

# Neoliberalism وليبرالية

الليبرالية الحديثة وصحة  
الفلستينيين في إسرائيل:  
رؤية نقدية بمنظور تاريخي

---

## أحلام رحال

تموز 2020

مدى الكرمل  
المركز العربي للدراسات  
الاجتماعية التطبيقية



الليبرالية الحديثة وصحة الفلسطينيين في إسرائيل: رؤية نقدية بمنظور تاريخي  
أحلام رحال  
طالبة دكتوراه، جامعة ميغيل، مونتريال، كندا

المحرر المسؤول: مهند مصطفى  
تدقيق: حنا نور الحاج  
مسؤولة الانتاج: إيناس خطيب  
تصميم: أمل شوفاني

العنوان: همغينيم 90 حيفا  
البريد الإلكتروني: mada@mada-research.org  
رقم الهاتف: 04-8552035

## ◆ ملخص

ترمي الدراسة التالية إلى رصد صحّة المجموعة الفلسطينية الأصلية في إسرائيل خلال العقود الأخيرة، ولا سيّما خلال انتقال إسرائيل إلى منظومة الليبرالية الحديثة، وتحليلها، أخذة بعين الاعتبار علاقة الفلسطينيين بالدولة الإسرائيلية وصراعات القوى التاريخية بينهم وبينها. من مراجعة لمعطيات الصحّة خلال عقود سابقة في ظلّ الانتقال إلى الليبرالية الحديثة، سلّطت الدراسة الضوء على الفجوات الصحّية (الجسدية والنفسيّة) بين الفلسطينيين واليهود في إسرائيل، وعلى ازدياد هذه الفجوات مع ازدياد الثغرات في الوضع الاجتماعي - الاقتصاديّ خلال السنين. واستناداً إلى النظريّة النقدية العرقية وصراع القوى، جرى تحليل هذه الفجوات الصحّية من خلال نقد سياسات إسرائيل الاقتصادية وأيديولوجيتها القومية؛ فقد استنتجت خلال السنين، ولا سيّما خلال تبني سياسات الليبرالية الحديثة، المجموعة الفلسطينية من المشاركة في الاقتصاد الحرّ، وهو ما أضعف النواحي الاجتماعيّة - الاقتصاديّة لدى الفلسطينيين، وبالتالي انعكس الأمر على صحّتهم الجسدية والنفسيّة. من استنتاجات الدراسة أيضاً أنّ سياسات السيطرة والإقصاء الإسرائيلية تغلّغت إلى مَناحي الحياة كافّة، بما في ذلك الشؤون الصحّية. تقدّم هذه الدراسة أيضاً اقتراحات وتوصيات مستقبلية لتعميق فهم الفجوات الصحّية بين الفلسطينيين واليهود في إسرائيل.

## ◆ مقدمة

أعلنت مارچريت ثاتشر، عام انتخابها رئيسة وزراء للمملكة المتّحدة في العام 1979، عن تبني نظام الليبرالية الحديثة كبرنامج اقتصاديّ - اجتماعيّ في المملكة المتّحدة، قائلة جملتها الشهيرة: "لا وجود لِمَا يُدعى مجتمعاً، هنالك فقط أفراد، رجال ونساء"، وبناء عليه، رأت السياسة الغربيّة، ابتداءً بالمملكة المتّحدة والولايات المتّحدة، وجوب تفكيك المجتمع إلى أفراد لدعم اقتصاد الدولة وتخطيّ التضخّم الماليّ، بحيث يصبح الفرد، وفق هذا النظام، مسؤولاً عن نفسه في الاقتصاد الحرّ، ومسؤولاً عن رفاهيّة عيشه (Harvey, 2007). في رؤية عامّة، يعرّف هارفي الليبرالية الحديثة بأنها مشروع اقتصاديّ سياسيّ، تُنال فيه رفاهيّة المواطن عبّر تحريره من المجتمع، ومشاركته في الاقتصاد الحرّ بمبادرات فردية، وخصخصة المؤسسات التجاريّة والخدمات الاجتماعيّة، وفتح السوق أمام الاستثمار الخارجيّ، والتبادل التجاريّ في السوق الحرّة. وفق هذا النظام الاقتصاديّ، يتقلّص دور الحكومة في المجتمع، فتصبح مسؤولة فقط عن إفساح المجال للتنافس وتشجيع المبادرات الفردية والحريّة الاقتصاديّة، محليّاً وعالميّاً. تبنت الولايات المتّحدة هذا المشروع في سنوات الثمانين أسوأً بالمملكة المتّحدة، وتبعته في ذلك الدول المتحالفة معها سياسياً واقتصاديّاً (Ibid)، ومن بينها إسرائيل (سورسكي، 2006؛ Flic, 2013).

في دراسة فوكو (1979) بشأن تأثير الليبرالية الحديثة على المجتمع (البيو-سياسة - Biopolitics)، رأى أنّ للسياسات الاقتصاديّة في العقود الأخيرة تأثيراً بالغاً على صحّة الفرد؛ إذ استطاعت التأثير في الدول الغربيّة على حجم العائلة، وعلى مزايا الأفراد ومهاراتهم الشخصية. ورأى هارفي (Harvey, 2007) أنّ الانتقال إلى الليبرالية الحديثة حسّن الوضع الاقتصاديّ العامّ، لكنّه فاقم الفجوات الاقتصاديّة - الاجتماعيّة بين الفئات في المجتمع، وترك مجموعات إثنيّة مهمّشة، في وضع صحّيّ واقتصاديّ سيّء. يزداد هذا التأثير ضراوة حين يتعلّق الأمر بصراعات تاريخية بين فئات اجتماعية مختلفة، حيث يجري تهميش فئات اجتماعية واستثناءها سياسياً، واقتصاديّاً، واجتماعياً، وصحياً أيضاً (LaVeist & Isaac, 2013; Foucault, 1980)، من بين هذه الفئات المتضرّرة

من سياسة الليبرالية الحديثة هي المجموعة الأصلية الفلسطينية في إسرائيل (سوؤسكي، 2006؛ Flic، 2013). على الرغم من تبني إسرائيل لليبرالية الحديثة، ظلت محافظة على طابع قومي صهيوني للدولة، ولم تبني مفهوم الفردانية على نحو متساوٍ وعادل للجميع، بل تعاملت معه بمنطلق قومي؛ فقد دعمت الحكومة الإسرائيلية اليهود للمشاركة الفردانية في الاقتصاد الحر، وأقصت المواطنين الفلسطينيين من هذا المجال (جمال، 2005؛ سوؤسكي، 2006).

