HEALTH CLUSTER

قطاع غزة

تقييم حزمة الخدمات المبدئية الدنيا للصحة الجنسية والإنجابية في حالات الطوارئ في قطاع غزة

تقييم التنفيذ

سبتمبر ٢٠٢٥

تمت كتابة هذا التقرير في سبتمبر ٢٠٢٥، وهو يعكس الوضع في ذلك الوقت، قبل اتفاق وقف إطلاق النار في ١٠ أكتوبر ٢٠٢٥

ملخص

يقيّم هذا التقييم تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في حالات الأزمات في قطاع غزة في سياق الحرب المستمرة، وانهيار البنية التحتية الصحية، والنزوح الجماعي. يعتمد التحليل على البيانات الأولية والثانوية، إلى جانب تحديد الخدمات، لتقييم مدى تكامل حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، وتحديد الثغرات، وتقديم توصيات قابلة للتنفيذ لتوسيع نطاق التدخلات المنقذة للحياة.

الإجراءات ذات الأولوية:

- ضفاء الطابع المؤسسي على التنسيق بين القطاعات المختلفة بين الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، والعنف القائم على نوع الجنس (GBV)، والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS)، والتغذية، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والإعاقة، وآليات حماية المجتمع.
- توسيع نطاق المشاركة المجتمعية في تخطيط الاستجابة عبر اشراك القادة المحليين ونقاط الإتصال الرئيسية في المخيمات لتكييف خدمات الصحة الجنسية والإنجابية /(SRH)العنف القائم على نوع الجنس (GBV) بما يتوافق مع الأعراف الثقافية.
- إعادة إنشاء وتوسيع المساحات الآمنة للنساء والفتيات، ودمج الدعم الصحي والنفسي والاجتماعي والقانوني فيها.
- توسيع نطاق تدريب مقدّمي الخدمات في الخطوط الأمامية على الإدارة المتلازمية، والتفاوض بشأن إعادة إدراج مؤشرات الأمراض المنقولة جنسياً(STIs) في لوحة مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH).
- توسيع نطاق الرعاية التي تقودها القابلات - والتي أثبتت مرونتها وفعاليتها خلال الحرب - من خلال التوعية المجتمعية وبناء القدرات وتوفير المستلزمات.
- تعزيز التوعية بتنظيم الأسرة (FP) الحساسة ثقافياً، من خلال قنوات مجتمعية، مع تجنّب المخاطر التي قد تمس السمعة.
- تعزيز أنظمة الإحالة من خلال تحديد بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية (PHCs) للحالات العالية المخاطر من الحمل، وضمان تحديث مسارات الإحالة كل أسبوعين.
- دمج خدمات إضافية أساسية ضمن حزمة الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) بما يتناسب مع سياق غزة، بما في ذلك التغذية، ورعاية ما قبل الولادة (ANC) والمتابعة السابقة للولادة، فضلًا عن الدعم النفسي الاجتماعي والمجتمعي، وذلك لضمان أن الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية تستجيب للاحتياجات المتغيرة للسكان المتضررين.
- تطوير خدمات مخصّصة لفئة المراهقين والشباب من خلال بناء قدرات فرق عمل الخطوط الأمامية، وتنفيذ برامج توعوية للمجتمع، ووضع نظام واضح للإبلاغ عن مؤشرات هذه الفئة.

إطار حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) هي مجموعة من التدخلات الأساسية المنقذة للحياة، تم تطويرها من قبل مجموعة العمل المشتركة بين الوكالات(IAWG) من أجل الصحة الإنجابية في حالات الأزمات، وصممت ليتم إطلاقها فور وقوع أي حالة طارئة إنسانية (خلال 48 ساعة حيثما أمكن ذلك). تتضمن الحزمة ستة أهداف رئيسية: ١) التنسيق، ٢) منع العنف الجنسي، ٣) الحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والأمراض المنقولة جنسيًا (STIs)، ٤) منع الحمل غير المقصود، ٥) ضمان الولادة الآمنة، و٦) التخطيط لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية(SRH) المتكاملة. ينبغي الحفاظ على هذه الخدمات الأولية وتوسيع نطاقها في أقرب وقت ممكن (في غضون ٣ إلى ٦ أشهر في الحالة المثالية) لتشمل خدمات ومستلزمات شاملة للصحة الجنسية والإنجابية، والاستمرار في ذلك خلال الأزمات الطويلة ومراحل التعافي اللاحقة.[1]

الخلفية والسياق

قطاع غزة هو منطقة تبلغ مساحتها ٣٦٥ كيلومترًا مربعاً ويبلغ عدد سكانها حوالي ٢,٣ مليون نسمة، نصفهم من الأطفال. وهي واحدة من أكثر المناطق كثافة سكانية في العالم. حتى قبل التصعيد في أكتوبر ٢٠٢٣، كانت غزة تواجه تحديات إنسانية مزمنة بسبب الحصار المستمر منذ ١٧ عامًا، وارتفاع معدلات البطالة، وانتشار الفقر، والاعتماد الكبير على المساعدات الإنسانية. كانت الخدمات الصحية تعمل تحت ضغط شديد، مع نقص متكرر في الأدوية والكهرباء والمعدات الطبية، كما أن التصعيد السابق للعنف كان قد ألحق أضراراً بالبنية التحتية وقوّض الأمن الغذائي.[3,2]

أدت الحرب التي اندلعت في أكتوبر ٢٠٢٣ إلى انهيار شبه-كامل للنظام الصحي الهش أصلاً في غزة. فبحلول منتصف عام ٢٠٢٥، كانت أكثر من ٧٠٪ من المرافق الصحية قد تضررت أو دمرت، ولم يكن سوى نصف المستشفيات يعمل بشكل جزئي، مما ترك محافظات بأكملها، مثل شمال غزة، دون أي مستشفى عامل.[5,4] قد زاد النزوح الجماعي من حدة هذه الضغوط: فقد نزح ما يصل إلى ٢ مليون شخص (نحو ٩٠٪ من السكان)، كثير منهم بشكل متكرر، إلى أماكن مكتظة وغير آمنة حيث تعذّرت بشكل كبير إمكانية الحصول على الماء والغذاء والرعاية الصحية.[7,6]

كان لهذا الانهيار آثاراً مدمرة بشكل خاص على الصحة الجنسية والإنجابية (SRH). قدّر تحليل الوضع الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) في يوليو ٢٠٢٥ أن هناك ٥٥٠٠٠ امرأة حامل في غزة، ٢٠٪ منهن يعانين من سوء التغذية وحوالي ٣٠٪ منهن يواجهن حالات حمل عالية المخاطر. بلغ متوسط عدد الولادات اليومية نحو ١٣٠ مولوداً، إلا أن أعداداً متزايدة من النساء اضطررن إلى الولادة خارج المرافق الرسمية بسبب تدمير أجنحة الولادة ونقص المستلزمات الطبية.[8] كما ارتفعت حالات الإجهاض، حيث أفادت الجهات الفاعلة في المجال الإنساني عن زيادة بنسبة ٣٠٠٪ في حالات الإجهاض التلقائي، والتي ترتبط إلى حد كبير بالضغط النفسي، وسوء التغذية، والظروف غير الآمنة.[9]

لقد أدت ديناميات الحرب إلى ما تصفه الوكالات الإنسانية بأزمة غير مسبوقة في مجال الصحة العامة والحماية. علاوة على ذلك، أدى انهيار مسارات الإحالة، ونقص مستلزمات الصحة الجنسية والإنجابية(SRH) ، والنزوح المتكرر، وتدمير المساحات الآمنة للنساء والفتيات (WGSS)، والعوائق الثقافية واللوجستية/الأمنية التي تحول دون الحصول على الخدمات، إلى جعل النساء والفتيات والفئات المهمشة الأخرى في وضع من الضعف الشديد. [12,11,10]وقد أدى ذلك إلى عواقب وخيمة على الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، تاركاً عشرات الآلاف من النساء الحوامل دون خيارات ولادة آمنة، مما ساهم في زيادة حالات الإجهاض التلقائي، وعرقل الوصول إلى خدمات إنقاذ الحياة للأمهات والأطفال حديثي الولادة والضحايا من العنف القائم على نوع الجنس .(GBV) تبرز هذه الهشاشات الحاجة الملحّة إلى التنفيذ المنهجي لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) لضمان استمرارية الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) وحماية حقوق وصحة السكان المتضررين، مع مراعاة سياق الوضع في غزة.

أهداف التقييم

يهدف هذا التقييم إلى تقدير تنفيذ أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) والخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في غزة، بما في ذلك صحة الأم والأطفال حديثي الولادة (MNH)، وتنظيم الأسرة (FP)، والوقاية من العنف القائم على نوع الجنس (GBV)، والتوعية والاستجابة له، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) وإدارتها. قد تناول التقييم العوائق والعوامل المساعدة، مثل انهيار البنية التحتية الصحية، والنزوح، والقيود الثقافية، ونقص التمويل. حددت الدراسة الجهات الفاعلة الرئيسية وأدوارها في الوصول إلى السكان المتضررين والمهمشين. تم التركيز بشكل خاص على المراهقين والأشخاص ذوي الإعاقة(PWDs) لتحديد الثغرات في الخدمات. كما استعرض التقييم مصادر التمويل وخلص إلى توصيات لتعزيز التنسيق، وتحسين تقديم الخدمات، والتخطيط للانتقال نحو خدمات شاملة.

المنهجية

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية من لجنة التعاون الدولي (ICD) التابعة لوزارة الصحة (MoH) وكذلك من مجلس المراجعة الأخلاقية الداخلي التابع للجنة الإنقاذ الدولية.(IRC) أُجريت الدراسة في الفترة من يونيو إلى سبتمبر ٢٠٢٥، واستخدمت أساليب مختلطة، مستفيدة من البيانات الثانوية والمقابلات النوعية الأولية.

لتقييم أُطر السياسات، وآليات التنسيق، وتقديم الخدمات والثغرات، ومرونة النظام الصحي، جمع الإستعراض المكتبي الأدلة المستخلصة من الأدبيات الرمادية، وتقارير وكالات الأمم المتحدة)صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانيةUNFPA، منظمة الصحة العالمية WHO ، مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانيةOCHA ، الأونرواUNRWA)، وبروتوكولات وزارة الصحة وتقاريرها السنوية، وتقييمات الاحتياجات الإنسانية، والوثائق ذات الصلة من شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG)، ومجموعات بيانات تحديد خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH).

أظهر الاستعراض المكتبي أنه على الرغم من انهيار النظام الصحي في غزة بسبب الدمار الواسع والنزوح الجماعي، واصلت مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية SRH WG)بقيادة مشتركة من صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانيةUNFPA ووزارة الصحة MoH والأونروا UNRWA) والمجموعة الفرعية للعنف القائم على نوع الجنس GBV Sub-Cluster)التي يشارك في رئاستها صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية UNFPA والأونروا UNRWA) تقديم الخدمات الحيوية من خلال التنسيق المستمر والاجتماعات المنتظمة وتحديث تحديد الخدمات. وعلى الرغم من تضرر العديد من المساحات الآمنة للنساء والفتيات، فقد بُذلت جهود لإعادة إنشائها كلما أمكن ذلك. كما تم تعديل مسارات الإحالة للخدمات لتتلائم مع واقع النزوح. تم الحفاظ على الخدمات الأساسية لرعاية التوليد وحديثي الولادة في حالات الطوارئ (BEmONC)، والخدمات الشاملة لرعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC)، والعيادات المتنقلة من قبل الشركاء، مثل وزارة الصحة (MoH)، والهيئة الطبية الدولية (IMC)، و UK-med، ومنظمة أطباء بلا حدود (MSF)، واللجنة الدولية للصليب الأحمر(ICRC) ، والمنظمات غير الحكومية المحلية.

كما استمر تقديم الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) رغم الاضطرابات المتعددة وذلك بفضل قدرة الشركاء على التكيّف والتزامهم بتلبية الاحتياجات الملحّة. قدمت الجهات الفاعلة في مجال العنف القائم على نوع الجنس (GBV)، بما في ذلك صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وجمعية الثقافة والأفكار الحرة وجمعية عبد الشافي للصحة المجتمعية ومركز شؤون المرأة وغيرها، إدارة الحالات، والدعم النفسي والاجتماعي والقانوني، إلى جانب حملات التوعية للحد من الوصمة. على الرغم من أن خدمات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والأمراض المنقولة جنسياً (STIs) لم تكن ذات أولوية، وغالباً ما تم استبعاد الفئات المهمّشة مثل المراهقين والأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن الجهود المنسقة للجهات الفاعلة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) والعنف القائم على نوع الجنس (GBV) أظهرت مرونة في الحفاظ على الخدمات الأساسية في ظل القيود الشديدة.

