوى المؤسساتي والتنظيمي، يتم التواصل مع النساء الشابات من مختلف المدن والقرى والبلدات للحصول على المعلومات. على الرغم من الدعم المؤسسي الممنهج المتعلق بتوزيع الموارد لضمان الصحة الجسدية للمتطوعات، يبقى الوصول لمعدات وأدوات الحماية الشخصية المتعلقة بالوقاية من عدوى كوفيد- 19 محدودًا.

وهناك مخاطر أعلى من تعرض النساء في خط العمل الأول من الاستجابة وخاصةً ضمن الطواقم الطبية أو طواقم الأمن للعدوى. وفي حين أن أسباب المحدودية هذه تتعلق بالقدرات المؤسسية الرسمية ومواردها إلا أن هذا يشير أيضًا لغياب إعطاء الأولوية للنساء في خط المواجهة الأول (لمن لا تنتمي منهن لمؤسسات).

ديناميات النوع الاجتماعي في صنع القرار والاستجابة الطارئة

النساء في المواقع القيادية خلال الأزمة

تعتبر مشاركة النساء في صنع القرار في الاستجابة الحالية محدودة جدًا على المستوى الوطني والإقليمي، كما يعتبر تمثيل المؤسسات النسوية كذلك ضعيفًا. بناءً على النتائج الأولية، هناك استثناءات محدودة مثل وزيرة الصحة د. مي الكيلة التي تعتبر مسؤولة أساسية عن البعد الصحي من الاستجابة، بالإضافة إلى محافظة رام الله د. ليلى غنام التي تقدم نموذج في القيادة العليا في محافظتها.

وتستمر د. آمال حماد وزيرة شؤون المرأة في قيادة الجهود لدمج منظور النوع الاجتماعي وتعزيز ورفع صوت احتياجات النساء والفتيان والفتيات في العمل الحكومي خلال الأزمة.

إن صنع القرار المتعلق بأزمة كوفيد-19 يقع بشكل أساسي في يد السلطات الفلسطينية الحاكمة. وقد قيم حوالي 82% من المستجيبات والمستجيبين لمسح أوراد أداء الجهات الفلسطينية المسؤولة في مواجهة أزمة كوفيد-19 بشكل إيجابي.

"تحسن الحكومة الفلسطينية من أدائها وجهودها بشكل يومي، إن هذه الأزمة هي ذات تأثير غير متكافئ حتى على المجتمعات ذات السيادة. أما الحال في فلسطين، فهي بالكاد تعتبر مستقلة ونحن نحاول بشكل مستمر أن نعالج الضرر الناجم عن قلة السيطرة على الحدود.

في أوقات مثل هذه الأزمة الكبيرة نحن بحاجة لأن نستمر في التذكير بقضايا النساء، وهذا يتطلب عمل ومتابعة كبيرين. إن غالبية العبء يقع الآن على النساء وعلينا أن نقوم بكل الجهود الممكنة لدعمهن ودعم أسرهن".

في حين أن وزيرة الصحة ومحافظة رام الله والبيرة يمثلن نساء في أدوار قيادية في التعامل مع آثار أزمة كوفيد-19، إلا ان 5% فقط من أعضاء المجلس المركزي الفلسطيني و11% فقط من أعضاء المجلس الوطني و14% من مجلس الوزراء من النساء.

إن النقص في تمثيل النساء المؤسسي والرسمي في صنع القرار ينعكس كذلك على المجتمعات التي تتعزز فيها التوجهات السلبية نحو النساء كقياديات.

حاليًا يبدو أن الأفراد المنتمية للفصائل والمجالس المحلية تأخذ دورًا قياديًا في التعامل مع آثار الأزمة في مجتمعاتهم المحلية، وعلى الرغم من الدور المركزي للنساء في دعم الأسر والمجتمعات إلا أنهن يبدون غائبات تقريبًا عن مساحات صنع القرار، وحتى وإن تواجدن فيها فإن وظيفتهن في صنع القرار تبقى غير مرئية بشكل كبير.[79]

تاريخيًا، تبرز عمليات صنع القرار ضمن السياق السياسي للأرض الفلسطينية المحتلة.

فبعد توقيع اتفاقات أوسلو عام 1993، تمت ترجمة ذلك إلى نشطاء في الساحة السياسية حيث يتبع أولئك النشطاء أحزاب السياسية و/ أو السلطات الحاكمة، ويشغل النشطاء أولئك المناصب القيادية على مستوى البلدات والقرى في إطار حكم يسود فيه الذكور، ويتم تعزيز نفس النمط على المستوى الصغير. على الرغم من أن هذا التباين في النوع الاجتماعي هو قضية عامة للنساء والفتيات في الأرض الفلسطينية المحتلة، إلى أنه في ظل الأزمة الحالية وحالة الطوارئ أصبح يترجم إلى معالجة غير فعالة وفهم غير كافٍ لاحتياجات النساء والفتيات والرجال والفتيان.

مع وجود هدف "تغيير منحنى انتشار العدوى" كأولوية عليا للجهات المسؤولة، فإن إجراءات الإغلاق والحجر للأشخاص ممن في عرضة لأوجه الخطر، وكذلك أولئك الذين تظهر عليهم/ن أية اعراض، أصبحت إجراءات استراتيجية.

في وقت تنفيذ هذه الدراسة كان الاهتمام الرئيسي للجهات المسؤولة والممثلة عن قطاع الصحة هو تيسير عودة العمال غالبيتهم من الذكور من داخل إسرائيل لضمان عدم انتقال العدوى وانتشارها بشكل سريع على نطاق واسع.

وفي ظل القدرات الاستيعابية المحدودة المتوفرة للجهات المسؤولة بدأت القرى والبلدات والمدن بتقديم مبادرات ذاتية لتفعيل إجراءات سريعة وفورية، وتنوعت أدوار لجان الطوارئ المجتمعية والمجالس المحلية من معالجة قضايا الأمن الغذائي والوصول للوازم النظافة الضرورية إلى ضمان توفير مرافق حجر وحل إشكاليات التواصل والتنقل.