كيف أثر النظام الليبرالي في إسرائيل على صحة الفرد وصحة المجموعات المهمشة؟ أحاول من خلال هذا المقال تحليل تأثير الليبرالية الحديثة في إسرائيل على صحة المجموعة الفلسطينية الأصلية. قليلة هي الدراسات التي بحثت المجال الصحي (النفسي والجسدي) لدى الفلسطينيين، في سياق الصراع التاريخي الفلسطيني - الإسرائيلي من جهة، وعلاقته بالليبرالية الحديثة من جهة أخرى. بناء على هذا، أقترح في هذه الدراسة رصد معطيات الصحة الجسدية والنفسية لدى الفلسطينيين خلال العقود السابقة، وتحليلها في السياق التاريخي لصراع القوى بين الأقليات الفلسطينية والأكثرية اليهودية في إسرائيل، وخاصة بعد الانتقال إلى الليبرالية الحديثة. تعتمد هذه الدراسة في تحليلها على نظرية علاقات القوى والنظرية النقدية العرقية.

تُقسّم هذه الدراسة إلى خمسة فصول مركزية:

1. خلفية نظرية عامة عن علاقات القوى والنظرية النقدية العرقية.
2. الليبرالية الحديثة والصحة.
3. المجتمع الفلسطيني في إسرائيل في سياق الليبرالية الحديثة.
4. رصد معطيات صحية للفلسطينيين في إسرائيل.
5. مناقشة واستنتاجات.

ما يميز هذه الدراسة هو الجمع بين الجانبين النفسي والجسدي لصحة المواطنين الفلسطينيين، ووضعهم في إطار تاريخي تسلسلي، وتحليلهما من منظور نقدي لتأثير السياسات والاقتصاد على صحة الفلسطينيين في إسرائيل. يمكن لهذه الدراسة أن تقدم للمهتمين بمجالات الصحة رؤية تاريخية لتغيرات معطيات الصحة، ورؤية نقدية لعلاقة هذه التغيرات بالنظام السياسي - الاقتصادي. كذلك يمكنها أن تقترح مجالات دراسية جديدة لتعميق فهم الفجوات الصحية بين الفلسطينيين واليهود في إسرائيل، إضافة إلى اقتراحات وتوصيات لتحسين المجال الصحي للفلسطينيين في إسرائيل.

## ◆ خلفية نظرية

### علاقات القوى والنظرية النقدية العرقية (Critical Race Theory)

في دراسة فوكو (1979) لتأثير الليبرالية الحديثة على الإنسان، تسلط الضوء على علاقات القوى بين فئات المجتمع، ولا سيما هيمنة أصحاب النفوذ على مجموعات أخرى، من خلال سياسات اقتصادية وتشريعات قانونية. مع تقلص دور الحكومة خلال الليبرالية الحديثة، انتقل أسلوب السيطرة على المجتمع من تقنيات عسكرية مباشرة، إلى تقنيات اقتصادية يمكنها التحكم بالمجتمع وتحديد مزاياه الصحية والنفسية بحسب مصالح الدولة الاقتصادية (Foucault، 1979). من خلال نظرة هذه الفلسفة العامة لصراع القوى، ظهرت في سنوات السبعين كتابات ونشاطات لمفكرين أمريكيين في مجال القوانين والحقوق، أمثال ديريك بيل، تشارلز لورانس، وريتشارد ديلجادو، تنقد منظومة القوانين والتشريعات الحكومية، وتأثيرها على فرض سيطرة

أقلية عرقية معينة (البيض) على أقليات ملونة أخرى في الولايات المتحدة، وفي مستعمرات أخرى كانت تابعة لأوروبا (Taylor, 2009). من هذه الرؤيا، بُنيت النظرية العرقية النقدية، تلك التي تبحث في العلاقة المركبة بين مجموعات عرقية وجنسية وثقافية معينة وعلاقتها بالسلطة الحاكمة (Taylor, 2009; Thomas, 2013)، إضافة إلى طريقة التحكّم واضطهاد هذه المجموعات من خلال المنظومة القانونية والسياسية في الدولة (Delgado, Stefancic, & Harris, 2017; Taylor, 2009; Thomas, 2013).

تركز النظرية النقدية العرقية على فكرة اللا عدل واللا المساواة في توزيع القوى والموارد على المواطنين، ولا سيما في تهميش مجموعات من خلفيات قومية، ثقافية، جنسية، وعرقية مختلفة، وتعزيز سيطرة أصحاب السلطة من عرق وجنس وثقافة معينة (Delgado, Stefancic, & Harris, 2017; Taylor, 2009). على سبيل المثال، يحدّد أصحاب السلطة طريقة تقسيم الموارد بين الفئات الاجتماعية، كأفضل الأشغال وأفضل المدارس، وتُستثنى فئات اجتماعية أخرى من اتخاذ القرار ومن الحصول على مستوى معيشي و موارد اقتصادية مساوية للفئة المسيطرة (Delgado, Stefancic, & Harris, 2017; Taylor, 2009). وبهذا، تُسهّم النظرية النقدية العرقية في دراسة وتفسير تهميش الطبقات المضطّدة وتثبيت هيمنة فئة اجتماعية معينة على الآخرين (Ruglis, 2009).

مع الانتقال إلى الليبرالية الحديثة، استُخدمت النظرية النقدية العرقية لدراسة علاقات القوى في المبنى الاجتماعي، وتأثيرها على جوانب حياتية مختلفة لدى الأقليات، من بينها الصحة الجسدية (LaVeist & Isaac, 2013; Ruglis, 2009; Thomas, 2013) والنفسيّة (Gone, Hartmann, Pomerville, Wendt, Klem, & Burrage, 2019).