لدعم النتائج المستخلصة من الإستعراض المكتبي، تم إجراء مقابلات نوعية مع ١١ شخصاً تم اختيارهم من مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (n=7 SRH WG)، والمجموعة الفرعية للعنف القائم على نوع الجنس (n=3 GBV Sub-Cluster)، ووحدة فيروس نقص المناعة البشرية التابعة لوزارة الصحة (n=1 MoH-HIV)، حيث يمثلون مجموعة متنوعة من الخبرات مع مكونات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) خلال الحرب الجارية. كان معظم المشاركين من الكوادر الوطنية، إلى جانب خبير دولي واحد، يمثلون وكالات الأمم المتحدة (n=3)، ومنظمات غير تابعة للأمم المتحدة (n=6)، ووزارة الصحة (n=2)، ويغطيون مستويات المستشفيات والرعاية الصحية الأولية. شمل المشاركون ثماني نساء وثلاثة رجال، جميعهم من مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) والعنف القائم على نوع الجنس (GBV) أو قادة مشاريع يعملون في غزة خلال الحرب، ولديهم ما يصل إلى ٣٠ عاماً من الخبرة في هذا المجال.

النتائج

الوعي بحزمة الخدمات المبدئية الدنيا MISP والبنية التحتية

تفاوت مستوى وعي الجهات المعنية وأصحاب المصلحة بحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). فقد وصف المشاركون من وكالات الأمم المتحدة، مثل صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، والأونروا (UNRWA)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، معرفتهم القوية بحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، مشيرين إلى أنها أساسية لولاياتهم وآليات تنسيق المجموعات، وأنها مدعومة بعدد من الدورات التدريبية. في المقابل، أقر مشاركون آخرون بأنهم تلقوا تدريباً محدوداً أو لم يتلقوا أي تدريب، حيث قدم بعضهم خدمات ذات صلة دون أن يدركوا أنها تندرج تحت حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). تم تقديم عدة طلبات لتوسيع نطاق الوعي والتدريب لضمان أن يتبنى جميع الشركاء، وخاصة المنظمات غير الحكومية المحلية وفريق عمل الخطوط الأمامية، فهماً مشتركاً. انتقد عدد قليل من المستجيبين أجزاء من الحزمة، مثل أهداف فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، باعتبارها أقل صلة بقطاع غزة، ودعوا بالتالي إلى تكييف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) مع السياق المحلي لإعطاء الأولوية للتدخلات الهادفة إلى الحد من وفيات الأمهات والمواليد الجدد واعتلالهم. بشكل عام، وُجد أن حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) مفهومة جيدًا على المستويات العليا أو القيادية في الوكالات، ولكنها أقل شيوعًا بين الفاعلين المحليين ومقدمي الخدمات، حيث دعا بعض المشاركين إلى تعزيز الطابع المحلي للحزمة والتخصيص في تطبيقها. هذا يسلط الضوء على الحاجة إلى تدريب منهجي، وتعميم شامل، وتكييف فعّال للحزمة بما يتلاءم مع قطاع غزة.

خطة الإستعداد

لطالما نوقش التخطيط للإستعداد للخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في غزة، لكنه بقي مجزأً وغير مكتمل. على الرغم من أن منظمة الصحة العالمية (WHO) ووزارة الصحة (MoH) وضعتا خطة استعداد في عام ٢٠٢٣ إلى جانب جهود أخرى مثل مبادرة خطة الاستعداد للطوارئ بدعم من الوكالة الفرنسية للتنمية (AFD) وبالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، إلا أن أياً منها لم يدخل حيز التنفيذ قبل الحرب.[13] ونتيجةً لذلك، دخلت غزة مرحلة التصعيد دون خطة طوارئ شاملة للصحة الجنسية والإنجابية. وقارن أصحاب المصلحة ذلك بالضفة الغربية، حيث تم تجربة فرق الاستجابة للطوارئ في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، مشيرين إلى أن غزة لم تُنشئ أبداً مثل هذه الفرق المحلية بالرغم من أهميتها البالغة في ظل القيود المفروضة على الوصول الى الخدمات.

> "...لم نكن أبداً [نتصور تصعيدًا] يدمر المستشفيات، ويدمر البنية التحتية، ويدمر المياه، ويدمر البيئة. لذا أعتقد أننا بحاجة إلى إعادة صياغة استراتيجية الاستعداد للطوارئ".
>
> **عضو في مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية - المشارك رقم SRHWG5 ٥**

أفادت جهات مطلعة رئيسية أن شركاء الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) على مستوى المجموعات ساهموا في تمارين تخطيط طوارئ أوسع نطاقاً، بما في ذلك سيناريوهات غزو رفح، أو وقف إطلاق النار، أو الفيضانات. إلا أنهم أكدوا مراراً وتكراراً على أن الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) غالباً ما تكون أول عنصر يختفي من الوثائق الاستراتيجية على المستوى الوطني أو على مستوى المجموعات، مما يتطلب جهوداً مستمرة للحفاظ على ظهورها. على الرغم من إجراء مناقشات محددة عند ظهور حاجة ملحة، مثل تدابير الاستعداد للفيضانات في فصل الشتاء، أو مخاطر انخفاض درجة حرارة الجسم لدى الرضع، أو ترتيبات الإيواء في حالات الطوارئ، إلا أن هذه المناقشات نادراً ما تُترجم إلى بروتوكولات منظمة وشاملة على مستوى النظام. ويتوافق ذلك مع نتائج الاستعراض المكتبي التي تصف تخطيط الإستعداد للطوارئ في غزة أنه برنامجياً إلى حد كبير ويقوده الشركاء، بدلاً من أن يكون إطاراً سياسياً وطنياً تقوده وزارة الصحة، ومعتمداً منها، ومدمجاً ضمن إدارة مخاطر الكوارث.

لم يكن الاستعداد على مستوى المنشآت والمستوى المؤسسي متّسقاً بنفس القدر. فقد أشار بعض الشركاء إلى خطط طوارئ تتعلق بمحفزات الإخلاء، أو التموضع المسبق للإمدادات، أو إدارة المخزون)على سبيل المثال، الحفاظ على مخزون يكفي لمدة ثلاثة أشهر من المواد الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية SRH). أشار فاعلون آخرون إلى إجراءات عملية مرتجلة: فخلال الأشهر الأولى من الحرب، ومع تعذر الوصول إلى المستشفيات، تم تدريب القابلات وتجهيزهنّ لإجراء الولادات الطارئة، التي حدث العديد منها في الملاجئ أو المجتمعات المحلية. قامت بعض المنظمات بسرعة بإنشاء نقاط طبية طارئة في المدارس أو الملاجئ، تبعاً لحركات نزوح السكان من خان يونس إلى رفح، ومن ثم إلى المواصي ودير البلح. اعترفت منظمات غير حكومية مثل أطباء العالم (MdM) بأنها لم تكن لديها خطط استعداد مباشرة لتقديم الخدمات قبل الحرب، إذ تَركّز عملها حينها على بناء القدرات؛ أما انخراطها في تقديم الخدمات أثناء الحرب فكان استجابة آنية وشُكّل من خلال "التعلم أثناء التنفيذ." وهذا يسلط الضوء على ظهور مقدمي خدمات جدد في الميدان استجابة للاحتياجات المتزايدة وانهيار نظام الرعاية الصحية خلال الحرب المستمرة.

وصف بعض المشاركين في الاستطلاع الوضع الحالي في غزة بأنه "صدمة"، موضحين أن الاستعدادات لم تكن مصممة أبداً للتعامل مع هذاالمستوى من الدمار الشديد والإنهيار في االنظام الصحي. كانت سيناريوهات ما قبل الحرب قد أُعدت لتشمل نزوح ما يصل إلى ١٥٠٠٠٠ شخص، ولكنها لم تتوقع النزوح الجماعي لما يقارب مليوني شخص. وبالمثل، لم تأخذ خطط الطوارئ في الاعتبار تدمير البنية التحتية للأونروا، وإغلاق الحدود لفترات طويلة، أو تأثير الحصار على سلاسل الإمدادات الإنسانية. تسلط هذه النظرة الضوء على حدود نماذج الاستعداد التقليدية والحاجة الملحّة إلى تخطيط تكيفي محلي يعكس واقع غزة.

علاوة على ذلك، لوحظ أنه في حين كانت حزم الصحة الإنجابية الطارئة من صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، واليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية (WHO) مفيدة، إلا أن عدداً من الإمدادات المجهزة التي تم شراؤها في وقت مبكر من النزاع - على الأرجح بسبب التخزين المسبق وسهولة طلبها وشحنها ومعرفة المستجيبين المسبقة بها - لم تكن مناسبة للسياق المحلي. على سبيل المثال، قامت عدة منظمات دولية غير حكومية في البداية بشراء مجموعات طوارئ أعطت الأولوية للرعاية المتعلقة بالإيدز (AIDS) والملاريا والاغتصاب، والتي لم تكن مطلوبة للاستجابة. وبدلاً من ذلك، كانت هذه الحزم تفتقر إلى الإمدادات الأساسية والضرورية مثل المغذيات الدقيقة والحديد أو مجموعات الولادة المناسبة للسياق. طلب المستجيبون أن يكون الشركاء المنفذون أكثر عزمًا على مراجعة الأنظمة والعمليات)مثل الإمدادات والمشتريات والرصد وما إلى ذلك(والاستثمار في النظام المحلي لضمان الدعم المناسب، بدلاً من الاعتماد على الأساليب التقليدية المخصصة لبيئات أخرى.

الهدف رقم ١ من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

التنسيق والقيادة

تم تحديد التنسيق باعتباره نقطة قوة رئيسية وتحدياً معقدًا في الاستجابة. أشار المشاركون في المقابلات باستمرار إلى أن صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) هو الوكالة الرائدة في مجال التنسيق المتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH) والعنف القائم على نوع الجنس (GBV)، حيث يشارك في قيادة مجموعة العمل المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية الى جانب وزارة الصحة (MoH)، كما يقود مجال مسؤولية اللجنة التوجيهية المعنية بالعنف القائم على نوع الجنس (GBV). وهذا أمر جدير بالملاحظة لأنه خلال الحرب، وسّع صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) نطاق مشاركته المعتادة ليقوم في كثير من الأحيان بدور سد الثغرات، من خلال تعبئة الإمدادات ونشر القابلات وضمان استمرارية الخدمات الأساسية عندما لم يكن هناك أي جهات فاعلة أخرى قادرة على التدخل.

تأسست مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) في نوفمبر ٢٠٢٣، وهي تضم ما بين ٣٠ إلى ٤٠ شريكاً، وتعد آلية التنسيق الرئيسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) منذ تأسيسها. من خلال الاجتماعات الأسبوعية والمراجعات الفنية، سهّلت المجموعة تبادل المعلومات والتخطيط المشترك وتخصيص الموارد من خلال التمويل المباشر لأنشطة المجموعة (SRH WG)، وتوفير الإمدادات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH) لأعضاء المجموعة، وتغطية تكاليف سفر الطاقم الطبي وإجلاء المعدات. على الرغم من أن المشاركة لم تكن دائمًا متّسقة، فقد حضر بعض الفاعلين بشكل غير منتظم بسبب مشاكل الأمن والاتصال. في الوقت نفسه، كانت العيادات الخاصة الصغيرة أو المستشفيات العسكرية في بعض الأحيان غير مدركة لعمليات التنسيق، مما تطلب جهوداً من كلا الطرفين لإشراكهما في العملية التنسيقية. على الرغم من هذه التحديات، فقد نسُب الفضل إلى مجموعة العمل على نطاق واسع في خلق مساحة للحوار والتبادل الفني والتعلم السريع، لا سيما بعد أن أصبحت أكثر نشاطًا في الأشهر التي أعقبت التصعيد.

> "... لدينا العشرات من الشركاء الذين ينفذون برامج الصحة. لدينا أكثر من ٢٠٠ مرفق - منها ١٣ مرفق لتقديم الخدمات الشاملة لرعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة (CEmONC)، وحوالي ٢٠٠ مركز رعاية صحية أولية (PHC) أو فرق متنقلة. اذاً... لديك وزارة الصحة (MOH)، ولديك الأونروا (UNRWA)، ولديك جهات فاعلة كبيرة تمتلك العديد من المنشآت، ثم لديك جهات فاعلة أصغر حجماً، أصغر بكثير]لديها[نقطة أو نقطتان ...لتقديم الخدمات. لذلك نجتمع ونناقش معاً أنواع الإجراءات، والمحفزات، واحتياجات الدعم من مستوى التنسيق."
>
> **عضو في مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) المشارك رقم ١**

هناك هيئات تنسيق أخرى ذات صلة، مثل مجموعة الحماية وفريق عمل إدارة الحالات، التي تتولى قيادتها بشكل أساسي منظمة الصحة العالمية (WHO) وصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف). وقد ذكر أعضاء مجموعة العنف القائم على نوع الجنس (GBV) هذه الهيئات بشكل أساسي، نظراً لانخراطهم أكثر في هذا النوع من التنسيق وقيامهم بتحديث الخدمات المتاحة بانتظام بهدف إنشاء تحديد للخدمات تشمل جميع المحافظات. امتد التنسيق أيضاً إلى ما هو أبعد من الصحة ليشمل الروابط بين القطاعات. عملت مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) بشكل وثيق مع المجموعة الفرعية للعنف القائم على نوع الجنس (GBV sub-cluster)، ومجموعة العمل المعنية بالإعاقة، والجهات الفاعلة في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS)، وشركاء التغذية)مثل برامج التغذية التكميلية المستهدفة TSFP). كما بدأت جهود التحديد والإدماج في إشراك المنظمات التي تقودها النساء، على الرغم من أن مشاركتهنّ لا تزال محدودة. أقر بعض المشاركين بأن التنسيق مع الجهات الفاعلة في مجالات اللوجستيات والمأوى والتجهيز لفصل الشتاء كان أضعف، مما قلل من القدرة على توقع الاحتياجات المتقاطعة مثل التدفئة والمأوى الآمن للناجين أو استمرارية سلسلة التبريد لمستلزمات صحة الأمهات والأطفال.