"الآن، نحن نتحول لمجتمع محلي منزلي. تم جمع كافة مؤسسات الحيز العام في المنزل؛ فالنساء يعملن بالنيابة عن الحكومة والمدارس والنظام الصحي، والنظام القضائي والشرطة".
أمل خريشة، جمعية المرأة الفلسطينية العاملة للتنمية.

المخاوف التي عبرت عنها المنظمات النسوية

لقد عبرت المؤسسات النسوية عن المخاوف ومواطن القلق التالية والتي يجب معالجتها.[80] وهي تتماشى مع نتائج هذه الدراسة:

الأعباء المضاعفة من العمل غير مدفوع الأجر على النساء والفتيات، وما يبرزه ذلك من أدوار تلعبها النساء ضمن نشاطات تخفف من التكاليف نيابةً عن الحكومة والقطاع الخاص.

وسيشتد هذا الأمر مع ارتفاع معدلات الفقر والبطالة عن العمل وارتفاع معدل اجتزاء أجور العمل.

الأدوار الجديدة والإضافية التي قد تعرض النساء لمخاطر أكثر. وهذا درس مستفاد من الأزمات السابقة (مثلاً في عام 2014 أثناء الحرب على قطاع غزة).

وكنتيجة لدورهن "كمقدمات للرعاية" خاصةً في أوضاع الطوارئ، تميل النساء إلى أخذ ادوار إضافية وجديدة لضمان البقاء والحفاظ على سلامة أسرهن، وهذا يتضمن طلب المساعدة النقدية أو الغذائية، وكذلك الدعم النفسي والاجتماعي في الأسرة. في حالة انتشار العدوى، يتوقع أن يعرض هذا الأمر النساء لمخاطر أكبر على صحتهن وبالتالي تعريض أسرهن ومن يقمن برعايتهم كذلك للمخاطر (من أطفال وكبار في السن).

تؤثر جائحة كوفيد-19 بشكل غير متكافئ وسلبي في النساء وفرص تشغيلهن، ويجب أخذ هذا الأمر بالحسبان عند تصميم الاستجابات الحالية وخطط التعافي اللاحقة.

لقد تم توقيع اتفاقية بين الجهات التوظيفية ومكتب رئيس الوزراء حول استمرار دفع الرواتب للموظفات والموظفين خلال الأزمة. كما أصدر رئيس الوزراء تعليمات حول دفع 50% من الرواتب خلال شهرين من الأزمة على أن يتم دفع بقية المبالغ عند انتهائها.

كما تم تأسيس صندوق من قبل السلطة الفلسطينية والاتحاد الفلسطيني العام للنقابات العمالية لتعويض العمال خاصةً الأكثر تهميشًا. ويستمر العمل على تصميم آليات الوصول للنساء الأكثر تهميشًا واللاتي يرأسن أو يعلن أسرهن، بيد أنه من المتوقع أن يعمل هذا الصندوق لفترة وجيزة فقط.

نرى الخسائر بشكل رئيسي في قطاع المشاريع الصغيرة الذي تمتلك 70% منه النساء، وتتعرض النساء العاملات في القطاع غير الرسمي بشكل خاص لمخاطر الخسائر الاقتصادية الأعلى، وستتأثر بشكل خاص النساء اللاتي يُدرْنَ مشاريع متناهية الصغر ومتوسطة خاصةً في مجال الانتاج الغذائي، كما سيزيد هذا الأمر من آليات التأقلم السلبية لدى الأسر ويزيد من تهميشها واحتمال تعرضها للمخاطر الإضافية.

تعاني الأسر في المناطق المهمشة من معدلات عالية من الفقر وظروف السكن غير الملاءمة والمكتظة والوصول المقيد للخدمات. وقد طلبت عدد من النساء بالفعل من المنظمات النسوية تقديم مواد التنظيف، وقامت المؤسسات بالفعل بتقديم بعضها. إلا أن تقديم معقمات الأيدي والصابون للمنازل الكبيرة وبأعداد كبيرة يشكل تحدي وصعوبة. ترتبط قضايا نظافة وتعقيم البيوت بشكل كبير بالحالة الاجتماعية والاقتصادية وكذلك بالأنماط السلوكية. ووفقًا لعدد من الأطباء، فإن الاستخدام المفرط لمواد التنظيف يعرض الأسر كذلك وخاصةً النساء لأمراض خطيرة بما فيها الأكزيما وأمراض جهاز التنفسي.

يجب أن يكون التغيير السلوكي والتوعية جزء من إجراءات الوقاية. فبالبناء على تجارب المجموعات النسائية حتى الآن، عبرت الكثير من النساء اللاتي تواصلن مع المؤسسات النسوية لطلب خدماتهن عن إحساس "بسوء تقدير للتهديد الذي يضعه تفشي الفيروس". على سبيل المثال، عندما سُئلت النساء في غزة عن مدى جاهزية واستعداد بيوتهن لانتشار العدوى، عادةً ما كنّ يجبن بالقول بأن "الفيروس لا يمكنه أن يقتل أكثر من الحروب التي تعرضت لها غزة". وعلى الرغم من أن الكثير على دراية ومعرفة بالمخاطر إلا أنه يبدو أن العادات الاجتماعية والممارسات المترسخة لم تتأثر. لا تزال النساء يذهبن لحفلات الأعراس ويسمحن لأطفالهن بالمشاركة في التجمعات والنشاطات الاجتماعية.

تعتقد المنظمات النسوية بأن هناك حاجة كبيرة للتوعية حول الفيروس والعدوى وهناك حاجة للاستثمار في جهود أعظم من أجل وصول النساء لمصادر المعلومات الموثوقة وذات المصداقية المحتملة.