## الصحة وعلاقات القوى

تعرف منظمة الصحة العالمية (1978) "الصحة" بأنها حالة تكامل بين الجانب الجسدي والنفسي للإنسان؛ إذ لا تعني الصحة بالضرورة غياب مرض عضوي، وإنما تعني وجود تكامل في الوضع الجسدي، الذهني، الاجتماعي، والنفسي للفرد، بصرف النظر عن انتمائه العرقي، الديني، الإثني، أو معتقداته السياسية. أما إذا اختلفت الحالة الصحية لفئة اجتماعية معينة دون غيرها، فتنتج "فجوات في المجال الصحي" (LaVeist & Isaac, 1978; World Health Organization (WHO), 2013).

يُقصد بـ "الفجوات في المجال الصحي"، بحسب لافيسست وإساك (LaVeist & Isaac, 2013)، وجود اختلاف في أمرين:

1. الحالة الصحية.

2. الرعاية الصحية.

يشمل الاختلاف في الحالة الصحية وجود تفاوت بين الفئات الاجتماعية في نسبة حدوث مشاكل صحية، ومعدّل العمر، والوفيات (National Cancer Institute, 2008). إضافة إلى التفاوت في السلوكيات الفردية المؤثرة على الصحة كالتدخين، وتعاطي المخدرات، وشرب الكحول (LaVeist & Isaac, 2013). أما التفاوت في الرعاية الصحية، فهو الاختلاف بين الفئات الاجتماعية في منالية الرعاية الصحية وجودتها (Ibid). ولذا فإنه بالنظر إلى كلا المصطلحين معاً، يُمكن الانتقال من مفهوم المساواة في الصحة (Equality) إلى مفهوم الإنصاف والعدل الاجتماعي فيها (Equity)، أي إتاحة الإمكانيات والموارد والملاءمات اللازمة لجميع الفئات الاجتماعية، كي تصل إلى حالة صحية متساوية، دون فروق بينهم (Ibid).

تتأثر صحة الفرد بعلاقات القوى والمبنى الاجتماعي (Ibid). بحسب لأقيست وإسك، وجود اختلافات في الحالات الصحية (الجسدية والنفسية) مرتبط بعلاقات قوى تاريخية بين الفئات الاجتماعية، تشمل سيطرة أحدها على الآخر/ين اقتصادياً وثقافياً، والسيطرة على الحيز الجغرافي، والتهميش الثقافي والتدويي للأخرين (Centers for Disease Control & Prevention, 2011).

في هذا الصدد، وثقت العديد من الدراسات في العالم العلاقة بين الاضطهاد التاريخي وصحة الجماعات المضطهدة. على سبيل المثال، في دراسة أجراها كروس (Cross, 2003) لتحليل نسبة الجريمة العالية في أوساط المجتمع الأفريقي الأمريكي، يجد الباحث أنّ جذور العنف والجريمة مرتبطة بمتغيرات تاريخية واجتماعية وسياسية ونفسية، من بينها: تاريخ الاضطهاد الاجتماعي والتهميش الذي تعرّض له الأفارقة الأمريكيون في الولايات المتحدة؛ اضطراب الأفارقة إلى الاندماج في الثقافة الأمريكية الأوروبية؛ زعزعة الاستقرار الأسري؛ زعزعة الهوية الجماعية. انعكست كلّ هذه المتغيرات على نسبة الجريمة العالية لدى الأفارقة. في تقارير المركز القومي الأمريكي للإحصائيات الصحية (National Center for Health Statistics, 2009)، تُظهر المعطيات أنّه في العام 2005 كان الأفارقة الأمريكيون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة كالسكري وأمراض الكبد، والأمراض العضال، كالسرطان والإيدز، وفي عام 2006 كانوا أكثر عرضة للموت بنسبة 28% مقارنةً بالبيض الأمريكيين. وفي إحصائيات عام 2011، كشف المركز القومي أنّ معدّل العمر لدى الأفارقة الأمريكيين أقلّ بخمس سنوات ونصف السنة من معدّل أعمار البيض الأمريكيين. في معيار وفيات الأطفال الحديثي الولادة تظهر الفوارق الاجتماعية في الولايات المتحدة؛ حيث إنّ الأطفال الأفارقة أكثر عرضة للموت بين مرّة ونصف إلى ثلاث مرّات عن أيّ فئة اجتماعية وإثنية أخرى (Friden, 2011). ومقارنةً بالبيض، الطفل الأفريقي الأمريكي معرّض للموت أكثر بمرتين في عامه الأول من الطفل الأبيض الأمريكي. وفي نسبة وفيات الأطفال الحقيقية عام 2006، سجّلت النسب الأعلى للوفيات لدى الأطفال الأفارقة الأمريكيين، حيث كانت النسبة 13.4 من 1,000 طفل، وهي نسبة تفوق المعدّل العام (6.68). وهذه الوفيات أعلى بمرتين ونصف المرّة مقارنةً بالأطفال البيض الأمريكيين. أمّا لدى السكّان الأصليين في أمريكا وألاسكا، فكانت نسبة وفيات الأطفال أعلى بـ 48% من نظيرتها لدى الأطفال البيض، وبـ 44% لدى الأطفال من بوينوريكو، مقارنةً بالأطفال البيض (MacDorman & Mathews, 2011).

كذلك ثمة تفاوت في نسبة الانتحار. ففي عام 2007، كانت النسبة الأعلى للانتحار في أوساط البيض الأمريكيين نحو 83.5%، مقارنةً بـ 7.1% لدى الأفراد الهسبان، و 5.5% لدى الأفارقة الأمريكيين (Crosby, Ortega, & Stevens, 2011). في مقابل هذا، معدّل الجريمة لدى الأفارقة أكثر بعشر مرّات ممّا لدى البيض الأمريكيين، وأعلى ممّا لدى الأمريكيين الهسبان (Logan, Smith, & Stevens, 2011).