الأهم من ذلك، أن التنسيق كان أساسياً لإدارة سلسلة الإمدادات. ففي بداية الحرب، قام صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) بتموضع مسبق وتخزين لكميات كبيرة من مجموعات الصحة الإنجابية ومجموعات الولادة ومستلزمات تنظيم الأسرة، مما ساعد في التخفيف من الصدمة الأولى للحصار. أتاح نظام اتفاقات توزيع البرامج لصندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) توجيه الإمدادات إلى شركاء تنفيذيين غير رسميين بناءً

على الحاجة، مما وفر مرونة بالغة في ظل بيئة متغيرة باستمرار حيث قام الشركاء بالتوسع أو التقليص أو تغيير ولاياتهم. ولم يقتصر الدعم على الإمدادات الطبية، بل شمل أيضاً التوظيف وبناء القدرات وتحديد مسارات الإحالة وتنسيقها. ومع ذلك، فإن قيود الوصول وتدمير المستودعات وتصنيف المواد على أنها "ذات استخدام مزدوج")أي أن بعض المستلزمات، بما في ذلك مواد التعقيم الكيميائية ومعدات الطاقة الشمسية، صُنفت على أنها ذات استخدامات خطرة محتملة من قبل حماس، وبالتالي تم تقييدها، حتى لو كان الاستخدام الثاني منقذاً للحياة في الخدمات الصحية(كل ذلك أعاق بشكل كبير تدفق السلع، مما يؤكد حدود حتى قنوات الإمداد المنسقة جيدًا. على الصعيد التشغيلي، مكّن التنسيق أيضاً من حل المشكلات بشكل سريع وعملي. ومن الأمثلة على ذلك، تغطية تكاليف النقل لإجلاء فرق العمل والمعدات من النشآت المدمرة مثل مستشفى جباليا، ونشر القابلات في ملاجئ الأونروا، والتموضع المسبق للإمدادات للحفاظ على استمرارية الخدمات أثناء فترات الحصار.

> "إن العوائق التي نواجهها]تشمل[نقص الوقود وخدمات الإسعاف، خصوصاً في حالات العنف القائم على نوع الجنس (GBV)، والنساء أثناء المخاض، وكهرباء المستشفيات. وكذلك نقل المواد، سواء للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) أو للعنف القائم على نوع الجنس (GBV)"
>
> **عضو في مجموعة العنف القائم على نوع الجنس (GBV) المشترك رقم ٢**

على الرغم من هذه الجهود، كانت ازدواجية الخدمات تشكل مشكلة متكررة، لا سيما في "المناطق الإنسانية" حيث تجمع العديد من الشركاء، مما ترك بعض المناطق التي يصعب الوصول إليها دون خدمات كافية. وأوصى المشاركون بتحسين التحديد، وتعريف أدوار الشركاء بشكل أوضح، والتوزيع الجغرافي لمنع التداخل وضمان التغطية العادلة. كان أحد المخاوف ذات الصلة أن بعض أشكال التنسيق كانت تعتبر توجيهية أو مسيطرة، بدلاً من ن تكون وسيلة لتسهيل التعاون والشفافية. وشدد المشاركون على أن التنسيق يجب أن يشمل تبادل المعلومات، والدعم المتبادل، وتجنب الازدواجية، بدلاً من فرض أنشطة على الشركاء.

> "تشعر أن العمل]منفصل[إلى حدٍ ما، وأحياناً يكون هناك ازدواجية في بعض الخدمات –]يكون من الأفضل اذا[تولى بعض مقدمي الخدمات أمرًا ما، بينما يمكن للآخرين أن يركزوا على أمر آخر.
>
> **عضو في مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية SRH WG - المشارك رقم ٤- SRH WG 4**

كانت إدارة البيانات والمعلومات مجالاً آخر من مجالات الصعوبة. أوضحت بعض الجهات المطلعة أن مفاوضات مطولة جرت للاتفاق على مجموعة دنيا من مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، حيث أصرت الوكالات في البداية على الاحتفاظ بقوائم مؤشرات كبيرة للغاية)تصل إلى ١٣٠ مؤشرًا. (في النهاية، اتفق الشركاء على مجموعة بيانات مبسطة، لكن التأخير في التنسيق أدى إلى إبطاء الاستجابة المبكرة. شدد المشاركون على الحاجة الملحة لتحسين تدفق البيانات وتنقيتها والتحقق من صحتها وتصورها. تم الاستشهاد بتقرير مشترك مدته ستة أشهر بين صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) ووزارة الصحة (MoH) كخطوة إلى الأمام، على الرغم من استمرار وجود ثغرات في اتساق التقارير وتوقيتها.

بشكل عام، كان التنسيق حول حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)في غزة قابلاً للتكيف وشاملاً في مقصده، ولكنه غالباً ما كان مقيداً بالحصار الخارجي والمشاركة المجزأة وتضارب المصالح المؤسسية. قد أظهر النظام نقاط قوة واضحة في جمع الجهات الفاعلة، وتعبئة الموارد، وضمان استمرارية الخدمات في ظل ظروف استثنائية. ومع ذلك، لا يزال يعاني من الازدواجية، ومشاكل جودة البيانات، ونقص تمثيل الجهات الفاعلة المحلية، والاعتماد المفرط على قيادة صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، مما يثير تساؤلات حول الاستدامة على المدى الطويل والملكية الوطنية.

> "لقد قاموا بعملٍ رائع، ولأكون صريحاً، قامت المجموعات بعمل رائع. حسناً، لقد كانوا سريعي الاستجابة. جميعنا نعلم أن الواقع]هو[أنهم مقيدون لأن الإسرائيليين لا يسمحون لأي شخص بالتدخل".
>
> **عضو في مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية - المشارك رقم ٢- SRH WG 2**

الهدف ٢ من أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا MISP

منع العنف الجنسي وإدارة عواقبه

كشفت نتائج التقييم أن الوقاية من العنف الجنسي والاستجابة له قد اعتُرف بهما كعنصرين أساسيين في الاستجابة، لكن جهود التنسيق القوية والعوائق المستمرة شكلت عملية التنفيذ. فيما يتعلق بتنسيق الخدمات وتوافرها، فقد تم دمج الإدارة السريرية للاغتصاب (CMR) والاستجابة الأوسع للعنف القائم على نوع الجنس (GBV) ضمن تدخلات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) منذ الأيام الأولى للحرب. لعب صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) دوراً مركزياً في تدريب مقدمي الخدمات على بروتوكولات الإدارة السريرية للاغتصاب CMR، وغالباً ما تم تكييف بروتوكولات منظمة الصحة العالمية (WHO) مع السياق الخاص لغزة. كانت هناك عدة مناقشات حول إقناع وزارة الصحة (MoH) بتدريب فرق عمل الرعاية الصحية على الاستجابة، وفي النهاية، أقرت وزارة الصحة بأهمية الموضوع في مثل هذه الظروف.

تم التنسيق بشكل أساسي من خلال اللجنة التوجيهية للعنف القائم على نوع الجنس (GBV) ومجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG)، عبر اجتماعات منتظمة، ووضع مسارات إحالة مشتركة، وتحديد الخدمات على مستوى المحافظات. وشاركت جهات فاعلة إضافية في التدابير الوقائية من خلال الجهود المشتركة بين الوكالات، مثل

سند (Sanad)، وهي آلية مشتركة بين الوكالات بقيادة منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) تركز على الحماية من الاستغلال والاعتداء الجنسي (PSEA). عززت هذه الجهود أنظمة المساءلة من خلال رفع الوعي وتدريب الموظفين وإنشاء آليات إبلاغ آمنة وسرية، مما ساعد السكان على تجاوز الوصمة عند الإبلاغ عن الحوادث.

علاوة على ذلك، تم دمج الاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس (GBV) مع خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) وخدمات الحماية للحد من الوصمة وتعزيز إمكانية الوصول. ولتوفير السرية، كان يمكن للناجيات طلب الدعم في المراكز الطبية دون أن يتم تحديدهنّ على أنهنّ "حالات عنف قائم على نوع الجنس GBV"، حيث أن خدمات الصحة والتغذية والدعم النفسي والاجتماعي متوفرة في نفس المكان. امتدّت الخدمات المتاحة إلى ما يتجاوز الرعاية الصحية لتشمل الإسعافات الأولية النفسية، والعلاج الجماعي والفردي، والاستشارات القانونية، وتوفير المأوى والمساعدة النقدية الطارئة، وهي أمور بالغة الأهمية أثناء النزوح. تم إنشاء مساحات آمنة للنساء والفتيات (WGSS) في مبانٍ ثابتة بدلاً من الخيام كلما أمكن ذلك، مما يضمن الخصوصية والكرامة واستمرارية الرعاية.

> "النقطة الأهم بشأن]منظمتي هي أننا[قدمنا خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) وخدمات العنف القائم على نوع الجنس (GBV) في نفس المكان وفي نفس المركز الطبي. لم تكن الخدمات منفصلة".
>
> **عضو في فريق العنف القائم على نوع الجنس - المشترك رقم ٣ - GBV 3**

تم تنفيذ تدريب وتوعية فريق عمل الخطوط الأمامية على نطاق واسع. تم الإبلاغ عن تدريب إلزامي في الحماية ومنع الاستغلال والاعتداء الجنسي (PSEA) في جميع الوكالات المشمولة، وتم تحديث بروتوكولات الإحالة لتتناسب مع سياق الحرب. ومع ذلك، ظهرت تحديات في تطبيق هذه البروتوكولات بسبب القيود الأمنية ونقص الموارد، أو القوانين التقييدية التي فرضتها السلطات الصحية. وعلى غرار العنف القائم على نوع الجنس (GBV)، فإن التدمير الواسع النطاق للمنشآت الصحية والأماكن الآمنة أجبر انتقال الخدمات إلى الخيام والملاجئ المؤقتة، مما أضر بشدة بالخصوصية والسرية.

> "نحن نواجه أعدادًا كبيرة من الذكور الذين نقوم بفحصهم للكشف عن تعرضهم للعنف الجنسي". عضو في فريق العنف القائم على نوع الجنس
>
> **(GBV) - المشترك رقم ٣ - GBV 3**

أدى النزوح المستمر والاكتظاظ وانهيار أنظمة الحماية الرسمية إلى زيادة ضعف النساء والفتيات، مع تقييد قدرتهنّ على الحصول على الرعاية المنقذة للحياة. لقد تبين أن النقص المزمن في المستلزمات مثل وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ ومجموعات الوقاية بعد التعرض (PEP)، ومواد التعقيم، بالإضافة إلى قيود الوقود والكهرباء، أدى إلى إضعاف تقديم الخدمات بشكل أكبر. والأهم من ذلك، في بداية الحرب كان هناك تأخير في توفير ملاجئ آمنة للناجيين من العنف الجنسي، حيث لم يتم إنشاؤها إلا بعد مرور ما يقارب ٦ أشهر على بدء الحرب. ولكن حتى في حالة وجود ملاجئ آمنة، فإنها مخصصة فقط للإناث الناجيات، مما ترك المجموعات الذكورية دون أماكن آمنة على الرغم من زيادة الحالات المبلغ عنها التي تلجأ إلى المنشآت الصحية. غالباً ما أدت هذه العوائق إلى تأخر الرعاية أو عدم اكتمالها، حيث لا يقدم الناجون أنفسهم إلا بعد حدوث مضاعفات خطيرة.

تؤدي وصمة العار والمحظورات الثقافية والبيئة القانونية غير الداعمة إلى تفاقم عدم الإبلاغ عن الحالات، في حين أن ممارسات مثل الإبلاغ الإلزامي وفحص العذرية تقوّض المناهج التي تركز على الناجين. على الرغم من أن التنسيق بين الجهات الفاعلة قد تحسّن منذ اندلاع الحرب، إلا أنه لا يزال مجزأً، مع ازدواجية في بعض المجالات وفجوات في مجالات أخرى. لا تزال الفئات الضعيفة، بما في ذلك المراهقون والأشخاص ذوو الإعاقة (PWDs) والناجون الذكور، مستبعدة إلى حد كبير، على الرغم من المخاطر المتزايدة.