الصورة: هيئة الأمم المتحدة للمرأة/ يوجين جيونغ

استفحال العنف القائم على النوع الاجتماعي والمخاطر التي تواجه الحماية: تتوقع المؤسسات النسوية أنه مع بقاء الأسر في المنازل سيرتفع مستوى الضغوطات والاضطرابات في المنازل وسيكون هناك حوادث عنف أكثر من ذي قبل ضد النساء والأطفال. كما سيزداد الخوف من محدودية الموارد المتوفرة للأسرة ويزداد معه الضغط النفسي والاجتماعي على كافة أفراد الأسرة بما فيهم النساء والأطفال. وقد تكون فئات محددة من النساء أكثر عرضة للتهميش والمخاطر مثل النساء والفتيات ذوات الإعاقة، وخاصةً فيما يتعلق بالصحة والحماية. وتم توثيق حالات العنف ضد النساء من قبل عدد من المؤسسات النسوية من خلال خدمات خطوط المساعدة المجانية وهناك حاجة لمتابعة نمط شيوع العنف ضد النساء في فترة الأزمة، وهو أمر متوقع أن يرتفع وذلك استنادًا للأدلة من الأزمات الوبائية السابقة حيث عانت النساء والفتيات من عوامل تهميش وضعف محددة.

وصول النساء للخدمات متعددة القطاعات: بدأت بعض المؤسسات النسوية في غزة بالفعل بتصنيف الخدمات لخدمات ضرورية وأخرى غير أساسية. وبعض المؤسسات الأخرى مثل دور رعاية الأحداث والأيتام (الحكومية) أوقفت استقبال أي حالات جديدة، وهو الأمر الذي يضع المزيد من الضغوطات على المنظمات النسائية من حيث إيجاد حلول انتقالية لهذه الحالات.

تقع المؤسسات في معضلة ما بين إبقاء خدماتها الحرجة متوفرة ومتاحة من جهة وتعريض العاملات والمستفيدات للتهديدات الصحية من جهة ثانية. قررت بعض المؤسسات أن تغلق كافة عملياتها أو تقليص خدماتها بشكل كبير "كمؤسسات خارج نطاق العمل". وعبرت المؤسسات النسوية الصحية بشكل خاص عن مخاوفها حول سلامة فرقها خاصةً أنها حتى اليوم لما تحصل على الزي الكامل لحماية الطواقم العاملة من التهديدات المحتملة.

الاستنتاجات

- مع وضع هدف الحد من تأثير كوفيد-19 في الشعب الفلسطيني بأجمعه وخاصةً في ظل تدهور الواقع الاقتصادي الاجتماعي والسياسي، يجب أن تأخذ إجراءات التأقلم والحلول التي تستهدف الأسر بعين الاعتبار أولوية قضايا النوع الاجتماعي. ولهذا السبب، من الضروري أن تدمج كل الإجراءات والاستراتيجيات المتعلقة بالاستجابة الرسمية ومن كل الأطراف ذات العلاقة التحليل من منظور النوع الاجتماعي ليس فقط للحد من الأثر السلبي على الأفراد المهمشة من المجتمع الفلسطيني فحسب، بل أيضًا لخلق مساحة للتنمية والتطوير عوضًا عن تراجع الجهود التنموية المتعلقة بالمساواة في النوع الاجتماعي.

  ولا يجب النظر إلى تنفيذ الإجراءات والسياسات المستجيبة خلال فترة الأزمة الطارئة على أنها أمور مؤقتة، وإنما كعوامل حاسمة ستؤثر في نسيج المجتمع الفلسطيني الاجتماعي والسياسي والاقتصادي في مرحلة ما بعد كوفيد-19.

- إن إغلاق المدارس يساهم في تعميق العبء ويزيد من الأعمال غير مدفوعة الأجر على عواتق النساء والفتيات اللاتي يستوعبن كل أعمال الرعاية الإضافية للأطفال. وقد أثر هذا على النساء العاملات اللاتي طلب منهن العمل من المنزل، مع ملاحظة أنه في غالبية المنازل الفلسطينية تعتبر رعاية الأطفال "واجب ومسؤولية الأم"، مما يجعل العمل من المنزل أكثر ضغطًا.

  كما يتوقع أن تؤثر الأزمة الحالية بشكل كبير وسلبي في ظروف معيشة النساء، خاصةً أولئك العاملات في القطاع غير الرسمي حيث لا توجد حماية أو تعويضات للعمل. وسيعمق هذا الأمر آليات التأقلم الأسرية التي تعرض الأسر لمزيد من التهميش.

- بالإضافة إلى ذلك، وكنتيجة لإعلان حالة الطوارئ في فلسطين للاستجابة لأزمة كورونا والقيود على التنقل والحركة بين المدن، من المتوقع ،وكذلك التبليغ بالفعل عن ارتفاع معدلات العنف المنزلي حيث يجبر المزيد من الناس على البقاء في المنازل الأمر الذي يؤدي للاكتظاظ وارتفاع احتمالية العنف.

- وفي نفس الوقت، ستمنع القيود على الحركة والتنقل والخدمات النساء والفتيات من الوصول للخدمات الأساسية (بما في ذلك الصحة والحماية والأمن والعدالة).

  سيضع هذا الأمر حياة النساء في خطر كبير من التعرض للاعتداء والعنف خاصةً في حالات وجود زوج و/ أو فرد من الأسرة معنف للمرأة.

  لقد تلقت منظمات العمل النسوي بالفعل حالات لنساء يحتجن للحماية ولم يتمكنّ من الوصول لخدمات الحماية والبيوت الآمنة في المرافق الحكومية.

  وكما ذُكر سابقًا، في نفس الوقت يتم تقليص الخدمات ويصبح الوصول إليها أكثر صعوبة.

- على المستوى الوطني، قد تخلق الحالات المتنامية لعدم المساواة في النوع الاجتماعي المزيد من المشكلات الاجتماعية في المستقبل من حيث ديناميات النوع الاجتماعي خاصةً والتماسك الاجتماعي بشكل عام.

  هناك حاجة ماسة لإيجاد إجراءات وقاية وحماية ومساءلة للحد من ارتفاع معدلات العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف المنزلي تحت حالة الطوارئ من أجل توفير علاقات بين الجنسين متساوية وعادلة.