إضافة إلى عوامل التفرقة والتمييز التاريخي بين الفئات الاجتماعية، يقترح باحثون آخرون (Ottersen et al.) بشير أوتيرسن وزملاؤه إلى أنّ صراعات القوى بين الفئات الاجتماعية المختلفة تخلق فجوات في الوضع الاجتماعي - الاقتصادي، وتؤثّر هذه الفجوات على الوضع الصحيّ للأفراد وقدراتهم على الحصول على خدمات صحيّة وذات جودة. فكّلما نزلنا في السلم الاجتماعي - الاقتصادي، ارتفعت نسبة الوفيات والإصابة بالأمراض الجسدية والنفسية (Pope & Arthur, 2009). في دراسة للباحثين جوزيف وبارتفي و "وو" (Bartfay, Bartfay, & Wu, 2013)، أجريت في كندا، في ولاية أونتاريو، لفحص العلاقة بين الوضع الاقتصادي وصحة الفرد، أجرى الباحثون مقابلات مع 22 رجلاً و 12 امرأة عاطلين عن العمل، وسأل الباحثون المشاركين عن كيفية تأثير الفقر وفقدانهم عملهم على صحتهم. في المقابلات، عبّر المشاركون عن الشعور بضائقات نفسية تشمل

الشعور بالضغط والتوتر والقلق والاكتئاب، إضافة إلى زيادة في الأهم الجسدية والشعور بعدم الراحة. كذلك تغيّر وزن المشاركين وقدراتهم الجنسية، وواجهوا صعوبات مادية في قدرتهم على الحصول على خدمات صحّية للمشاكل التي يعانون منها.

مع انتقال الدول الغربية الديمقراطية إلى الليبرالية الحديثة، تعمّقت الفجوة الاجتماعيّة - الاقتصادية بين الفئات الاجتماعيّة (Harvey, 2007; Ottersen et al., 2014)، وازدادت بهذا المشاكل الصحيّة لدى الفئات الاجتماعيّة المستضعفة أصلاً (Harvey, 2007). في دراسة أوتيرسن وزملائه (Ottersen et al., 2014) الشمولية للعولمة والليبرالية الحديثة، وجد الباحثون أنه في ظلّ تركيز القوى لدى طبقات اقتصادية وسياسية مسيطرة في العالم (وبخاصة الغربيّ منه): أكثر من 842 مليون إنسان في العالم في جوع مُزمن؛ واحد من كلّ 6 أطفال في الدول النامية وزنه أقلّ من معدّل الوزن الطبيعيّ؛ 1.5 بليون إنسان يعاني من ضائقة نفسية بسبب الخوف من فقدان وعدم الأمان وفقدان النسيج الاجتماعيّ؛ الفروق بين الفئات الاجتماعيّة تزداد في عدد وقياس الأطفال؛ أكثر من 300 مليون إنسان من السكّان الأصليين (indigenous) يواجهون التمييز، وهو ما يؤثّر عليهم في حصولهم على حاجياتهم اليومية في ظلّ هذا المناخ الاقتصاديّ - السياسيّ.

### الليبرالية الحديثة في إسرائيل وصحة المواطنين الفلسطينيين

مع توثق العلاقة السياسيّة - الاقتصاديّة بين الولايات المتّحدة وإسرائيل في سبعينيات القرن الماضي (مّناع، 2016؛ Flic, 2013)، تبنت إسرائيل عام 1984 نظام الليبرالية الحديثة ومعاييرها الثقافيّة، مغيّرة بذلك تدخل الحكومة في مناح اقتصاديّة واجتماعيّة مختلفة (سورسكي، 2006). على الرغم من هذا، لم يعتمد هذا النظام على فكرة الحرّيّة الاقتصاديّة للجميع، كما هو الحال في الولايات المتّحدة، وإتّما ظلّت أيديولوجيا القومية مسيطرة على السوق الاقتصاديّة (سورسكي، 2006). في هذا الخصوص، يرى سورسكي أنّ الحكومة الإسرائيليّة دعمت المبادرات الفردية الاقتصاديّة لدى اليهود فقط، واستثنت الفلسطينيين من المشاركة في الاقتصاد الحرّ. وكما هو الحال في دول ديمقراطية غربيّة أخرى (Harvey, 2007)، ازداد النمو الاقتصاديّ في إسرائيل بعد الليبرالية الحديثة، لكن اتّسعت الفجوات الاجتماعيّة - الاقتصاديّة بين الفئات الاجتماعيّة، وخاصّة بين المجموعة الفلسطينيّة واليهود الإسرائيليّين (أدفا، 2020)، مؤثّرة بذلك على وضع الفلسطينيين الصحيّ (Flic, 2013). في الوقت ذاته، تأثرت المجموعة الفلسطينيّة بالثقافة الغربيّة وفكرة الفردانيّة، فصار المجتمع الفلسطينيّ في إسرائيل مجتمعاً انتقالياً نحو الغربيّة والحداثة (Arar & Abramovitz, 2013) بعدما كانت قيمه جماعيّة (Haj-Yahia, 2019). وعلى ذلك، أسأل في الدراسة التالية: كيف تتمثّل صحّة الفلسطينيين في إسرائيل في السياق التاريخيّ لقضيتهم وتأثير الليبرالية الحديثة عليهم؟

في تقارير سابقة في مجال الصحّة نشرها مركز "أدفا"، تناولت التقارير الصحّة البدنيّة والفروق بين الفلسطينيين واليهود في إسرائيل (على سبيل المثال: أدفا 1992؛ 1998؛ 2000؛ 2018؛ 2020)، وأظهرت التقارير في كلّ عام الفجوات الصحيّة في الأمراض، ومعدّل العمر، وعدد الوفيات، بين المجموعة الفلسطينيّة واليهود في إسرائيل. لكن ظهرت هذه التقارير في كلّ عام على حدة دون رؤية تاريخيّة تسلسليّة لمعطيات الصحّة، أو رؤية نقدية لعلاقات القوى. في مقال نقديّ كتبه فليك (Flic, 2013)، تناول الكاتب تأثير انتقال إسرائيل إلى الليبرالية الحديثة وتخصيص الخدمات الصحيّة على إحداث فجوات صحيّة بين الفئات الاجتماعيّة في إسرائيل، وخاصّة بين الأكرانيّة اليهوديّة والأقليات الفلسطينيّة. لا يفصل فليك بين تاريخ اضطهاد الدولة للفلسطينيين، ووضع الفلسطينيين الصحيّ ومُتاحيّة حصولهم على الرعاية الصحيّة. وعلى الرغم من أنّ الكاتب وضع الفجوات الصحيّة في سياقها الاجتماعيّ والسياسيّ والاقتصاديّ، فإنّه ركّز فقط على الصحّة الجسديّة، كما حدث في

دراسات سابقة، لا على النفسية أيضًا. كذلك هو لم يعرض مُعطيات حول تجلّي هذه الفجوات في سنوات عقود سابقة حتى الوقت الراهن. في الصحة النفسية، أجرى ليقاف وزملاؤه (Levav, Al-Krenawi, Ifrah, 2007) بحثًا لمنظمة الصحة العالمية، قارنوا فيه بين الفلسطينيين في إسرائيل واليهود الإسرائيليين في مجال الصحة النفسية. ووجد الباحثون أنّ الفلسطينيين يواجهون ضائقات نفسية -كالتوتر والضغط والكتئاب والقلق- أكثر من اليهود، وعلى الرغم من هذا فإنّ الفلسطينيين أقلّ ميلًا لطلب مساعدة مختصين نفسيين مقارنةً باليهود. على الرغم من ذلك، يرى باحثون فلسطينيون، كمناع (Manna', 2019) وميعاري وناطور (Mi'ari & Natur, 2019)، أنّ الدراسات التي ألقت الضوء على الصحة النفسية للفلسطينيين في الداخل في رؤية تاريخية قليلة جدًّا.