الهدف ٣ من أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

الوقاية من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والأمراض المنقولة جنسيًا (STIs) وإدارتها.

يعدّ هذا الهدف معقداً بسبب عوامل مثل الإهمال غير المقصود، والحساسيات الثقافية، والقيود المفروضة بفعل الحرب المستمرة. لا يُعتبر فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مشكلة صحية عامة ملحّة: حيث تم الإبلاغ عن فقط حوالي ٣٦ حالة في غزة)تم اكتشاف أربع حالات جديدة خلال الحرب).[14] في حين أن العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (ARVT) يتم توفيره حصرياً من قبل وزارة الصحة (MoH)، يتم تجاهل الاحتياجات الخاصة للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والتي تتجاوز العلاج، بما في ذلك الدعم النفسي والاجتماعي، والحد من الوصم، والربط بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) والعنف القائم على نوع الجنس (GBV). لا يمتد التنسيق بين مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) واللجنة التوجيهية المعنية بالعنف القائم على نوع الجنس (GBV) إلى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، مما يجعله معزولاً عن الإستجابة الأوسع.

> "على الرغم من أن]حالات فيروس نقص المناعة البشرية[HIV محدودة، إلا أنها يتم تجاهلها".
>
> **نقطة الاتصال الرئيسية لفيروس نقص المناعة البشرية HIV**

تُظهر السجلات وصولاً منتظماً إلى الإمدادات اللازمة لإدارة الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) باستخدام المجموعة رقم ٥، على الرغم من أن عدد الحالات الموثقة للأمراض المنقولة جنسياً (STIs) كان قليلاً، ويرجّح على أن يكون ذلك بسبب استخدام مصطلحات مختلفة)على سبيل المثال، "عدوى الجهاز التناسلي("، أو بسبب نقص الإبلاغ عن جميع الحالات، أو نقص

تشخيصها. أجبر انهيار القدرات المخبرية مقدمي الخدمات على الاعتماد على منهجية المتلازمات لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، وهو نهج عملي في حالات الطوارئ لكنه يضعف المراقبة وتأكيد الحالات. وقد تفاقم هذا الوضع بسبب الثغرات في تدريب مقدمي الخدمات، وعدم اتساق التصنيف، والوصمة المرتبطة بالصحة الجنسية. كما حدّت المواقف المحافِظة من توزيع الواقيات الذكرية، وقد جعلت تحفّظات المانحين تمويل برامج مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً/فيروس نقص المناعة البشرية STI/HIV أكثر صعوبة. في الوقت نفسه، أظهر هذه التقييم أن النزوح والاكتظاظ وانهيار خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية (WASH) قد زاد من مخاطر أخرى تخص الإصابة بعدوى الجهاز التناسلي، لا سيما عند الفتيات المراهقات اللواتي يفتقرن إلى الوصول إلى مجموعات النظافة والمنتجات الصحية الآمنة.

على الرغم من هذه التحديات، هناك دروس ناجحة يمكن الاستفادة منها. فقد تم تطبيق إدارة المتلازمات للأمراض المنقولة جنسياً (STIs) في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، حيث تم تدريب العاملين الصحيين على تقديم الرعاية حتى في غياب التشخيصات المخبرية. لا تزال مجموعات فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المنقولة جنسياً HIV/STIs مخزنة مسبقاً لحالات الطوارئ، مما يضمن الحد الأدنى من الجاهزية. باستثناء الفترة من ديسمبر ٢٠٢٤ إلى يناير ٢٠٢٥، كان هناك مخزون ثابت من العلاج المضاد للفيروسات القهقرية (ARVT)، وذلك ليس فقط بسبب العدد المحدود للحالات المشخصة، ولكن أيضًا بسبب استمرار التمويل من المنظمة الدولية للهجرة (IOM) خصيصًا لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، مما سمح بالتوزيع الاستراتيجي للعلاج المضاد للفيروسات القهقرية (ARVT) على المرضى كل ثلاثة أشهر. إن دمج الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) وإدارتها في رعاية ما قبل الولادة وما بعد الولادة ورعاية تنظيم الأسرة (FP) يوفر للنساء نقاط دخول غير مباشرة للحصول على الخدمات، مما يقلل من حواجز الوصمة. كما ضغطت مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) لإعادة إدراج مؤشرات الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) في لوحات المعلومات الصحية، لضمان بقاء القضية مرئية في التنسيق على الرغم من المقاومة.

بشكل عام، ونظرًا لأن حالات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في غزة قليلة ويتم تشخيص الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) بشكل أساسي بين الأزواج المتزوجين فقط، فإن عدم إعطائها الأولوية يسلط الضوء على الحاجة إلى تنسيق أقوى بين برامج الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) والعنف القائم على نوع الجنس (GBV) والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV). بدون تحسين المراقبة وتكامل الخدمات بالكامل وتقديم الخدمات دون الوصمة، لا يمكن تحقيق الهدف ٣ من برنامج حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP). نظراً للأولويات الأعلى لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الأساسية الأخرى في غزة، قد يستغرق الأمر وقتاً أطول حتى يتم الاعتراف بهذا المكوّن كعنصر أساسي في حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) مقارنة بالسياقات الطارئة والهشة الأخرى.

الهدف ٤ من أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

منع الأمراض والوفيات بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة

أظهرت البيانات المستقاة من المراجعة المكتبية أن نسبة وفيات الأمهات في غزة تقدر بـ ١٦٤,٢، ومعدل وفيات الأمهات هو ١١ لكل ١٠٠٠٠٠ طفل حي. قبل الحرب في عام ٢٠٢٢، كانت هذه الأرقام أقل بكثير: حيث بلغت نسبة وفيات الأمهات ١٧,٤، ومعدل وفيات الأمهات ١,٨٦ لكل ١٠٠٠٠٠ طفل حي. وتعكس هذه الزيادة الحادة التأثير الشديد للحرب على صحة الأمهات.[15] وبالمثل، أفادت التقارير بارتفاع معدلات الوفيات والأمراض للأطفال حديثي الولادة، وهو ما تؤكده الملاحظات الميدانية والتحليلات الواردة في دراسة حديثة أجراها صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA).[16]

أفاد المشاركون في هذه الدراسة أن النساء اللواتي كن يحضرن ٦ زيارات أو أكثر لرعاية ما قبل الولادة (ANC) قبل الحرب، غالباً ما يحصلن الآن على الرعاية فقط في أواخر الحمل، مما يساهم في زيادة المضاعفات. أفادت بعض الجهات المطلعة الرئيسية أن القابلات يتابعن حالات رعاية ما قبل الولادة (ANC)، خاصة الحالات منخفضة المخاطر، بينما ذكر آخرون أن هناك طبيب توليد للحالات عالية المخاطر. ومع ذلك، لا يزال معدل القابلات الماهرات مرتفعاً، مما يعكس ثقة المجتمع وسلوك النساء الجيد في طلب الرعاية الصحية. وقد أكد ذلك أيضًا بعض المشاركين الذين أفادوا أن الولادات خارج المنشآت الصحية لا تزال محدودة.

ومع ذلك، لا تزال التحديات قائمة بسبب التوزيع غير المتكافئ لمنشآت الخدمات الشاملة لرعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) وتدمير مستشفى العودة، مما ترك شمال غزة بدون مثل هذه الخدمات. غالباً ما تتعطل مسارات الإحالة بسبب انعدام الأمن أو النزوح أو رفض سيارات الإسعاف. وقد حدثت بعض التطورات الواعدة - حيث تساعد عيادات الولادة الطارئة ومراجعات الوفيات على التخفيف من المخاطر، وتم وضع إرشادات للإحالة بدعم من مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) وتوزيعها على المنشآت في جميع المحافظات.[17] أفاد المشاركون أن المراجعة الشهرية للوفيات تحقق في أسباب وفيات الأمهات وتشرك الشركاء وبعض المستشفيات. لكن الفجوات في خدمات رعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (EmONC) لا تزال حادة - فقد كشفت تحديد الخدمات عن توزيع متفاوت للخدمات والشركاء عبر المحافظات. بينما تتمتع مناطق مثل خان يونس والمنطقة الوسطى بتغطية خدمية عالية وحضور قوي للشركاء، مع وجود أكثر من ٦٠ منشأة للعيادات الخارجية في كل منهما ودعم قوي من العديد من المنظمات، تبقى رفح محرومة بشدة، مع وجود عدد قليل من المنشآت العاملة ومشاركة محدودة من الشركاء. كما تتمتع محافظة غزة وشمال غزة بتغطية خدمات معتدلة.[18] يؤدي الاستبعاد العام لـ "المناطق الحمراء"، بسبب اعتبار الشركاء هذه المناطق عالية المخاطر للغاية إلى جانب قيود التصاريح الأمنية الإسرائيلية، إلى حرمان بعض السكان من الخدمات، وهو ما أكده المشاركون.

في محاولة لمعالجة التحديات المتعلقة بالولادة الآمنة، قدّم صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) نموذجاً للولادة بقيادة القابلات على مستوى الرعاية الصحية الأولية (PHC)، بما في ذلك نظام قابلات تحت الطلب لتغطية الفترة النهارية)والتغطية لمدة ٢٤ ساعة في الوضع المثالي(للحالات منخفضة الخطورة ووفقاً لمعايير صارمة حددتها مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية SRH WG)يُسمح بالولادة على مستوى الرعاية الصحية الأولية PHC بوجود قابلة في حال كانت المرأة في المرحلة الثانية من المخاض وكان المستشفى الأقرب غير قابل للوصول اليه أو يبعد أكثر من ٣٠ دقيقة بالسيارة، وفي حال كانت مجموعة القابلة متوفرة.(ومع ذلك، أعربت بعض الجهات المطلعة الرئيسية عن تساؤلات حول فعالية هذا النموذج بسبب عدة عوائق: التفضيل الثقافي القوي لدى النساء في غزة للولادة في المستشفيات، والتدريب المحدود للقابلات في الرعاية المجتمعية، وضعف أنظمة الإحالة، وانخفاض الوعي المجتمعي بالخدمة، وحتى نقص المعرفة بين خدمات الإسعاف حول توفر هذا النموذج. على الرغم من الدمار الشديد الذي لحق بالنظام الصحي، وصفت الجهات المطلعة أن السكان) والعديد من المستجيبين(لا يزالون يعتبرون الولادة في المؤسسات الصحية الخيار الأفضل. أفادت إحدى الجهات المطلعة الرئيسية بوجود عيادات ولادة طارئة تعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع مع أطباء وممرضين مهرة لتسهيل الولادة الطبيعية المهبلية، لكنها وصفتها بأنها ليست الخيار الأول، بل هي مجرد خيار جيد للنساء اللواتي يعشن في المخيمات ويبعدن عدة كيلومترات عن المستشفيات.

التغذية

هناك نسبة عالية من النساء الحوامل والمرضعات اللواتي يعانين من سوء التغذية، حيث أفادت إحدى الجهات المطلعة الرئيسية أن حوالي ٤٠٪ من النساء الحوامل والمرضعات يعانين من سوء التغذية، بحيث يجد المستجيبون صعوبة بالغة في التحدث مع هؤلاء النساء عن أي خدمات مهمة أخرى بينما هن جائعات. في بعض الأحيان، يلجأ الناس إلى المنشآت الصحية لإعطاء الأولوية لاستشارة غذائية وربما بعض الإمدادات الغذائية على حساب العلاج من حالات طبية أخرى، حيث لا يُنظر إلى الحالة الطبية بالضرورة على أنها قاتلة مقارنة بالجوع. أفادت إحدى الجهات المطلعة الرئيسية بأنهم يقدمون إمدادات غذائية للنساء الحوامل والمرضعات، مثل مكملات غذائية دهنية بكميات صغيرة وبسكويت عالي الطاقة، لكن الإمدادات لا تزال محدودة. ويرتبط هذا ارتباطًا وثيقاً بما ورد في التقرير الأخير لتصنيف مراحل الأمن الغذائي (IPC) بشأن المجاعة في غزة وكيف أنها تؤثر الآن سلباً على سكان غزة بأكملهم.[19] وقد ذكر أحد المشاركين أنه يعتقد أن العملاء سيموتون من المجاعة، مضيفًا أنه إذا لم تتضمن خدمات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) خدمات التغذية أو تأخذها في الاعتبار، فإن الاستجابة أقرب إلى "الفرصة الضائعة missed" منها إلى "MISP" بالمعنى الحقيقي.