- أخيرًا، هناك حاجة لوضع أولوية للأسر التي ترأسها أو تعيلها نساء والنساء اللاتي يعتمد مصدر دخلهن الرئيسي على العمل في القطاع غير الرسمي واللاتي يُتوقع أن يتعرضن لمعدلات عالية من العنف الاقتصادي والمنزلي وكذلك اللاتي يتعرضن لفرص غير متكافئة وغير متساوية من التعليم والحصول على معلومات، هن وكذلك المجموعات الأخرى التي تعتبر أكثر عرضة للخطر مثل الأرامل والنساء ذوات الإعاقة والنساء المسنات يجب إعطائهن الأولوية في الاستجابة الإنسانية وعلى الصعيد الوطني.

التوصيات

يجب التركيز في كل الجهود على خلق آليات تأقلم بديلة ومبتكرة تمكن أفراد المجتمعات وتعزز التضامن الاجتماعي خاصةً للنساء والفتيات اللاتي يعتبرن الأكثر عرضة للتهميش والمخاطر في الأزمات.

توصيات للجهات العاملة في المساعدة الإنسانية

البيانات المفصلة حسب الجنس والتحليل من منظور النوع الاجتماعي

من الضروري لكافة الجهات الناشطة في العمل الإنساني (بما فيها القطاعات والتجمعات والائتلافات) أن تنفذ التحليل من منظور النوع الاجتماعي من أجل تعزيز التخطيط والاستجابة لأزمة كوفيد-19. وبنفس الأهمية، يجب أن تجمع كافة الجهات بشكل ممنهج البيانات بشكل مفصل حسب الجنس والعمر.

مرافق حجر صحي مستجيبة لمنظور النوع الاجتماعي

ضمان أن تقوم المجتمعات بترتيبات للحجر الصحي. ولأولئك الحالات التي يجب أن يتم عزلها في المنزل، يجب أن يكون هناك نهج شمولي وممنهج يأخذ بعين الاعتبار الحد من الضغوطات المتعلقة بالأمن الغذائي والحصول على الاحتياجات الأساسية. ويشمل ذلك تقديم مواد النظافة للمنزل وكل التوصيات والآليات الدقيقة واللازمة والطبية للحفاظ على الصحة في حالة إصابة أفراد من الأسرة.

ضمان أن تكون مرافق الحجر الصحي التي تديرها الحكومة تستجيب لمنظور النوع الاجتماعي وتوفر خدمات النظافة والمياه والصرف الصحي التي تأخذ بالحسبان خصوصية النساء. كما يجب ضمان تقديم الدعم للنساء والمراهقات من خلال تقديم حقائب الكرامة الإنسانية الخاصة بالنظافة والعناية الشخصية بالإضافة إلى القدرة على الوصول للإنترنت.

الوصمة المجتمعية

مواجهة الوصمة المجتمعية المرتبطة بالإصابة أو نقل عدوى كوفيد-19 كنهج من التفكير الراقي. وهذا يشمل إطلاق حملات توعية جمعية ورسائل مناصرة للنساء والرجال والأطفال كناجين وليس فقط كضحايا، حيث تكون الرواية هي تجنب الرفض المجتمعي وتشجيع احتضان ودعم الناجيات.

الدعم النفسي والاجتماعي

تكثيف التواصل مع الأسر التي تحتاج للدعم النفسي والاجتماعي، والتعاون مع المنظمات الدولية والأطراف التي قد تكون قادرة على تقديم الإرشاد عن بعد (خاصةً في الدول التي لم تتأثر بشكل سيئ من أزمة كوفيد-19) مع تدريب المزيد من الطواقم العاملة في الدعم الاجتماعي والإرشاد عبر الانترنت لتقديم خدمات الحماية والإرشاد الافتراضية والرقمية.

تقديم أنشطة وآليات تأقلم واستراتيجيات تعامل مع الأطفال محددة وواضحة بالإضافة إلى آليات رعاية الأطفال في أوقات الأزمات، وتصميم خطط لنشر هذه المعلومات تستهدف الأسر المهمشة والضعيفة، مع التفكير بالحد الأدنى من اللوازم المتوفرة لأية نشاطات.

يجب أن تهتم الجهود الأخرى بالتوعية حول الصحة النفسية والعقلية وتفعيل مفهوم الاعتراف والتفهم. يعني هذا أن على الجهات الناشطة في العمل الإنساني أن ترسل رسائل عبر مختلف المنصات والوسائل الإعلامية للاعتراف بالمأساة الجمعية التي نعيشها وأن الشعور بالقلق والضغط والمخاوف هو أمر طبيعي. ويجب اتباع هذا الأمر باقتراحات لأفراد المجتمعات لدعم بعضهم بعضًا وتحديد مفهوم المجتمع للمساحات الآمنة الخالية من العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف المنزلي.

الطواقم العاملة في القطاع الصحي والاجتماعي

دعم طواقم وزارة الصحة وخاصةً طواقم التمريض والإسعاف على خط المواجهة الأول من خلال التحفيز وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي بشكل منتظم وضمان سلامة بيئة العمل، وضمان وجود آليات شكاوى ومساءلة في حالات التحرش الجنسي والاعتداء أو أي نوع آخر من العنف القائم على النوع الاجتماعي.

دمج النشاطات الترفيهية من أجل تجنب الإنهاك خاصةً إذا تمت إطالة أمد إجراءات الإغلاق. وكذلك ضمان أن يتم تخصيص الموارد الطبية واللوازم الطبية للنساء والفتيان والفتيات الأكثر عرضة للمخاطر خاصةً النساء الحوامل والمرضعات.

العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء

مشاركة المعلومات حول أنشطة تخفيف التوتر (من خلال استشارة الجهة المختصة في الاستشارات النفسية أو الجهات التدريبية وخبراء الصحة النفسية والعقلية وإدارة الغضب والعنف والعدائية) إلى جانب المعلومات العامة حول الرفاه والسلامة النفسية والتحذير من عكس المخاوف والقلق على أفراد الأسرة. قد يساعد هذا في الحد من العنف المنزلي (حتى وإن كان مؤقتًا) في حين تطور الجهات ذات العلاقة والمسؤولة برامج للاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي وآليات آمنة للنساء لطلب الحماية والمساعدة.