## ◆ الدراسة الحالية

انطلاقًا من الفجوة التي أشرتُ إليها في الدراسات السابقة، ولا سيّما في ما يتعلّق بغياب الرؤية التاريخية وتسلط الضوء على الصحة الجسدية أكثر من النفسية، ترمي الدراسة الحالية إلى رؤية صحة الفلسطينيين في إسرائيل بمنظور تاريخي متعدّد الزوايا يأخذ بعين الاعتبار الصحة الجسدية والنفسية معًا، ويضعهما في السياق التاريخي لقضية الفلسطينيين في إسرائيل، وسياسات الليبرالية الحديثة، وتغيّرات الوضع الاجتماعي الاقتصادي. وعليه أفرح في هذه الدراسة مراجعة تاريخية لما يلي: (1) العلاقة بين الفلسطينيين في إسرائيل والدولة. حيث أفرح الإطار العامّ لتحديات المجموعة الفلسطينية في إسرائيل وصراعاها التاريخي مع الأكثرية اليهودية؛ (2) تغيّرات في السياسة الاقتصادية الإسرائيلية، حيث أناقش انتقال إسرائيل إلى الليبرالية الحديثة ومزاياها الخاصة، إضافة إلى تأثيرها على الوضع الاجتماعي - الاقتصادي للفلسطينيين؛ (3) رصد تغيّرات صحيّة لدى الفلسطينيين في مناحٍ جسدية ونفسية خلال العقود السابقة.

## ◆ المنهجية

تعتمد هذه الدراسة على مُعطيات تاريخية جُمعت من عدّة مصادر: مقالات، ومسوح، ودراسات سابقة في مجال الصحة والوضع الاجتماعي - الاقتصادي للمجتمع الفلسطيني في إسرائيل عبر السنين. على وجه التحديد، جُمعت مُعطيات الصحة والوضع الاجتماعي - الاقتصادي من المسوح السنوية لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية، ومؤسسة التأمين الوطني، ووزارة الصحة الإسرائيلية.

لمعطيات الصحة الجسدية، أستخدم المعايير التي اقترحتها لاقيست وإساك (LaVeist & Isaac, 2013): معدّل العمر؛ وفيات الأطفال؛ معدّل الخصوبة؛ الإصابة بالأمراض؛ الجريمة (القتل). لمعطيات الصحة النفسية، أعتمد على تعريف ميعاري وناطور (Mi'ari & Natour, 2019) للصحة النفسية بأنها غياب الشعور بالضائقة النفسية، كالكتئاب والقلق والتوتر. وعليه، أستخدم المتغيّرات التالية: الاكتئاب؛ الشعور بالتمييز؛ الشعور بالوحدة؛ الشعور بالأمان؛ الشعور بالرضا العام؛ الانتحار.

### 1. العلاقة التاريخية بين دولة إسرائيل والفلسطينيين مواطني الدولة

تعود جذور الصراع السياسي بين الفلسطينيين والمشروع الصهيوني إلى ما قبل إعلان دولة إسرائيل عام 1948. استمرّ هذا الصراع حتى بعد تأسيس إسرائيل (متّاع، 2016; Flic, 2013; Ghanem, 2001; Manna', 2019).



(Rouhana & Sabbagh-Khoury, 2015)؛ فبعد قيام دولة إسرائيل، اعتبرت السلطات الإسرائيلية الفلسطينية "عدوًا داخليًا" يهدد سلامة وأمن اليهود في إسرائيل (على سبيل المثال: مناع، 2016؛ Manna', 2016؛ Ghanem, 2001؛ Mar'i, 1988؛ 2019). وعلى هذا، كان من الضروري للحكومة الإسرائيلية السيطرة على هذه المجموعة القومية في بلادها، سياسيًا (مناع، 2016)، واقتصاديًا (Manna', 2019؛ Ghanem, 2001؛ Filc, 2013)، وثقافيًا (مناع، 2016؛ Rouhana & Sabbagh-Khoury, 2015؛ Al-Haj, 1995)، وديموكرافيًا (مناع، 2016؛ Rouhana & Sabbagh-Khoury, 2015؛ Manna', 2019).

يَقسم علماء اجتماع ومختصون في السياسة فترة التحوّلات في علاقة إسرائيل بمواطنيها الفلسطينيين إلى عدّة فترات، تختلف فيها علاقات القوى والمتغيّرات الاجتماعية والاقتصادية. يُشير غانم (Ghanem, 2001) ومناع (2016) إلى فترتين أساسيتين: (1) فترة الحكم العسكريّ (من عام 1948 حتى 1966)؛ (2) فترة ما بعد الحكم العسكريّ (من 1967 حتى عام 2000). ويضيف روحانا وصّبّاغ - خوري (Rouhana & Sabbagh-Khoury, 2015) فترتين أُخرَيَيْن: (3) فترة ما بعد اتّفاقيّة أوسلو عام 1993 الممتدّة حتى السنوات الأولى وما بعد هبة أكتوبر عام 2000؛ (4) "العودة التاريخيّة"، وهي فترة السنوات الأخيرة بحسب روحانا وصّبّاغ - خوري، حيث بدأت تظهر أصوات مطالبة بالعودة بالصراع الفلسطينيّ الإسرائيليّ إلى جذور المسألة كحالة استعمار استيطانيّ، وتأثيرها على حياة الفلسطينيين. ولكن يتفق باحثون (نحو: جمال، 2005؛ Ghanem, 2019؛ Manna', 2019؛ Ghanem & Khatib, 2019) أنّه لفهم الوضع الحاليّ لدى المجتمع الفلسطينيّ، بما في ذلك الجوانب الصحيّة (Flic, 2013) ومحدّدات اجتماعيّة للصحة كالوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ (Ghanem & Khatib, 2019)، يجب ربط الحاضر بالفترتين الأوّليّتين على وجه الخصوص. في ما يلي نظرة عامّة لهاتين الفترتين.