الإجهاض

في سياق غزة، لا توجد ممارسات طوعية للإجهاض الآمن، حيث أن الإجهاض محظور بموجب القانون ولا يُسمح به إلا في الحالات الطبية المؤهلة بعد استشارات متخصصة وموافقة. يسمح بروتوكول وزارة الصحة (MoH) بخدمات الإجهاض الآمن في إطار الإدارة السريرية للاغتصاب(CMR) فقط خلال الأيام الأربعين الأولى من الحمل، وحصرياً في المستشفيات على يد أطباء متخصصين. تزيد الوصمة الثقافية ومتطلبات الإبلاغ الإلزامي من تثبيط النساء والفتيات عن طلب الرعاية المتعلقة بالإجهاض. وهذا الأمر حاد بشكل خاص في حالات العنف الجنسي، حيث تواجه الناجيات حواجز هيكلية ومجتمعية تحول دون الكشف عن الحالات وتلقي العلاج في الوقت المناسب. وبسبب القيود القانونية والثقافية، لا تتوفر خدمات الإجهاض الآمن - كما هي محددة في الأطر العالمية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية - في غزة. ونتيجة لذلك، لم تتم مناقشة رعاية الإجهاض على نطاق واسع خلال المقابلات. ومع ذلك، أشارت جهات مطلعة رئيسية إلى أن القرارات المتعلقة بالإجهاض تتخذها حصرياً لجنة داخل وزارة الصحة، وضمن حدود القانون الحالي فقط.

أفادت الجهات الفاعلة في المجال الإنساني، بما في ذلك منظمة كير الدولية (International CARE)، عن زيادة بنسبة ٣٠٠٪ في حالات الإجهاض التلقائي.[20] كما ذكرت إحدى الجهات المطلعة الرئيسية أنهم فكروا في السماح لأحد أطباء أمراض النساء لديهم بوصف عقار ميزوبروستول (Misoprostol) لإدارة حالات الإجهاض، مثل "الإجهاض غير المكتمل" في منشآة الرعاية الصحية الأولية (PHC)، حيث كان هذا الطبيب يعمل أيضًا في مستشفى تابع لوزارة الصحة (MoH) ويمكنه متابعة الحالات. ومع ذلك، قرروا عدم المضي قدماً في ذلك بسبب انقطاع نظام الإحالة ونقص وسائل النقل إلى المستشفى، خاصة في الليل، في حال بدأت النساء بالنزيف. ومع ذلك، فإن الرعاية بعد الإجهاض مدمجة في نطاق خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) وأصبحت بالغة الأهمية بشكل متزايد في الأشهر الأخيرة.

الهدف ٥ من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

منع الحمل غير المقصودة

واجهت الجهود الرامية إلى منع الحمل غير المقصود خلال الحرب تحديات معقدة شكّلتها كل من المدة الطويلة للحرب والحساسيات السياقية. على عكس الأزمات الأقصر أمداً، أدى طول أمد هذه الحرب إلى تغيرات في السلوك الإنجابي)على الرغم من انخفاض معدل الخصوبة من ٣,٣ إلى ٢,٨)[21] حيث سعت بعض الأسر بنشاط إلى ممارسة حقوقها الإنجابية. أفادت التقارير أن مجموعة من وسائل تنظيم الأسرة FP)بما في ذلك اللوالب، والحبوب، والأجهزة المزروعة، والحقن، والواقيات الذكرية(كانت متاحة من خلال الجهات الفاعلة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، على الرغم من استمرار غياب الواقيات الأنثوية.[22] كانت الإمدادات متاحة من خلال مجموعات الصحة الإنجابية، لكن بعض المنظمات نجحت أيضًا في الحفاظ على مخزونها الخاص.

منذ أكتوبر ٢٠٢٣، كانت هناك تقلبات في توفر سلع تنظيم الأسرة (FP)، خاصة منذ إغلاق الحدود، وأدى النقص طويل الأمد إلى إضعاف استمرارية الخدمة بشكل كبير، ومن الأمثلة على ذلك النقص الحاد في مجموعات اللوالب، وهي الطريقة الأكثر استخدامًا في غزة)ما يقرب من ٥٠٪ من الطرق المستخدمة(، لكن أحد المشاركين في الاستطلاع ذكر أن عمليات الإدخال توقفت لمدة ستة أشهر على الأقل بسبب صعوبات التعقيم. أدى نفاذ مخزون موانع الحمل الفموية والاعتماد على التبرعات إلى إضعاف موثوقية الخدمة، حيث كانت هذه الوسائل هي الأكثر استخدامًا من قبل المستخدمين الجدد (٤٢٪).[23] استجابةً لذلك، قدم بعض مقدمي الخدمات وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ خارج سياق الرعاية بعد الاغتصاب، ووصفوها بأنها وسيلة للحفاظ على استقلالية المرأة أثناء النزوح. ظهرت أيضاً مشكلات تتعلق بجودة الخدمة. فقد أدى تقديم المشورة المتحيزة ضد بعض الطرق، مثل الحقن بسبب آثارها الجانبية)النزيف غير المنتظم(، إلى خطر تقييد حرية الخيار، حتى مع تأكيد مقدمي الخدمات على حق المرأة في اتخاذ القرارات النهائية. وفي الوقت نفسه، قاومت بعض الجهات الفاعلة توزيع الواقي الذكري خارج المنشآت الصحية، مشيرين إلى الملاءمة الثقافية والمخاطر المتعلقة بالسمعة.

بشكل عام، بينما ظل تنظيم الأسرة (FP) يشكل أولوية للعديد من مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، إلا أن تقديمه كان مقيدًا بشكل رئيسي بنقص الإمدادات، وانقطاع الخدمات، والحواجز الاجتماعية والثقافية التي تعترض بعض الطرق. تسلط النتائج الضوء على الحاجة إلى برامج تراعي السياق وتحمي حقوق المرأة الإنجابية مع التوافق مع الواقع الإنساني وقبول المجتمع.

الهدف ٦ من حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

التخطيط لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة

١- تقديم الخدمات والإحالة

يعكس التخطيط لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة أثناء الحرب كُلاً من المرونة الجديرة بالثناء والهشاشة النظامية العميقة. في حين نجحت العديد من الجهات الفاعلة إلى حد ما في الحفاظ على تقديم خدمات شاملة — بما في ذلك رعاية ما قبل الولادة ورعاية التوليد في حالات الطوارئ، وفحص التشوهات الخلقية، والدعم الغذائي، واستشارات الأخصائيين — إلا أن الاستمرارية تعرضت لانقطاع شديد بسبب القصف وعمليات الإخلاء القسري. في مايو ٢٠٢٥، أدى فقدان مستشفى العودة، وهي المنشأة الوحيدة التي تقدم الرعاية الثانوية والخدمات الشاملة لرعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) في شمال غزة، إلى حرمان المحافظة بأكملها من القدرة الحيوية على الإحالة. وهذا قد سلط الضوء على التفاوتات الصارخة في جميع أنحاء القطاع. ففي حين احتفظت المناطق الوسطى والجنوبية بتركيز المنشآت الوظيفية ومشاركة الشركاء، أصبحت شمال غزة ورفح مناطق هشّة ومحرومة من الخدمات بشكل متزايد.

أظهر توسع الأونروا في خدمات إعادة التأهيل والخدمات النفسية والاجتماعية، إلى جانب التوعية والعيادات المتنقلة المدعومة من المنظمات غير الحكومية، ابتكارًا في سد الفجوات. كما تكيفت الجهات الفاعلة في مجال العنف القائم على نوع الجنس (GBV) والصحة الجنسية والإنجابية (SRH) بشكل أكبر من خلال تحديث مسارات الإحالة بانتظام ودمج دعم العنف القائم على نوع الجنس (GBV) في المنشآت الصحية، مما يضمن حصول العملاء على حزم متكاملة من الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والقانونية والنقدية على الرغم من النزوح المستمر. بشكل عام، أبرزت الحرب قدرة مقدمي الخدمات على التكيف وهشاشة البنية التحتية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في غزة.

٢- القوى العاملة في مجال الصحة

خلال هذه الحرب، غادر العديد من موفري الخدمات الصحية غزة، أو نزحوا داخلها، أو قُتلوا، في حين تغيرت احتياجات السكان باستمرار، الأمر الذي أعاق بشكل كبير قدرة الوكالات على الحفاظ على تقديم الخدمات وفرض التركيز على بناء قدرات مستمرة لفرق العمل الجدد أو غير المألوفين أو ذوي المهارات المنخفضة. كان استبدال الأخصائيين نادراً ما يكون ممكناً، كما أكد أحد المشاركين من الأونروا الذي أشار إلى أنه عندما قُتل الأخصائيون لديهم، أعاقتهم السياسات التي تقيد تحركات الأونروا داخل غزة. وليس من المستغرب أن يكون بناء القدرات توصية شائعة من الجهات المطلعة الرئيسية حول كيفية تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، ولكن هذا ليس سهلاً دائماً؛ فقد أوضحت إحدى الجهات المطلعة الرئيسية التحديات التي تواجه نقل المساعَدة التدريبية MamaNatalie، حيث لم يسُمح بدخولها إلى غزة لأنها مصنفة على أنها "ذات استخدام مزدوج." على صعيد إيجابي، قامت مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG) بإعداد قائمة تدريبية يتبادل فيها جميع أعضاء المجموعة المعلومات حول التدريبات الحالية أو المستقبلية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، وأي قدرة لإشراك أعضاء آخرين من خارج منظمتهم. يتم مشاركة هذه المعلومات مع جميع الأعضاء ويتم تحديثها بانتظام.

٣- نظام المعلومات الصحية

نظرًا لتعطل أنظمة البيانات، تستند معظم مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) إلى تقديرات. ونتيجة لذلك، غالباً ما تكون الإحصاءات الصحية غير مكتملة وقد لا تعكس الوضع الحقيقي. على الرغم من أن مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) عملت على تحسين إعداد التقارير، إلا أن الحرب قلبت المكاسب الرئيسية وتسببت في تغيرات جذرية في معدلات وفيات الأمهات ونتائج الأطفال حديثي الولادة وتغطية وسائل منع الحمل. انخفض جمع البيانات بشكل حاد في الأشهر الأولى من الحرب، ولكن اعتبارًا من يناير ٢٠٢٤، بدأت مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) في جمع المؤشرات يدوياً من المستشفيات الميدانية والمنظمات الشريكة.

مقارنة بسياقات الأزمات الأخرى، يُعد نظام المعلومات الصحية الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في غزة مرسَّخ-جيداً، ولكن هذا يعني أيضاً أن هناك صراعاً مستمراً لتحقيق التوازن بين جمع الحد الأدنى الذي توصي به حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) وبين السعي نحو نظام أكثر شمولاً. على الرغم من العلاقات الجيدة بين وزارة الصحة (MoH) ومجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG)، فإن ممارسات الإبلاغ لا تزال مجزأة بين الشركاء. يصر بعض الشركاء على توثيق ما يصل إلى ١٣٠ مؤشراً، بينما قام صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) بتبسيط الإبلاغ من خلال نظام من ثلاثة مستويات يعطي الأولوية لبيانات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) الأساسية. تشمل التحديات المستمرة الإفراط في الإبلاغ، وتكرار النماذج، ونقص الإبلاغ عن القضايا الحساسة مثل الأمراض المنقولة جنسياً (STIs)، والتي لا يتم الإبلاغ عنها بشكل كافٍ بسبب الحساسية، ونقص التشخيص، وعدم اتساق التصنيف. تتراوح طرق توثيق البيانات الصحية من جداول الإحصاء والسجلات الورقية إلى الأنظمة الإلكترونية. ومع ذلك، غالباً ما تتعطل هذه العمليات بسبب انقطاع الكهرباء، وانقطاع الإنترنت، والنزوح، والهجمات المستمرة. وللتعويض عن ذلك، تعتمد بعض المنظمات على المكالمات الهاتفية أو مجموعات واتساب (WhatsApp) لتتبع المرضى. على الرغم من هذه الاستراتيجيات التكيفية، لا تزال المخاوف قائمة بشأن جودة البيانات، حيث غالباً ما تعكس المؤشرات الكمية بدلاً من جودة الخدمة أو رضا المريض. يتفق أصحاب المصلحة على أن الرؤى النوعية ضرورية لتكملة الإبلاغ العددي ولتصوير الواقع المعيشي لتقديم الخدمات في سياق الحرب.

4- السلع الطبية

يتعرض التخطيط لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة في غزة لتقويضٍ حاد بسبب العوائق الهيكلية في سلسلة الإمداد والعوائق السياسية. أفادت الجهات المطلعة الرئيسية بحدوث تأخيرات شديدة)تصل

أحياناً إلى تسعة أشهر(في دخول السلع والمجموعات الأساسية، بالإضافة إلى النهب وتدمير المستودعات وإغلاق الحدود المتكرر. واجهت الأونروا، التي تُعَد تاريخياً مزوداً رئيسياً للخدمات الصحية الجنسية والإنجابية (SRH)، قيوداً إضافية حيث حدّت القرارات السياسية)بما في ذلك التغييرات في سياسة الولايات المتحدة وتشريعات الكنيست الإسرائيلي(من قدرتها على استيراد الإمدادات أو نشر فرق عمل أو تلقي الدعم الخارجي. على مستوى الخدمات، أصبحت حتى صيانة المعدات الأساسية شبه مستحيلة؛ على سبيل المثال، أدى عدم القدرة على إصلاح أو استبدال جهاز الموجات فوق الصوتية إلى قيام إحدى المنشآت بإحالة النساء دون داعٍ إلى المستشفيات، مما زاد من الضغط على النظام الصحي الهش أصلاً.