دعم تقديم خدمات دور الحماية والبيوت الآمنة الطارئة وضمان التنسيق للنقل الآمن للنساء والأطفال وتوفير ذلك عند الحاجة إلى ترك المنزل أثناء سريان إجراءات الإغلاق.

استمرار تقديم الخدمات متعددة القطاعات المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي للنساء والأطفال الضحايا والناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي.

استخدام منهجيات ملاءمة مثل خطوط المساعدة المجانية والإرشاد عن بعد مع فهم أهمية استمرارية الخدمات كعامل إنقاذ للحياة الإنسانية.

التعليم

تنظيم حملات التوعية على مدار فترة الجائحة والإغلاق مع التركيز على أهمية تعليم الأطفال. يجب أن تتضمن الحملات رسائل تعزز مفهوم المساواة في النوع الاجتماعي في المنازل وداخل الأسر. كما أنه من المهم تقديم أدوات تعلم عن بعد تخفف من الأعباء المنزلية لمقدمات ومقدمي الخدمات وضمان عدم تأخر الأطفال عن أقرانهم في التعليم.

ضمان أن تقديم أية خدمات أو لوازم يأخذ بالحسبان بشكل فعال الحاجة للوصول للأسر المعرضة للمخاطر والتهميش خاصةً تلك التي تقودها أو تعيلها نساء. وهذا يشمل أية مساعدات اجتماعية ودعم اقتصادي مثل تسليم المساعدات النقدية أو توفير احتياجات الحدائق المنزلية أو المساعدات المالية أو العينية.

التعافي الاقتصادي

دعم مشاريع النساء الريادية متناهية الصغر والصغيرة والمتوسطة لضمان استدامتها تحت ظل الأزمة الحالية.

تزويد الفئات المهمشة مثل الأسر التي تعيلها أو تقودها النساء أو النساء ذوات الإعاقة أو النساء الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي بالمساعدات النقدية وفرص العمل (أيضًا من خلال أساليب العمل عن بعد وعبر الإنترنت) التي تبني صمودهن وتعزز آليات التأقلم خلال الأزمة.

مشاركة النساء في تخطيط وصنع القرارات المتعلقة بالاستجابة للأزمة

تعزيز دور النساء كقياديات، ومناصرة أخذ النساء لأدوار جديدة وإيصال صوت النساء القياديات على مدار الأزمة، والدعوة الرسمية والمؤسساتية لمشاركة النساء في لجان الطوارئ المحلية. يجب أن تأخذ عمليات صنع القرار ومشاركة المعلومات بعين الاعتبار تحليل الأوضاع والسياق من منظور النوع الاجتماعي.

إشراك منظمات النساء المحلية منذ البداية في عملية التخطيط للمساعدة الإنسانية والاستجابة لأزمة كوفيد-19 بما في ذلك النقاشات حول الأولويات وتوزيع التكاليف والموارد على مختلف القطاعات والعناقيد.

ضمان زيادة التمويل الإنساني لمنظمات النساء المحلية بما في ذلك تحديد فرص التمويل لتلك المنظمات وفقاً للعلاقة والربط بين عمليات العمل الإنساني والتنمية والسلام.

توصيات للجهات الحكومية وصناع القرار

البيانات المفصلة حسب الجنس والتحليل من منظور النوع الاجتماعي

يجب تزويد المجتمعات المحلية بالنماذج المتطلبة لتوفير البيانات اللازمة (حيث إن معظم المجتمعات تقوم بذلك بالفعل) والتي تتضمن بعد النوع الاجتماعي في جمع البيانات. ويشمل هذا المعلومات مثل أعداد النساء الحوامل وأعداد المرضعات وتقدير بيانات الولادات المتوقعة وما إذا كان هناك اي احتياجات غذائية تتطلبها حالات السيدات ولا يستطيع المجتمع تقديمها من أجل توفير نظام إحالة للسلطات الحكومية والتنسيق لتقديم الإغاثة.

عمل الرعاية غير مدفوع الأجر

تشجيع وتعزيز دور الرجال في المنزل والرعاية للأطفال من خلال الرسائل الرسمية من الجهات التمثيلية عن الحكومة والمسؤولين والمسؤولات وكذلك دمج الإرشادات حول النشاطات التي يمكن للأسر القيام بها والتي تعزز بشكل خاص الأدوار المتساوية غير النمطية للذكور والإناث في تقديم الرعاية، وتزويد الأسر بحقائب مساعدة للنشاطات وأدلة إرشادية للتعامل مع رعاية الأطفال ورعاية المنزل بشكل متساوٍ. يمكن أن يتضمن هذا منصات تدعمها الحكومة لتعزيز المساواة في النوع الاجتماعي على مستوى الأسرة.

الصورة هيئة الأمم المتحدة للمرأة/ سمر أبو العوف

التعافي الاقتصادي

ضمان أن كل الإضافات الجديدة لبرنامج التحويل النقدي وغيرها من أنظمة المساعدة تأخذ بالحسبان المسؤوليات المتزايدة على النساء في الأسرة التي يكون فيها أحد الذكور خاضعًا للحجر أو مريضًا أو متعطلاً عن العمل في إعادة صياغة وتحديد معايير الانطباق وتحديد معيل أو قائد الأسرة كامرأة في هذه الحالات سيكون ضروريًا لأنها تقوم بقيادة الأسرة وفقًا لما تخبرنا به التجارب السابقة في الأزمات. ويجب أن يرافق ذلك تقديم فرص عمل مؤقتة في القطاعات التي تقدم الخدمات بما فيها القطاع الصحي.

دعم المزارعين الذكور والإناث والصيادين والصيادات والفلسطينيين والفلسطينيات في القطاع الزراعي لضمان سد الفجوة في غياب الأمن الغذائي. يمكن أن يشمل ذلك تنسيق الوصول الآمن للأراضي والمياه والمنتجات اللازمة لشراء الأغذية؛ يسمح هذا بتمكين أفراد المجتمعات المحلية وتعزيز التضامن الاجتماعي خلال أوقات ازدياد النزاعات، كما يجب أن يرافق ذلك إجراءات رقابة ومتابعة لتجنب أي استغلال محتمل (بما فيه الاستغلال على أساس النوع الاجتماعي).