**1. فترة الحكم العسكريّ:** في متابعة للوضع الاجتماعيّ والسياسيّ والاقتصاديّ للمجموعة الفلسطينيةّ الأصليّة خلال فترة الحكم العسكريّ، في الإمكان ملاحظة أنّ سياسة السيطرة على الفلسطينيين كانت من خلال التحكّم بمواردهم الاقتصاديّة، مثل مصادرة الأراضي، وإحباط إقامة مبادرات تجاريّة، وإحباط إقامة أحزاب سياسيّة إلى حدّ الملاحقة السياسيّة للفلسطينيين، ومنع التعبير عن الرأى من خلال الصحافة أو من خلال التضامن مع حزب سياسيّ مناهض للدولة، وكذلك جرت السيطرة على وعي الفلسطينيين من خلال سياسة "التجهيل" التربويّة (Al-Haj, 1995). يصف غانم (Ghanem, 2001) أوضاع الفلسطينيين بالفقر الشديد وصعوبات الحصول على لقمة العيش، موضّحًا أنّ سياسة السيطرة الاقتصاديّة على الفلسطينيين حالت دون قدرتهم على تشكيل قيادة سياسيّة جديدة تغيّر أحوالهم، وبذا فرضت الحكومة الإسرائيليّة سيطرتها على قوّة الفلسطينيين سياسيًا واقتصاديًا. أمّا من الناحية النفسيّة، فيصف مناع (2016)، من خلال مقابلات أجراها مع سكّان من الجليل وحيفا، مشاعر الإحباط والضاقة النفسيّة نتيجة صدمة النكبة، وفقدان إمكانيّة عودتهم إلى قراهم التي هُجّروا منها، ورؤيتهم لمستوطنات جديدة تُبنى للقادمين اليهود الجدد على ركام قراهم.

**2. الفترة الثانية: ما بعد الحكم العسكريّ،** وقد امتدّت حتى نهاية التسعينيات. يُطلق على هذه الفترة أيضًا فترة "المساواة في الحقوق" (Rouhana & Sabbagh-Khoury, 2015)، حيث زالت التقييدات في التنقّل على المواطنين الفلسطينيين، وصار الحال أسهل لهم في العمل في بلدات أخرى وإعادة تشكيل حركات سياسيّة (Rouhana & Sabbagh-Khoury, 2015). تعالت في هذه الفترة أصوات سياسيّة فلسطينيّة تطالب بالحصول على حقوق متساوية مع الأكثرية اليهوديّة الإسرائيليّة، لكن دون مساءلة الأيديولوجيا الصهيونيّة التي هي أصلها استعماريّ. على سبيل المثال، نال الفلسطينيون إمكانيّة التعليم المجانيّ ابتداءً

من عام 1968 (Swirski, 1999)، واتسعت إمكانيّة العمل في بلدات مجاورة (-Rouhana & Sabbagh, 2015). على الرغم من ذلك، ظلّت هنالك امتيازات لليهود على الفلسطينيين تُعطى لهم تحت أسباب وقوانين مختلفة. فعلى سبيل المثال، ظلّ هنالك تفضيل في إعطاء ميزاتٍ أعلى للعائلات التي خدمت في جهاز الأمن الإسرائيليّ والجيش (أندبلد ودهان، 2019)، ولعائلات المهاجرين والقادمين الجدد من الاتحاد السوفييتي السابق (أندبلد ودهان، 2019؛ Flic, 2013). كما أنّ توزيع الميزات للمجالس المحليّة لم يكن متساوياً، ومع قلّة وجود مناطق صناعيّة في البلدات العربيّة (ليثين - إشتاين، الحاج، وسمينوف، 1994؛ Flic, 2013)، ظلّ الوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ في البلدات العربيّة أدنى بكثير ممّا في البلدات اليهوديّة.

ظلّ المجتمع الفلسطينيّ في إسرائيل يواجه التمييز السياسيّ من مؤسّسات الدولة منذ قيامها حتّى السنوات الأخيرة في مَناح اجتماعيّة - اقتصاديّة (جمّال، 2005؛ Ghanem & Khatib, 2019؛ Ghanem, 2001). إضافة إلى التمييز في توفير خدمات الصّحة (تشرنخوفسكي، بشارت، باقرس، بريل، وشروني، 2017). وممّا فاقم وعزّز هذه الفجوات الانتقال إلى الليبراليّة الحديثة.

## 2. الليبراليّة الحديثة في إسرائيل والفجوات الاجتماعيّة - الاقتصاديّة

يرى جمّال (2005) أنّه منذ الانتقال نحو الليبراليّة الحديثة وازدياد قوّة الأحزاب اليمينيّة، رسمت الحكومة قوانين وتشريعات تضمّن الطابع اليهوديّ القوميّ، وألغيت أو رُفِضت تلك التي تهدّد هذا الطابع. وفي ظلّ هذا، تعمّقت الفجوات الاجتماعيّة والاقتصاديّة بين الفلسطينيين واليهود الإسرائيليّين. على الرغم من تقليص دولة الرفاه ودور الحكومة في تحريك الاقتصاد في إسرائيل في ثمانينيّات القرن الماضي، دعمت الحكومة ماليّاً وسياسيّاً إنشاء مشاريع اقتصاديّة فرديّة لليهود لا للفلسطينيّين (جمّال، 2005). ومع سياسة مصادرة الأراضي خلال العقود السابقة وعزل البلدات الفلسطينيّة عن اليهوديّة (Flic, 2013)، أُنْزِلَ الحيز الجغرافيّ أيضاً على إمكانيّة مشاركة الفلسطينيّين في الاقتصاد الحرّ وتأسيس مبادرات فرديّة. وبهذا، جرى إقصاء الفلسطينيّين من المشاركة في الاقتصاد الحرّ وبالتالي استمرار إضعافهم اقتصاديّاً واجتماعيّاً (جمّال، 2005؛ سورسكي، 2006). في ما يلي صورة تاريخيّة لتغيّرات الوضع الاقتصاديّ في إسرائيل والفجوات فيها بين اليهود والفلسطينيّين.