٥- التمويل

قبل الحرب الحالية، كان تمويل الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في غزة غير محدد بوضوح، حيث لم يتم مشاركة أي تخصيص واضح من قبل وزارة الصحة (MoH) أو المجموعة الصحية. مع انهيار النظام الصحي، أصبح تمويل الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) يعتمد بشكل شبه كامل على المساعدات الإنسانية الخارجية، وذلك بشكل أساسي من خلال الصناديق المجمعة والنداء العاجل المشترك بين الوكالات.بالنسبة لعام ٢٠٢٥، طلب صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) ٩٩,٢ مليون دولار للحفاظ على التدخلات الأساسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، ولكن حتى يوليو، لم يتم تأمين سوى ٢٨,٢ مليون دولار، مما ترك عجزاً قدره ٧١ مليون دولار.[25,24]

علاوة على ذلك، يقوم العديد من مقدمي الخدمات بدمج الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في مشاريع الرعاية الصحية الأولية (PHC) الأوسع نطاقاً دون ميزانيات مخصصة، بينما قام آخرون، مثل منظمة أطباء بلا حدود إسبانيا (MSF Spain) ومنظمة جذور (Juzoor)، بتحويل خدماتهم خلال الحرب لسد الثغرات. تأثرت الأونروا بشكل خاص بالقيود السياسية والمالية، حيث يتم الآن تجديد المشاريع شهرياً بدلاً من سنوياً. يقدم صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) بعض الدعم المؤقت من خلال الصناديق المجمعة واتفاقيات الإمداد، إلا أن هذا الدعم قصير الأجل وغير كافٍ لتلبية الاحتياجات. أشارت الجهات المطلعة الرئيسية باستمرار إلى أن النقص المزمن في التمويل يمثل عائقاً رئيسياً أمام استدامة وتوسيع نطاق خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH).

٦- الحوكمة والقيادة

لعبت وزارة الصحة (MoH) دوراً محورياً في الاستجابة للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في غزة، حيث قامت بمراقبة المنظمات غير الحكومية الدولية عن كثب، ومواءمة الخدمات مع التوجيهات الوطنية، وتوفير الكثير من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية مباشرة إلى جانب الأونروا. ومع ذلك، إن دمج حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في النظام الصحي في غزة كان جزئياً وغير متكافئ. في حين أن عناصر مثل رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة، وتنظيم الأسرة، والاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس (GBV) تنعكس في توجيهات وزارة الصحة (MoH) وأنشطة مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG)، فإن أنشطة أو أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) لا تزال مدمجة ضمن استراتيجيات أوسع نطاقاً للصحة الإنجابية بدلاً من أن يتم صياغتها كبروتوكول إنساني مستقل للصحة الجنسية والإنجابية (SRH). أشارت إحدى الجهات المطلعة الرئيسية إلى مخاوف مفادها أنه على الرغم من فعالية التنسيق في حالات الطوارئ أثناء الحرب، فإن السلطات المحلية قد تقلل من أولوية دمج أهداف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا ضمن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة والمستمرة بمجرد بدء وقف إطلاق النار ومرحلة التعافي، مما يشكل مخاطر على الاستدامة.

المشاركة المجتمعية

سلطت الجهات المطلعة الرئيسية باستمرار الضوء على الدور الحاسم للمشاركة المجتمعية في استدامة خدمات العنف القائم على نوع الجنس (GBV) والصحة الجنسية والإنجابية (SRH) خلال الحرب. وأفادت أن المنظمات أشركت أفراد المجتمع بشكل فعال في تصميم المشاريع وتنفيذها وعمليات الملاحظات، غالباً من خلال المروجين الصحيين وقادة المجتمع واللجان المخصصة. ووفقاً للجهات المطلعة، عززت هذه المشاركة الوعي بالخدمات من خلال الأنشطة الترفيهية، ووسائل التواصل الاجتماعي، والبودكاست، والرسائل النصية عبر الهاتف، والمنشورات، ومجموعات الواتساب. كما وصفت عدة جهات مطلعة رئيسية كيف ساهمت المجتمعات المحلية بشكل مباشر في استمرارية الخدمات — على سبيل المثال، من خلال توفير الطاقة والمياه لمواقع الرعاية الصحية الأولية، أو من خلال دعم تحديد السكان النازحين وتوزيع الغذاء عبر "لجان الصداقة" للشباب والنساء. وفي بعض الحالات، أشارت الجهات المطلعة إلى أن المجتمعات المحلية أدت دور شبكات حماية غير رسمية في غياب الشرطة الرسمية.

رأت الجهات المطلعة أن آليات التنسيق المنظَّمة كانت عاملاً ميسّراً كبيراً لتمكين المشاركة المجتمعية، مثل وجود مجموعات مشاركة مجتمعية ومجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH WG) لتسهيل الملاحظات المباشرة ونشر الرسائل الصحية. ومع ذلك، أشاروا أيضاً إلى وجود عوائق أو تحديات، مثل الحاجة إلى التحقق من صحة الرسائل الصحية المحدثة مع وزارة الصحة (MoH) والمخاوف من أن ممثلي المجتمعات المحلية لا يعكسون حقاً جميعهم احتياجات المجتمع الأوسع بسبب اختلالات محتملة في ميزان القوى. بشكل عام، لاحظت الجهات المطلعة الرئيسية أن التثقيف الصحي حول خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) لا يحظى باهتمام المجتمع المحلي بقدر ما تحظى به القضايا الصحية الأخرى، مثل التطعيم، وأن هناك حاجة إلى بذل المزيد من الجهود في هذا المجال.

> "... بمجرد أن نقرر أننا سنقدم]الخدمات في مكان معين[، نعقد اجتماعًا مع قادة المجتمع المحلي لإبلاغهم بالخدمات المتاحة، وما يمكننا تقديمه من دعم، والدعم الذي نحتاجه من المجتمع المحلي" عضو في مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية - المشارك رقم ٢- SRH WG 2

مخاوف إضافية

السياق الخاص بغزة

أظهرت نتائج هذا التقييم في غزة قيمة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) كإطار عالمي والحاجة الملحة إلى التكييف السياقي. تم التأكيد باستمرار أنه على الرغم من أن حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) توفر إرشادات أساسية، إلا أن أهدافها لا يمكن تطبيقها بالكامل في غزة دون تكييفها مع الواقع المحلي. على عكس المناطق التي قد يحدد فيها فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أوالملاريا أوالأمراض الوبائية أولويات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، فإن العبء الصحي العام في غزة يتشكل بسبب الاحتلال الطويل الأمد، والنزوح المتكرر، والانهيار المنهجي لأنظمة المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية (WASH) وأنظمة الرعاية الصحية. على سبيل المثال، في حين أن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) لا يزال هدفاً مركزياً في الإطار العالمي لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، إلا أنه مع وجود فقط حوالي ٣٥ حالة في غزة، فقد قيل إن الموارد الشحيحة يجب أن تعطي الأولوية لوفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ورعاية ما قبل الولادة للحمل عالي المخاطر، ورعاية التوليد في حالات الطوارئ.

> "كيف يمكننا التحدث عن الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) في حين أننا لا نملك مستشفيات تعمل؟ كيف يمكننا التحدث عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في حين أنه غير شائع في غزة... لذا أقترح أن نجعل حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)، بقدر الإمكان، مكيفة مع سياق غزة. ربما يكون سياق غزة قد تغير بالكامل عما كان عليه قبل الحرب، لكن يمكننا أن نبدأ من هنا"
>
> **عضو في مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية - المشارك رقم ٣- SRH WG 3**

أدت الحرب إلى تغيير كبير في الاحتياجات وتطلبت إعادة ترتيب أولويات الأهداف بمرور الوقت. في بداية الحرب، أدى تدمير المستشفيات ونقص المنشآت العاملة إلى أن تبدو المناقشات حول رعاية الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) منفصلة عن الواقع على الأرض. ومع ذلك، مع استمرار الحرب وتدهور الصرف الصحي، أفاد المشاركون عن ارتفاع حالات عدوى الجهاز التناسلي وظهور أعراض متلازمية للأمراض المنقولة جنسياً (STIs(s، مما يسلط الضوء على كيفية تطور الأولويات خلال المراحل المختلفة من حالة الطوارئ. وهذا يؤكد الحاجة إلى نهج تدريجي أو مرحلي لتطبيق حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في غزة، بحيث يستجيب للمخاطر المتغيرة مع تغير سياق الأزمة.

كان هناك انتقاد رئيسي آخر وهو أن حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) لا تأخذ في الاعتبار بشكل صريح رعاية ما قبل الولادة (ANC) أو الخدمات الشاملة لرعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) للحمل عالي الخطورة، على الرغم من أن هذه الحالات هي أكثر الحالات هشاشةً في غزة. وأشار مقدمو الخدمات إلى أن حالات مثل ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل ونزيف ما بعد الولادة، التي كانت في السابق تدار بكفائة في النظام الصحي في غزة ، أصبحت الآن تلاحظ بشكل متكرر بسبب انهيار استمرارية الرعاية. وتبرز هذه الفجوة محدودية النموذج العالمي الصارم، الذي قد يتجاهل العوامل المسببة للأمراض ذات الصلة محلياً.

تزيد الحساسيات الثقافية والسياسية من تقييد عملية التكييف. لاحظ المشاركون أن أولويات المانحين غالباً ما تفضل الأهداف "المحايدة" مثل رعاية الأمومة، في حين تواجه تدخلات فيروس نقص المناعة البشرية/ الأمراض المنقولة جنسياً HIV/STIs مقاومة بسبب الوصمة والتحفظ، مما يحد من توزيع الواقيات الذكرية وجمع البيانات. بالإضافة إلى ذلك، قامت بعض المنظمات غير الحكومية الدولية في البداية بنشر مجموعات طوارئ مصممة لسياقات أفريقية أو آسيوية، بما في ذلك أدوية للملاريا ومخصصات كبيرة لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والتي كانت قابليتها للتطبيق ضئيلة في غزة، حيث تكون أعباء تلك الأمراض شبه معدومة. تؤدي مثل هذه التباينات إلى إهدار نقاط الدخول النادرة للإمدادات وتسلط الضوء على أهمية التخطيط للطوارئ المبني على المعرفة المحلية.

بشكل عام، تظهر التجربة في غزة أن حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) هي أداة حيوية ولكنها أداة خاطئة: فهي توفر إطارًا منقذاً للحياة، ولكن يجب أن يتم وضعها في سياق الوضع الوبائي المحلي، والواقع الثقافي، والمراحل الديناميكية للأزمة. يجب أن تمنح حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) المكيفة مع سياق غزة الأولوية لبقاء الأمهات والأطفال حديثي الولادة على قيد الحياة، وأن تدمج إدارة الحمل ما قبل الولادة والحمل عالي المخاطر، والاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس(GBV)، وأن تدمج الرعاية المتلازمة للأمراض المنقولة جنسياً ضمن الصحة الإنجابية الأوسع نطاقاً، وأن تحافظ على المرونة لإعادة ترتيب الأهداف مع تطور الظروف الإنسانية.

المجموعات المتخصصة

خلال الحرب، تم تجاهل المجموعات المهمشة مثل المراهقين، والأشخاص ذوي الإعاقة (PWDs)، والرجال والفتيان، والأفراد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إلى حد كبير في تنفيذ الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH). واجه المراهقون الوصمة، ونقص البرامج الموجهة، وتحديات حادة في النظافة الصحية أثناء الحيض، بينما واجه الأشخاص ذوو الإعاقة منشآت لا يمكن الوصول إليها، وفرق عمل غير مدربين بشكل كافٍ، وزيادة مخاطر العنف القائم على نوع الجنس (GBV). نادراً ما تم الاعتراف بالرجال والفتيان، بما في ذلك الناجون من العنف الجنسي، ضمن إطار تقديم الخدمات، في حين ظلّ الأشخاص المتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) غائبين عن الاستجابات المتكاملة للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) والعنف القائم على نوع الجنس (GBV)، معتمدين فقط على وزارة الصحة (MoH) والمنظمة الدولية للهجرة (IOM) للحصول على العلاج. على الرغم من المبادرات المعزولة، مثل جلسات التوعية، والأجهزة المساعدة، وبعض أشكال التعاون التي تركز على الإعاقة، كانت الاستجابة تركز بشكل كبير على النساء، تاركةً هذه الفئات "مهملة" واحتياجاتها الخاصة دون معالجة. تسلط هذه الفجوة الضوء على الحاجة الملحة إلى تطبيق أكثر شمولاً وملاءمة للسياق لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في غزة.