تصميم خطة عمل اقتصادية لما بعد الأزمة تدمج التحليل في

نهجها للتعافي من عوامل الضغط التي ستولدها الحالة الطارئة على السكان، وضمان أن تعكس كل خطط الحكومة للاستجابة الوطنية صوت واحتياجات النساء والفتيات وتعزز وتمكن دور النساء من المستجيبات الأوليات ومنظمات العمل النسوي.

العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف ضد النساء والفتيات

بذل جهود مباشرة من قبل صناع السياسات بالتنسيق مع لجان الطوارئ المحلية من أجل تصميم إجراءات حماية ومساءلة ملاءمة تستهدف النساء والأطفال ممن في خطر بشكل أكبر. يجب أن تكون إجراءات المسائلة واضحة وحازمة وفورية ومصرح بها للسكان وأن يتم التركيز عليها بشكل منتظم مع وجود إجراءات ملموسة لا تخاطر بمبدأ سيادة القانون.

تقديم حلول انتقالية آمنة كبدائل للبيوت الآمنة والحماية للنساء الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي خارج مرافق الحجر حيث يمكنهن أن يتركن البيئة المسيئة وأن يتلقين الخدمات بشكل آمن ومتمحور حول الناجية، وضمان أن تحتوي البيوت الآمنة على معدات الحماية الشخصية (من أقنعة الوجه والقفازات وغيرها) لسلامة الناجيات، بالإضافة إلى حقائب النظافة والعناية الشخصية.

ضمان استمرار خدمات المحاكم الشرعية للنساء والأطفال، مع التركيز على حالات النفقة وزيارات الأطفال والحقوق المالية للأيتام وحقوق الميراث.

أن تقدم مؤسسات القضاء والأمن منهجيات تمكن من توفير الخدمات الافتراضية والتنسيق الافتراضي بين الجهات التي تقدم الخدمات عندما يكون ذلك ممكنًا وذلك من أجل تحسين حصول النساء الناجيات على الخدمات القضائية والأمنية.

العاملات والعاملين في قطاعات الأمن والصحة والرعاية الاجتماعية

تشجيع التعاطف والاحترام والنيات الحسنة والنهج الإنساني تجاه كل طواقم العمل بالشرطة في البؤر الساخنة، وتشجيع تقدير عمل تلك الطواقم ضمان حماية كل العاملات والعاملين في الأمن الرسمي والطواقم الطبية في الميدان من خلال توفير المعدات اللازمة لذلك طوال الوقت، مع وجود سياسة واضحة ضد التمييز في توزيع المعدات. لا يجب إعطاء أولوية لطواقم الشرطة من الذكور على الممرضات من الإناث على سبيل المثال.

إدارة معدات الحماية مع أخذ الاعتبارات الخاصة بالنوع الاجتماعي وديناميات العلاقات في الأرض الفلسطينية المحتلة بالحسبان من أجل تجنب تعزيز العلاقات السلبية.

مشاركة النساء في عمليات تخطيط وصنع القرارات المتعلقة بالاستجابة للأزمة

تعزيز دور النساء كقياديات، والمناصرة والضغط نحو أخذ النساء لأدوار جديدة وإيصال صوت القيادات النسوية على مدار التعامل مع هذه الجائحة. يجب أن يكون هناك دعوة رسمية ومؤسساتية لإشراك النساء في لجان الطوارئ المجتمعية المحلية. يجب أن تأخذ كل المعلومات والقرارات في الحسبان اعتبارات النوع الاجتماعي في سياق وأوضاع التقييم. كما يجب تشجيع المؤسسات العاملة مع النساء على الوصول للدعم المالي الإنساني وتعزيز قدراتها للقيام بدورها. تقديم الدعم التقني واللوجستي للمنظمات النسوية من أجل تكييف وتحويل الخدمات المقدمة بما يتماشى مع الواقع المتغير من حيث التخطيط وإدارة الموازنات وإعادة تخصيص التمويل وتلبية الاحتياجات الحقيقية للمجتمعات المتضررة.

"يجب أن يتجه عملنا كحكومة وكمؤسسات مجتمع مدني دولية ومحلية إلى تعزيز سيادة القانون، والذي هو الدور الرئيسي للحكومة ومؤسساتها. كما يجب أن يتجه عملنا نحو ضمان نهج معتمد على حقوق الإنسان واحترام إنسانية الضحايا من قبل كافة الأطراف".

د. آمال حمد، معالي وزيرة شؤون المرأة الفلسطينية

الملاحق

#	الاسم	المنصب	المؤسسة
1	آمال حمد	وزيرة	وزارة شؤون المرأة
2	دلال سلامة	عضو	اللجنة المركزية – حركة فتح، الاتحاد العام للمرأة الفلسطينية
3	هداية شمعون	منسقة	وحدة الرقابة والبحوث – أمان
4	غسان أبو حطب	منسق	مركز الدراسات التنموية – جامعة بيرزيت في غزة
5	ريم فرينة	مديرة	جمعية عايشة لحماية النساء والأطفال – غزة
6	أمل المصري دراغمة	المديرة التنفيذية ورئيسة التحرير	أوغاريت – مجلة الشرق الأوسط والأعمال
7	ليلى العطشان	خبيرة مستقلة	خبيرة الإرشاد النفسي والاجتماعي
8	أمل خريشة	مديرة	جمعية المرأة الفلسطينية العاملة للتنمية
9	أشرف وليد	المدير العام	وزارة الزراعة
10	عرين عنبتاوي	مديرة	وزارة السياحة
11	عماد عوض	رئيس بلدية	بلدية كفر عقب
12	عزت بدوان	رئيس مجلس قروي	مجلس قروي كوبر
13	لبنى أ.	أم تعيش في طولكرم	طولكرم
14	سماح م.	أم تعيش في نابلس	نابلس
15	منى س.	أم تعيش في الخليل	الخليل
16	هالة أ.	شابة	خان يونس
17	اسم مجهول	مسؤول اسعاف أولي	غير مصرح بها