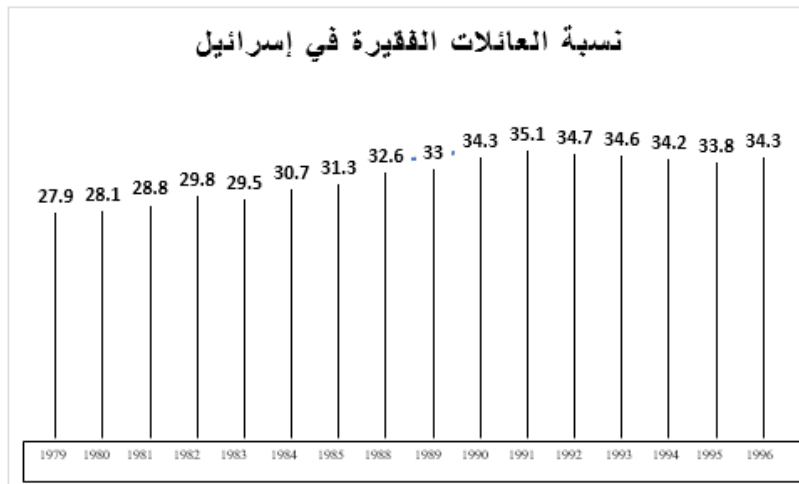
### 2.1. الفجوات في الوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ: محدّدات اجتماعيّة للصّحة (Social determinants of health)

تعتبر منظّمة الصّحة العالميّة متغيّرات الوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ، بما فيها الدخل والتشغيل والتربية والتعليم، محدّدات اجتماعيّة للصّحة؛ إذ تتنبأ وتؤدّر على صّحة الأفراد (WHO, 2008). في ما يلي صورة تاريخيّة لبعض مُعطيات الوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ.

**الدخل:** في دراسة للوضع الاجتماعيّ الاقتصاديّ في البلاد أجراها مركز أدفا (2018)، فحصت الدراسة التغيّرات الاقتصاديّة في المجتمع الإسرائيليّ في العقود الأربعة الأخيرة. بحسب معطياتها، يدلّ مؤسّر الدخل على ارتفاع في اقتصاد الدولة من عام 1968 حتّى عام 2017. في المقابل، تُظهر مُعطيات التأمين الوطنيّ منذ عام 1997 ازدياد نسبة الفقر (انظروا الشكل 1).

كما هو مبين في الشكل 1، ارتفعت نسبة الفقر لدى العائلات ارتفاعاً ملحوظاً منذ الانتقال إلى الليبرالية الحديثة عام 1984 مقارنة بالسنوات التي سبقتها. فعلى سبيل المثال، ارتفعت النسبة من 27.9% إلى 30.7% من عام 1979 حتى 1984 على التوالي، أي بمقدار 2.8%. في المقابل، ارتفعت مثلاً من عام 1984 حتى 1991 بمقدار 4.4% (من 30.7% عام 1984 حتى 35.1% عام 1991). ثم انخفضت قليلاً إلى 34.3%، لكنها ظلت أعلى من سنوات ما قبل الليبرالية الحديثة.

الشكل 1. نسبة العائلات الفقيرة في إسرائيل من عام 1979 حتى 1996



المصدر: معالجة لمعطيات مؤسسة التأمين الوطني لعام 1998، عن نسبة الفقر في الفترة الممتدة بين العامين 1979 و 1996.

وبالنظر في الفروق بين الفلسطينيين واليهود، فقد مثل الفلسطينيون في إسرائيل النسبة الأكبر من العائلات الفقيرة. بحسب معطيات التأمين الوطني الأولى حول الفقر لعام 1993، كانت نسبة الفقر لدى العائلات العربية 47% مقابل 30% من العائلات اليهودية (بن دايفد وبلايك، 2013). وفي عام 1998، اتسعت هذه الفجوة، فصارت 52.8% من العائلات العربية تحت خط الفقر، مقابل 31.3% من العائلات اليهودية (مؤسسة التأمين الوطني، 2002). في العامين 2001 و 2002، ازدادت هذه النسب أكثر بحيث صار 54.7% من العائلات العربية تحت خط الفقر، و 55.6% منهم في عام 2002 (جمّال، 2006). وفي عام 2011، صارت نسبة الفقر 57% لدى العائلات العربية، مقابل 27% من العائلات اليهودية (بن دايفد وبلايك، 2013).

بحسب تحليلات مركز أدفا (2017) للوضع الاجتماعي - الاقتصادي، الشرائح السكانية الكائنة في العنقود الاجتماعي - الاقتصادي الأول من الدخل المالي، ارتفعت كثيراً في العقدَيْن الأخيرَيْن (من عام 2000 حتى عام 2017)؛ فقد ارتفعت نسبة العائلات التي تنتمي إلى العنقود الأول (الأكثر انخفاضاً) بنسبة 65%، وإلى العنقود الثاني بنسبة 56%، وإلى الثالث بنسبة 54%. أمّا في مستويات العناقيد العليا، فكانت التغيّرات أقلّ بكثير. يجدر بالإشارة أنّ الفلسطينيين في إسرائيل هم الشريحة السكانية الأكثر تمثيلاً للمستويات الثلاثة الأولى من العناقيد (بحسب معطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية، 2017 ب)، وأكثر من نصف العائلات الفلسطينية في إسرائيل (61%) تحت خط الفقر (معطيات المسح السنوي لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية لعام 2018).

**التشغيل:** الأعمال ومشاركة الفلسطينيين في السوق الاقتصادية هي كذلك عامل مؤثر على وضعهم الاجتماعي الاقتصادي. فعلى الرغم من توجه الليبرالية الحديثة إلى تعزيز المبادرات الفردية في الاقتصاد، فإنّ مشاركة العرب

الفلسطينيين في سوق العمل بعامّة، وفي المبادرات الفردية بخاصة، هي أقلّ بكثير من نظيرتها لدى اليهود (جمّال، 2005؛ سوزسكي، 2006).