محدودية التقييم

- تجزئة البيانات ونقص الإبلاغ: لا تزال بيانات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) غير مكتملة بسبب تعطل المنشآت الصحية، ونزوح فرق العمل، والهجمات المتكررة، والحساسيات الثقافية. كما لا يتم الإبلاغ خاصةً عن القضايا الحساسة مثل العنف الجنسي والأمراض المنقولة جنسياً (STIs) بسبب الوصمة وضعف أنظمة التوثيق.
- القيود على الوصول والتصعيدات: أدى الصراع المستمر والقيود على الحركة إلى الحد من جمع البيانات الأولية، مما قلل من اتساع الرؤى.
- القيود التقنية واللوجستية: أدى عدم استقرار الإنترنت إلى تعطيل التسجيل عبر الإنترنت، مما أدى إلى فقدان جزئي للبيانات لبعض المقابلات.
- تمثيل العينة المحدود: حالات القيود الزمنية دون إدراج مقابلات إضافية مع الجهات المطلعة الرئيسية من منظمات أخرى تابعة لفريق العمل الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG) أو ممثلين متعددين عن كل منظمة، مما قد يؤدي إلى فقدان وجهات نظر متنوعة حول تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH). كما توجد أيضاً فجوات في وجهات النظر من القطاعات ذات الصلة، بما في ذلك قطاعات الإعاقة والتغذية ومجموعات أخرى.

الخاتمة

لقد أثبت تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في غزة أنه ممكن، وإلى حد ما، متأصل في الممارسات الصحية الحالية على الرغم من التحديات الهائلة التي يفرضها تدمير البنية التحتية الصحية، والنزوح، ونقص الإمدادات، والحساسيات الاجتماعية والثقافية. وقد ساهمت العوامل المساعدة، مثل الالتزام القوي للعاملين في مجال الرعاية الصحية، وثقة المجتمع في الولادات داخل المؤسسات الصحية، والتنسيق المستمر لمجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG) وشركائها، في استدامة الخدمات الأساسية للأمهات والأطفال حديثي الولادة والخدمات المرتبطة بالعنف القائم على نوع الجنس (GBV)، حتى في ظل ظروف الحصار. تسلط المدة الطويلة للحرب الضوء على الحاجة إلى تجاوز التدابير المؤقتة الطارئة والتوجه نحو تكييف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) مع سياق غزة.

توفر مرونة الحزمة فرصة لإعادة ترتيب أولويات الأهداف بما يتماشى مع السياق المتغير، لا سيما من خلال معالجة أوجه عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات، وتعزيز أنظمة الإحالة، وتوسيع نطاق الدعم المقدم للفئات المهمشة. يشكل الالتزام والقدرة على التكيف التي أظهرها مقدمو الخدمات الصحية في الخطوط الأمامية أساساً حاسماً للتوسع نحو حزم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة. وفي النهاية، تؤكد تجربة غزة أنه في حين تظل حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) نقطة انطلاق حيوية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الإنسانية، فإن فعاليتها تعتمد على التكيف مع السياق، والتمويل المستدام، واندماج أقوى في الأنظمة المحلية لضمان استمرارية الرعاية وجودتها وعدالتها.

أدلة ورؤى جديدة حول تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في غزة

١. قيود الوصول وسلسلة الإمداد

- قيود شديدة على الإمدادات الأساسية للصحة الإنجابية (RH): تم بشكل منهجي منع أو تأخير الوصول إلى مجموعات الصحة الإنجابية (RH) الطارئة ومواد التدريب)مثل المساعَدة التدريبية MamaNatalie) وغيرها من السلع الحيوية.
- عوائق تصنيف "الاستخدام المزدوج:" تم حظر دخول مواد مثل أنظمة الطاقة الشمسية ومحاليل التعقيم وبعض الأجهزة الطبية عبر الحدود، مما أعاق عمليات المنشآت وجهود التدريب.
- مفارقة التمويل والوصول: حتى عندما كان التمويل متاحًا، حالت إغلاق الحدود دون الاستفادة منه، حيث لم تتمكن الإمدادات من دخول غزة، مما أدى إلى تأخير أو وقف التنفيذ.
- الأونروا والقيود السياسية: تواجه منشآت الأونروا قيودًا على توظيف فرق العمل والمشتريات، مما يقوض قدرتها على تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة بشكل مستقل.

٢. قدرة النظام الصحي والموارد البشرية

- فقدان الأخصائيين: أدى استهداف وقتل المتخصصين في مجال الصحة إلى خلق فجوات كبيرة في القدرات، حيث أصبح استبدالهم شبه مستحيل في ظل قيود التنقل.
- عوائق التدريب: غالباً ما تعرقلت مبادرات بناء القدرات – على سبيل المثال، تم تصنيف المساعدة التدريبية MamaNatalie على أنها ذات استخدام مزدوج ومُنِع دخولها.
- مرونة العاملين في مجال الصحة: على الرغم من هذه القيود، برز تفاني والتزام فرق عمل وزارة الصحة (MoH) والأونروا في مجال الصحة كعامل تمكين رئيسي في الحفاظ على الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH).

٣. التنسيق والقيادة والدعم المؤسسي

- اعتماد وزارة الصحة على الشركاء الدوليين: أكدت الجهات المطلعة الرئيسية على أن وزارة الصحة لا يمكنها تنفيذ حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) بمفردها؛ فالتنفيذ الفعال يتطلب دعماً تقنياً ولوجستياً دولياً بتنسيق من وزارة الصحة.
- التنسيق التكيفي والابتكار:
  - أظهر توسع الأونروا في مجال إعادة التأهيل والدعم النفسي والاجتماعي، إلى جانب التوعية والعيادات المتنقلة المدعومة من المنظمات غير الحكومية، نهُجاً مبتكرة لسد الثغرات في الخدمات.
  - عززت الجهات الفاعلة في مجال العنف القائم على نوع الجنس (GBV) والصحة الجنسية والإنجابية (SRH) مسارات الإحالة ودمجت الاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس (GBV) في المنشآت الصحية، مما يضمن الوصول المتكامل إلى الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والقانونية والدعم النقدي حتى في ظل النزوح.

٤. مساهمات المجتمع والمرونة المحلية

- المجتمع كعامل تمكين للخدمات: لعبت المجتمعات دوراً تشغيلياً مباشراً، حيث وفرت الكهرباء والمياه والحماية للمنشآت الصحية عند انهيار الأنظمة.
- شبكات الحماية الشعبية: دعمت لجان الصداقة للشباب والنساء عمليات تحديد السكان وتوزيع الغذاء. توزيع الأمن المحلي يحل فعلياً محل الشرطة الرسمية.
- تسلط هذه النتائج الضوء على أن التضامن المجتمعي والمشاركة هما السمتان المميزتان للمرونة الصحية في غزة.

٥. الاعتبارات الاجتماعية والثقافية

- الوصمة والحساسية المستمرة:
- لا يزال توزيع الواقي الذكري غير مقبول اجتماعياً.
- غالباً ما تقتصر رعاية الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) على المناقشات داخل إطار الزواج، مما يحد من التشخيص المبكر والوقاية.
- يُنظَر إلى وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ بشكل متزايد على أنها وسيلة للحفاظ على الكرامة أثناء فترات النزوح الطويلة - وهو إطار ناشئ ومحدد السياق.
- الفئات السكانية المهملة: لا تزال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) تركز بشكل كبير على النساء، مما يترك الرجال والأشخاص ذوي الإعاقة محرومين من الخدمات.

٦. الثغرات في البنية التحتية والمأوى والحماية

- بطء إنشاء ملاجئ آمنة: استغرقت جهود إنشاء ملاجئ للحماية أكثر من ستة أشهر، مع محدودية إمكانية وصول الرجال والأشخاص ذوي الإعاقة إليها.
- الاعتماد على الموارد المجتمعية: غالباً ما اعتمدت المنشآت على المساهمات المحلية من الكهرباء والمياه، مما يبرز تآكل الأنظمة الرسمية والحاجة إلى استثمار مستدام في البنية التحتية.

٧. التكيفات الاستراتيجية والبرامجية

- توطين حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP): تمثل ترجمة حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) إلى اللغة العربية خطوة حاسمة نحو الملكية المحلية والتشغيل.
- أولويات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) المكيفة لغزة: يجب أن تتضمن حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) المكيفة لغزة ما يلي:
  - إعطاء الأولوية لبقاء الأمهات والأطفال حديثي الولادة على قيد الحياة
  - دمج إدارة الحمل ما قبل الولادة والحمل عالي المخاطر
  - تعزيز الاستجابة للعنف القائم على نوع الجنس (GBV) ورعاية متلازمة الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) ضمن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأوسع نطاقاً
  - الحفاظ على المرونة لإعادة ترتيب الأهداف بناءً على السياق الإنساني المتغير
  - إدراج رعاية ما قبل الولادة للحالات عالية المخاطر كهدف فرعي محدد

٨. آفاق التمويل

- فجوة تمويلية حرجة: حتى يوليو ٢٠٢٥، لم يؤمّن صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) سوى ٢٨,٢ مليون دولار من أصل ٩٩,٢ مليون دولار طُلبت ضمن النداء العاجل لتدخلات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، مما ترك عجزاً قدره ٧١ مليون دولار.
- عدم الاستقرار المالي للأونروا:تتم إدارة تمويل الأونروا الآن على أساس شهري، مما يقوّض بشكل كبير استدامة امكانية التنبؤ بتقديم الخدمات من قبل أحد مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الرئيسيين في غزة.
- يشكّل الجمع بين تدفقات التمويل غير الموثوقة، وقيود الوصول، ونقص الموارد المزمن تهديدًا مباشرًا لاستمرارية الخدمات المنقذة للحياة في مجالي الصحية الجنسية والإنجابية (SRH) و العنف القائم على نوع الجنس (GBV)، ويبرز الحاجة الملحّة إلى التزامات مستدامة ومرنة ومتعددة-السنوات من جانب المانحين.

٩. التوصيات

- بصفتها جهات فاعلة رئيسية، تلعب الوزارات، ولا سيما وزارة الصحة (MoH)، دوراً محورياً في تنفيذ التوصيات في قطاع غزة، إلى جانب الجهات الفاعلة الرئيسية في هذا المجال. وفيما يلي توصيات خاصة بكل هدف، ثم توصيات عامة إضافية.

هدف حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP)

التوصيات	الهيئات المسؤولة
الهدف ١: التنسيق والقيادة	
وضع خطة طوارئ واستجابة للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) خاصة بقطاع غزة، بناءً على الدروس المستفادة من هذه الحرب.	وزارة الصحة (MoH)، إلى جانب شركاء فريق العمل الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
تعزيز دور مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRH) في تحديد الخدمات، وتحديث الإحالات بانتظام)كل ٢ الى ٤ أسابيع(، والتنسيق بين الوكالات.	المجموعة الصحية
تعزيز مسارات الإحالة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) بين الوكالات بناءً على المذكرة الإرشادية للإحالة مع تقديم حلول عملية، مثل المساعدة النقدية والقسائم، ووسائل النقل المجانية المحددة، ونقاط الاتصال الرئيسية.	شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
تحسين التواصل على المستوى المؤسسي والمستوى المشترك بين الوكالات للحفاظ على تحديث المعلومات حول الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH) لكل من العاملين في الخطوط الأمامية والمجتمع.	وزارة الصحة (MoH)وشركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
إضفاء الطابع المؤسسي على التنسيق بين القطاعات بين الصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، والعنف القائم على نوع الجنس (GBV)، والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS)، والتغذية، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، والإعاقة، وآليات حماية المجتمع.	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة العمل المشتركة بين المجموعات)المجموعة الصحية، مجموعة التغذية، مجموعة الحماية، والمأوى(المعنية بالإعاقة
توسيع مشاركة المجتمع المحلي في التخطيط، باستخدام قادة محليين ونقاط إتصال رئيسية في المخيمات لتكييف خدمات الصحة الجنسية والإنجابية/العنف القائم على نوع الجنس SRH/GBV مع المعايير الثقافية.	شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG) و المجموعة الفرعية للعنف القائم على نوع الجنس (GBVsc)
الهدف ٢: المنع والإستجابة للعنف الجنسي، بما في ذلك العنف القائم على نوع الجنس (GBV)	
إعادة إنشاء وتوسيع المساحات الآمنة للنساء والفتيات، مع دمج الدعم الصحي والنفسي والاجتماعي والقانوني فيها.	وزارة شؤون المرأة، شركاء المجموعة الفرعية للعنف القائم على نوع الجنس (GBVsc)
ضمان دمج خدمات العنف القائم على نوع الجنس (GBV) والصحة الجنسية والإنجابية (SRH) داخل المنشآت الصحية للحد من عوائق الإحالة.	شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG) و المجموعة الفرعية للعنف القائم على نوع الجنس (GBVsc)
إشراك الناجين الذكور والأشخاص ذوي الإعاقة (PWDs) في التدخلات الحساسة ثقافياً من خلال بناء قدرات العاملين في الخطوط الأمامية ، والتوعية المجتمعية، وتوفير ملاجئ آمنة، وتمويل مثل هذه البرامج.	وزارة الصحة(MoH) ، المجموعة الصحية، مجموعة الحماية، فريق العمل المعني بالإعاقة
ضمان السرية واتباع نهُج تركز على الناجين، لا سيما في مواقع النزوح حيث تكون الخصوصية معرضة للخطر.	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة الحماية، العاملون في الخطوط الأمامية
توسيع نطاق حملات التوعية)عبر قنوات متعددة: مثل الملصقات، نقاط الاتصال الرئيسية المجتمعية، وسائل التواصل الاجتماعي(لمعالجة الوصمة وإبلاغ الناجين بالخدمات المتاحة.	تعمل المجموعة الصحية ومجموعة الحماية بالتنسيق مع وزارة الاتصالات.