المراجع

1. https://corona.ps/details
2. لم يتمكن فريق البحث من الحصول على بيانات مفصلة حسب الجنس والعمر لحالات الفحص والحجر.
3. http://www.moh.gov.ps/portal/wp-content/uploads/2020/04/Corona-Eng.-25-4.pdf
4. لا تشمل هذه الأرقام القدس الشرقية.
5. Policy Gender Equality and The Empowerment of Women and Girls in Humanitarian Action November 2017 IASC Reference Group on Gender and Humanitarian Action, page 2
6. Gender Alert: Needs of Women, Girls, Boys and Men in Humanitarian Action in Palestine, UN Women, September 2019, page 4
7. سارة هاوكس وكينت بيوز، "النوع الاجتماعي والصحة العالمية: أدلة وسياسات وحقائق غير ملاءمة"، لانسينت 381: 9879، 2013، الصفحات 1783 – 1787.
8. فيونوالا ناي أولين، "النساء والهشاشة والطوارئ الإنسانية"، مجلة مشيغان للنوع الاجتماعي والقانون، 18:1، 2011، الصفحات 23-1، الصفحة 8.
9. وفقاً لدليل النوع الاجتماعي في العمل الإنساني التابع للجنة المشتركة بين المنظمات والمؤسسات العاملة في المساعدة الإنسانية (2018)، فإن التحليل الجندري السريع هو أداة لإجراء التحليل الجندري بسرعة خلال فترة الاستجابة الطارئة. يمكن إجراء التحليل الجندري السريع بشكل تقدمي لتعميق الفهم من خلال توفير وكشف المزيد من المعلومات. يمكن أن يتم تضمين التحليل الجندري السريع بشكل يسير في أدوات التحليل الموجودة مسبقاً، وهو يعزز الدقة والشمولية للنتائج والتوصيات. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2018-iasc_gender_handbook_for_humanitarian_action_eng_0.pdf
10. الأمم المتحدة، قضية فلسطين: https://www.un.org/unispal/
11. قناة الجزيرة باللغة الإنجليزية، تشرين الأول 2017 https://www.aljazeera.com/indepth/features/2017/10/hamas-fatah-goal-approaches-171012064342008.html
12. تلقى الباحث المساعدة الكاملة من قبل فريق العالم العربي للبحوث والتنمية (أوراد).
13. للحصول على السجل المفصل لمعلومات المشاركين، الرجاء النظر في الملحق رقم 1.
14. يمكن الوصول للتقريرين الكاملين للمسحين من خلال موقع أوراد الإلكتروني: www.awrad.org/en
15. وزارة الصحة، 2017
16. http://www.site.moh.ps/Content/Books/ZxRcynmiUofNqt66u4CrHRgmJR6Uv7z77srjjIEAho6xnz5V3rg LTu_RhO7xf2j2VusNilvWkjwp84yXHLdGleB97gKrHHI5iZ9oPJ25owGEN.pdf
17. منظمة الصحة العالمية، 2019: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_33-en.pdf
18. اجهاز الإحصاء المركزي الإسرائيلي، 2019: http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTMLID=591
19. منظمة الصحة العالمية، 2019.
20. مفوضية شؤون اللاجئين، ملخص وقائع رقم 31: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf
21. بيتسيلم، 2019: https://www.btselem.org/freedom_of_movement/checkpoints_and_forbidden_roads
22. بيتسيلم، 2020: https://www.btselem.org/punitive_demolitions/statistics
23. بيتسيلم، 2020: https://www.btselem.org/planning_and_building/statistics
24. مكتب تنسيق شؤون العمل الإنساني OCHA: https://www.ochaopt.org/theme/movement-and-access
25. مساواة، 2018، الجلسة رقم 70 لسيداو https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared per cent20Documents/PSE/INT_CEDAW_NGO_PSE_31669_E.pdf
26. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3406#
27. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3595#
28. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، كانون الأول 2019 .http://www.pcbs.gov.ps/portals/_pcbs/PressRelease/Press_En_3-12-2019-dis-en.pdf
29. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، كانون الأول 2019 http://www.pcbs.gov.ps/portals/_pcbs/PressRelease/Press_En_3-12-2019-dis-en.pdf
30. منظمة اليونيسيف، 2018 أ : https://www.unicef.org/mena/reports/state-palestine-out-school-children
31. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3595#
32. منظمة اليونيسيف، 2018 ب %%%%%https://www.unicef.org/sop/media/341/file/Children%20in%20the%20State%20of%20Palestine.pdf
33. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3406#
34. منظمة اليونيسيف، 2018 ج: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000105498/download/
35. مكتب تنسيق شؤون العمل الإنساني التابع للأمم المتحدة OCHA، 2018: https://www.ochaopt.org/content/food-insecurity-opt-13-million-palestinians-gaza-strip-are-food-insecure
36 منظمة اليونيسيف، 2018 أ.
37. منظمة اليونيسيف، 2018 ب.
38. كرامة، 2018: http://www.el-karama.org/wp-content/uploads/2018/11/Palestinian-Women-The-Disproportionate-Impact-of-the-Israeli-Occupation.pdf
39. http://www.palestinecabinet.gov.ps/portal/Decree/Details/26110181-aa5a-4721-8c92-c7c55843d35f
40. مكتب تنسيق شؤون العمل الإنساني التابع للأمم المتحدة OCHA: https://www.ochaopt.org/content/covid-19-emergency-situation-report-1 COVID-19