التوصيات	الهيئات المسؤولة
الهدف ٣: منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) والحد من معدلات الأمراض والوفيات الناجمة عنهما	
تأمين إمدادات مستمرة من الواقيات الذكرية، والأدوية لعلاج الأمراض المنقولة جنسياً (STIs)، ومجموعات الإدارة السريرية للاغتصاب CMR.	المجموعة الصحية "منظمة الصحة العالمية(WHO) ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)"
توسيع نطاق التدريب على الإدارة المتلازمة لمقدمي الخدمات في الخطوط الأمامية والتفاوض على إعادة إدراج مؤشرات الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) في لوحة معلومات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH).	وزارة الصحة (MoH)، المجموعة الصحية
الدعوة إلى إجراء فحوصات مخبرية مدعومة من وزارة الصحة لتأكيد الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً (STIs)، مع الحفاظ على النهج المتلازمي في المناطق ذات الموارد المحدودة.	المجموعة الصحية
ضمان تقديم دعم شامل للأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بما يتجاوز العلاج المضاد للفيروسات القهقرية ARVT)الرعاية النفسية والاجتماعية، والصحة الإنجابية، والتغذية، والحد من الوصم)	وزارة الصحة(MoH) مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG) ، والجهات الفاعلة المعنية بالعنف القائم على نوع الجنس (GBVsc).
الهدف ٤: منع الأمراض والوفيات الزائدة بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة	
توسيع نطاق الرعاية التي تقودها القابلات - والتي أثبتت مرونتها وتأثيرها الفعال خلال الحرب، من خلال التوعية المجتمعية وبناء القدرات وتوفير المستلزمات.	وزارة الصحة(MoH) ، الأونروا(UNRWA) ، شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
ضمان توفر مخزون لمدة ٣ أشهر على الأقل من الإمدادات الأساسية للخدمات الشاملة لرعاية التوليد والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (CEmONC) في مستودعات آمنة في جميع المحافظات.	وزارة الصحة(MoH) ، منظمة الصحة العالمية(WHO) ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية(UNFPA)
الاستثمار في القدرة المحلية على التعقيم والإصلاح)أجهزة الموجات فوق الصوتية، والمجموعات الجراحية(للحد من التأخير في الرعاية الطارئة.	شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)مع عاملين مهرة في المجال المجتمعي
الحفاظ على العيادات المتنقلة لخدمات التوعية مع تنسيق المرور الآمن والتمويل المخصص للوصول إلى المناطق المحرومة.	المجموعة الصحية مع وزارة الصحة (MoH) و مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
دمج الخدمات الغذائية مع الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH)، وضمان توفير الإمدادات بشكل مستمر.	اليونيسف)مجموعة التغذية(، شركاء مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
ضمان حزمة الخدمات الكاملة لرعاية ما بعد الإجهاض (PAC) على مستوى الرعاية الصحية الأولية (PHC) والمستوى الثانوي	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
الهدف ٥: منع الحمل غير المقصود	
تأمين إمدادات مستمرة من سلع تنظيم الأسرة) اللوالب، الحبوب، الأجهزة المزروعة، الحقن ، وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ (من خلال أدوات التتبع وتحديث ها الأمر عن كثب مع فريق العمل الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG).	وزارة الصحة(MoH) ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية(UNFPA) ، منظمة الصحة العالمية(WHO)
ضمان توفر خدمات اللولب من خلال إعدادات الخصوصية، وخدمات التعقيم، ودورات تدريبية تنشيطية.	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)

التوصيات	الهيئات المسؤولة
تقديم وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ بما يتجاوز رعاية ما بعد الاغتصاب، ليشمل النساء النازحات المعرضات لخطر فقدان إمكانية الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة العادية.	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
تعزيز التوعية بتنظيم الأسرة (FP) الحساسة ثقافياً، من خلال قنوات مجتمعية، مع تجنّب المخاطر التي قد تمس السمعة.)مثل التوزيع غير المناسب الواقي الذكري أثناء النزوح الجماعي.(	وزارة الصحة(MoH) ، المجموعة الصحية، بالتعاون مع وزارة الاتصالات
الهدف ٦: التخطيط لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة المدمجة في الرعاية الصحية الأولية (PHC)	
تعزيز أنظمة الإحالة من خلال تخصيص مراكز رعاية صحية أولية (PHCs) مختارة لحالات الحمل عالي المخاطر وضمان تحديث مسارات الإحالة كل أسبوعين.	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
دمج خدمات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في النظام الصحي الحالي من خلال ربطها بعناصر بناء النظام الصحي، وتوجيه التمويل إلى الثغرات المحددة. بالنسبة لأولئك الذين لا يزالون يقدمون خدمات دنيا، يجب تشجيعهم على الانتقال إلى خدمات شاملة ضمن إطار زمني محدود.	وزارة الصحة(MoH) ، الأونروا(UNRWA) ، المجموعة الصحية
الاستثمار في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة للإعاقة، مع ضمان إمكانية الوصول إلى المنشآت وتدريب فرق العمل على الرعاية المراعية للإعاقة.	مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)، فريق العمل المعني بالإعاقة
دمج خدمات إضافية أساسية ضمن حزمة الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) بما يتناسب مع سياق غزة، بما في ذلك التغذية، ورعاية ما قبل الولادة (ANC) والمتابعة السابقة للولادة، فضلاً عن الدعم النفسي الاجتماعي والمجتمعي، وذلك لضمان أن الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية تستجيب للاحتياجات المتغيرة للسكان المتضررين.	وزارة الصحة(MoH) ، الجهود الجماعية المشتركة بين المجموعات
إدراج نظام المعلومات الصحية في خطط الاستعداد والاستجابة الوطنية، مع الأخذ في الاعتبار نظام الإبلاغ المتدرج الحالي)نموذج (T-3 وتقليل أعباء الإبلاغ.	وزارة الصحة(MoH) ، مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (SRHWG)
تأمين تمويل متعدد-السنوات ومرن من المانحين للحفاظ على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (SRH) الشاملة بما يتجاوز الدورات الإنسانية قصيرة-الأجل.	الجهات المانحة، فريق العمل المعني بالصحة الجنسية والإنجابية العالمية (Global SRH) ، مجموعة العمل بين الوكالات من أجل الصحة الإنجابية أثناء الأزمات (IAWG)
تنويع قنوات الاتصال والتوعية لتتجاوز الجلسات الشفوية أو الرسائل عبر الهاتف المحمول/الإنترنت. يجب إشراك نقاط إتصال رئيسية من المجتمع المحلي، بما في ذلك داخل مخيمات النازحين، كمرسلين موثوقين لضمان التوعية المستدامة بالخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية (SRH).	وزارة الصحة(MoH) ، شركاء التنفيذ، المجموعات المجتمعية

التوصيات	الهيئات المسؤولة
توصيات إضافية	
تعزيز فهم مكونات حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) بين مقدمي الخدمات من خلال تدريب المدربين (TOT) ونماذج متتالية، وترجمة الأدوات إلى اللغة العربية، وإنشاء آليات للملاحظات لبناء القدرات.	وزارة الصحة(MOH) ، ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية(UNFPA) ، مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية(SRHWG)
تطوير خدمات مخصّصة لفئة المراهقين والشباب من خلال بناء قدرات فرق عمل الخطوط الأمامية، وتنفيذ برامج توعوية للمجتمع، ووضع نظام واضح للإبلاغ عن مؤشرات هذه الفئة	وزارة الصحة(MOH) ، جهود جماعية مشتركة بين المجموعات
تثليث النتائج والتوصيات من هذا التقييم في أي تقييمٍ جارٍ أو مستقبلي لمدى جاهزية حزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) في الضفةً الغربية أو غزة وذلك بهدف إثراء خطط الاستعداد المستقبلية.	مجموعة العمل الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية(SRHWG) ، فريق العمل المعني بالصحة الجنسية والإنجابية العالمية Global SRH))

المراجع

1. IAWG مرجع سريع لحزمة الخدمات المبدئية الدنيا (MISP) للصحة الجنسية والإنجابية (SRH). ٢٠٢٥; متاح من . https://iawg.net/resources/misp-reference
2. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، نظرة عامة على الاحتياجات الإنسانية ٢٠٢٢. ٢٠٢٢.
3. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، قطاع غزة | الأثر الإنساني لـ ١٥ عامًا من الحصار - يونيو ٢٠٢٢. ٢٠٢٢.
4. منظمة الصحة العالمية (WHO)، النظام الصحي على حافة الانهيار مع اشتداد الأعمال العدائية في غزة، منظمة الصحة العالمية تحذر. ٢٠٢٥.
5. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، لمحة موجزة عن الأثر المبلغ عنه | قطاع غزة، ٢٥ فبراير ٢٠٢٥ الساعة ١٥:٠٠. ٢٠٢٥.
6. الأونروا، تقرير الأونروا رقم ٦٨ عن الوضع في قطاع غزة والضفة الغربية، بما في ذلك القدس الشرقية. ٢٠٢٥.
7. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، تحديث الوضع الإنساني #٣٠٠ | قطاع غزة. ٢٠٢٥.
8. صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، تقرير عن الأزمة في الأراضي الفلسطينية المحتلة - مايو/يونيو ٢٠٢٥. ٢٠٢٥.
9. هيومن رايتس ووتش، غزة: لا حمل آمن أثناء الهجوم الإسرائيلي. ٢٠٢٥.
10. صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، تقرير عن الأزمة في الأراضي الفلسطينية المحتلة - مايو/يونيو ٢٠٢٥. ٢٠٢٥.
11. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، تحديث الوضع الإنساني #٣١١ | قطاع غزة]الإنجليزية/العربية/العبرية.[٢٠٢٥.
12. Acaps، تأثير الحرب في غزة على الصحة الجنسية والإنجابية وحقوق الصحة للنساء والفتيات. ٢٠٢٤.
13. منظمة الصحة العالمية (WHO) ووزارة الصحة (MoH)، الخطة الاستراتيجية للاستعداد والاستجابة لحالات الطوارئ المتعلقة بالصحة الجنسية، والإنجابية، وصحة الأم، وصحة الطفل الحديث الولادة، وصحة الطفل. ٢٠٢٣.
14. وزارة الصحة (MoH)، التقرير الصحي السنوي فلسطين ٢٠٢٤. ٢٠٢٤.
15. وزارة الصحة (MoH)، التقرير السنوي. ٢٠٢٢.
16. وزارة الصحة (U.a. ،(MoH، تحليل نوعي ٢٠٢٢-٢٠٢٤ صحة الأم والطفل حديث الولادة في غزة. ٢٠٢٥.
17. المجموعة، .U.a.H، مذكرة توجيهية بشأن مسار الإحالة للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية)أبريل ٢٠٢٥.(٢٠٢٥.
18. صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، تحديد خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لقطاع غزة ٢٠٢٥. ٢٠٢٥.
19. التصنيف المتكامل لمراحل الأمن الغذائي (IPC)، تنبيه :IPC أسوأ سيناريو للمجاعة ينكشف في قطاع غزة. ٢٠٢٥.
20. هيومن رايتس ووتش، غزة: لا حمل آمن أثناء الهجوم الإسرائيلي. ٢٠٢٥.
21. وزارة الصحة (MoH)، التقرير السنوي. ٢٠٢٢.
22. منظمة الصحة العالمية (WHO)، النظام الصحي على حافة الانهيار مع اشتداد الأعمال العدائية في غزة، منظمة الصحة العالمية تحذر. ٢٠٢٥.
23. وزارة الصحة (MoH)، التقرير السنوي. ٢٠٢٢.
24. صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA)، تقرير عن الأزمة في الأراضي الفلسطينية المحتلة - مايو/يونيو ٢٠٢٥. ٢٠٢٥.
25. مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (OCHA)، نداء عاجل للأراضي الفلسطينية المحتلة ٢٠٢٥. ٢٠٢٤.

HEALTH
CLUSTER