المراجع

41. هآرتس، آذار 2020: https://www.haaretz.com/middle-east-news/palestinians/palestinians-in-west-bank-ordered-to-home-confine-for-14-days-as-of-tonight-1.8698870
42. أربعة اجتماعات تم تنظيمها من قبل هيئة الأمم المتحدة للمراة في 12 و 19 و 30 آذار 2020 و16 نيسان 2020.
43. http://www.moh.gov.ps/portal/wp-content/uploads/2020/04/Corona-Eng.-25-4.pdf
44. نفس المصدر السابق.
45. نفس المصدر السابق.
46. وفقاً لمقابلة مع السيدة ريم فرينة، مديرة مؤسسة عايشة في قطاع غزة.
47. وهذا هو الحال تقريباً في كل القرى، ولكن ليس بالضرورة في المدن الكبيرة، وفقاً لتقارير إعلامية حول مركز الحجر الصحي في قرية عصيرة الشمالية ومقابلة مع مشاركة معلومات أساسية حول مركز واصل في عنبتا.
48. دراسة يتم إجراءها حالياً.
49. صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2016: https://palestine.unfpa.org/en/sexual-reproductive-health
50. صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2016: https://palestine.unfpa.org/en/publications/maternal-mortality-gaza-strip and OCHA, 2019: https://www.ochaopt.org/content/mothers-risk-limited-access-medicine-and-family-planning-services-compromises-maternal
51. أوراد، 2020 http://www.awrad.org/en/article/10705/Opinion-Poll-on-the-Palestinian-Government%E2%80%99s-Performance-against-the-Coronavirus
52. عينة المسح: 800 رجل وسيدة فلسطينيين عاملين في الضفة الغربية وقطاع غزة.
53. الأمم المتحدة، النساء والسلام والأمن: دراسة قدمت من قبل الأمين العام لغرض قرار مجلس الأمن رقم 1325 (2000). جنيف: الأمم المتحدة، 2002.
54. وارد ج: إن لم يكن الآن فمتى؟ معالجة العنف المبني على النوع الاجتماعي في أوضاع اللجوء والنزوح الداخلي وأوضاع ما بعد النزاعات: مراجعة دولية، نيويورك: الصحة الإنجابية لمجتمعات اللاجئين، 2002
55. جمعية المرأة الفلسطينية العاملة للتنمية، 2020: https://pwwsd.org/uploads/15861970731104770065.pdf
56. تم تأكيد ذلك من قبل جمعية المرأة الفلسطينية العاملة للتنمية.
57. الملخص الأسبوعي لسوا، 16-9 نيسان 2020.
58. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية ماس، 2019: https://www.mas.ps/files/server/20191803101233-1.pdf
59. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/Health%20Accounts-2-17-E.html
60. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_Rainbow/Documents/Health%20Accounts-5-17-E.html
61. هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2020: https://arabstates.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/impact-of-covid-19-on-women-led-msmes-in-palestine
62. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، آذار 2020: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3679#
63. المسح الدولي للرجال والنوع الاجتماعي، 2017.
64 هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2020.
65. جهاز الإحضاء المركزي الفلسطيني، 2020. http://pcbs.gov.ps/site/512/default.aspx?tabID=512&lang=en&ItemID=3707&mid=3171&wversion=Staging.
66. مكتب تنسيق شؤون العمل الإنساني التابع للأمم المتحدة OCHA، 2020: https://www.ochaopt.org/theme/education
67. وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الأنروا، 2020: https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/2020_opt_ea_eng_06022020_final.pdf
68. أسماء جوابرة، آذار 2020: https://www.al-fanarmedia.org/2020/03/palestines-universities-scramble-to-move-to-online-learning-during-coronavirus-shutdown/
69. انتصار أبو جبل، آذار 2020: https://www.al-monitor.com/pulse/originals/2020/03/gaza-schools-move-to-e-learning-in-lockdown-due-to-covid-19.html
70. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3528#
71. إسحق وآخرون، 2019: http://www.arij.org/files/arijadmin/2019/uni_2019.pdf
72. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/portals/_pcbs/PressRelease/Press_En_10-7-2019-pop-en.pdf
73. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2019: http://www.pcbs.gov.ps/post.aspx?lang=en&ItemID=3679#
74. المسح الدولي للرجال والنوع الاجتماعي، 2017.
75. جهاز الإحصاء المركزي الفلسطيني، 2020: http://pcbs.gov.ps/site/512/default.aspx?tabID=512&lang=en&ItemID=3707&mid=3171&wversion=Staging
76. حملة، 2018: https://7amleh.org/2018/11/22/one-third-of-palestinian-young-women-are-subjected-to-violence-and-harassment-on-the-internet/
77. المسح الدولي للرجال والنوع الاجتماعي، 2017.
78. أوراد، 2020: http://www.awrad.org/en/article/10705/Opinion-Poll-on-the-Palestinian-Government%E2%80%99s-Performance-against-the-Coronavirus
79. مشاركة أساسية بالمعلومات أكدت على ذلك. في حين أن وزارة الحكم المحلي قد طلبت من المجالس المحلية تضمين لجان الطوارئ التابعة لها عضوية نساء، إلا أن التقارير من المشاركين الأساسيين بالمعلومات تشير إلى الدور المحدود لهن.
80. محاضر 3 اجتماعات نظمتها هيئة الأمم المتحدة للمرأة في الضفة الغربية وقطاع غزة.

لقد تم دعم هذه الدراسة بتمويلٍ سخيّ من الصندوق الإنساني للأرض الفلسطينية المحتلة ضمن مشـروع "الاستجابة متعددة القطاعات للنساء الضحايا والناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي في قطاع غزة".

تصريح:
إن الآراء ووجهات النظر المعبر عنها في هذا التقرير لا تعكس بالضرورة رؤى الصندوق الإنساني للأرض الفلسطينية المحتلة أو تلك الخاصة بهيئة الأمم المتحدة للمرأة أو الأمم المتحدة أو أيٍّ من المؤسسات التابعة لها.

فريق البحث:
مركز العالم العربي للبحوث والتنمية (أوراد)
د. نادر سعيد فقها، مريم البرغوثي، وسامر سعيد.

تصميم: هيئة الأمم المتحدة للمرأة/ياسمينا قاسم

حقوق الطبع © 2020، هيئة الأمم المتحدة للمرأة، كل الحقوق محفوظة.
نُشر من قبل مكتب فلسطين لهيئة الأمم المتحدة للمرأة.

هيئة الأمم المتحدة للمرأة

كوفيد-19 الاستجابة