بعد عقود من سياسة مصادرة الأراضي، فقدّ الفلسطينيون في إسرائيل إمكانيّة العمل المستقلّ في أراضيهم، واضطّروا أن يعملوا أجيرين متعلّقين اقتصاديًا بالأكثرية اليهودية (جمّال، 2005). بحسب جمّال، خلال الانتقال إلى الليبرالية الحديثة ارتفعت نسبة الأجيرين الفلسطينيين، وارتفعت نسبة عملهم في مجالات لا تتطلّب مهارات مهنية، كما ارتفعت نسبة الفقر معها، وعدم التساوي في تقاضي الأجور. تُظهر دراسة ليئين-إشتاين، الحاج، وسميونيف (1994) أنّ نسبة الأجيرين الفلسطينيين في السبعينيات كانت 73% من مجمل العمّال الفلسطينيين، وارتفعت هذه النسبة في عام 1990 لتكون 83%، إضافة إلى هذا، في عام 2002 كانت غالبية العمّال (65%) المشتغلين في البناء وفي الصناعات الخفيفة من العرب الفلسطينيين (جمّال، 2005).

ومن الجدير ذكره أنّ الليبرالية الحديثة حولت سوق العمل في إسرائيل، تدريجيًا، من الصناعة إلى المجالات العلمية والخدماتية والأكاديمية، وانخفض الطلب على المجالات الحرفية والزراعية (جمّال، 2005). في هذا الصدد، نسبة تمثيل العمّال الفلسطينيين العرب في المجالات الخدماتية والعلمية والتكنولوجية هي أقلّ بكثير من نظرائهم اليهود. ففي عام 1999، كانت نسبة اليهود الإشكناز (من أصول أمريكية وأوروبية) تمثّل 50.5% من العاملين في المجال الأكاديمي، مقابل 23.7% لدى اليهود الشرقيين، و 14.7% فقط لدى الفلسطينيين في إسرائيل. هذا الاختلاف استمرّ، ولا زال قائمًا، في السنوات الأخيرة (علي، 2013). في هذا الشأن، تُظهر كذلك معطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية (2017 ب) فروقًا في دخل العائلات الفلسطينية مقارنةً باليهودية، حيث إنّ أجر العامل الفلسطيني عام 2015 بلغ 5,600 شاقل مقابل 7,400 شاقل للعامل اليهودي.

### 2.3. خصخصة الصحة

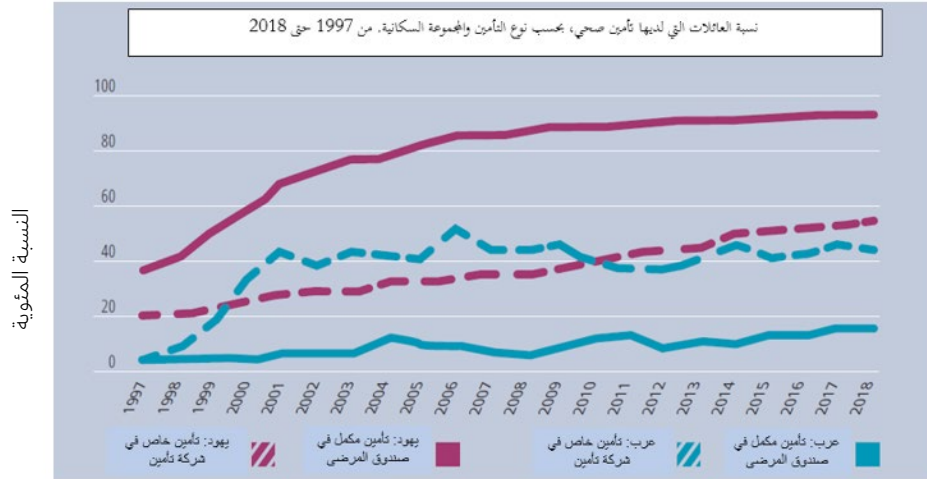
بعد فترة من تمويل الحكومة لخدمات صحّية متنوّعة في البلاد خلال سنوات السبعين، قلّ هذا التمويل الحكومي على نحوٍ بالغ عام 1984 عند التحوّل إلى الليبرالية الحديثة. في ذلك العام، اتّلف حزب العمل وحزب الليكود في الحكومة الإسرائيلية، وتبنّى الليكود النظام الاقتصاديّ الأمريكيّ لليبرالية الحديثة (سوزسكي، 2013؛ Flic، 2005). بناء على هذا النظام، تقلّصت مساهمة الحكومة في توفير الخدمات الصحية العامة للمواطنين، وارتفعت نسبة خصخصة المؤسسات الصحية (سوزسكي، 2006؛ Flic، 2013).

في عام 1994، سنّ الكنيست قانون التأمين الصحيّ الجماهيريّ، وفيه تقلّصت نفقات الحكومة على الصحة العامة، وأفسحت المجال لظهور شركات تأمين صحيّ خاصة، وأعطت المجال أيضًا لصناديق المرضى لتقديم خدمات صحّية مكّملة مقابل أقساط مالية يدفعها المواطنون، وهو ما أفسح المجال لتأثير الوضع الاقتصاديّ - الاجتماعيّ على منالية وجودة الحصول على خدمات صحّية (أدفا، 2020؛ Flic، 2013). المسح الاجتماعيّ الذي قامت به أدفا (2020) يكشف عن ارتفاع من 31.5% من العائلات إلى 83.6% في شراء تأمين صحيّ مكمل، ومن 17.7% إلى 47.1% في شراء التأمين الخاص.

في الشكل 2، يظهر خلال فترة السنوات 1997 - 2018 ارتفاع دائم في الحصول على تأمين صحيّ مكمل، وبخاصة لدى اليهود، وبمعدّلات أعلى نسبيًا من العرب. في عام 2018، كانت نسبة العائلات اليهودية التي لديها تأمين مكمل ضعفي النسبة التي لدى العائلات الفلسطينية في إسرائيل (91.5% مقابل 43.1%). على التوالي، كما أنّ نسبة العائلات اليهودية التي بحوزتها تأمين خاص هي أكثر بـ 3.6 مرّة من نظيرتها لدى

العائلات الفلسطينية (53.5% مقابل 14.9% على التوالي)، وأكثر حتى من نسبة العائلات الفلسطينية التي بحوزتها تأمين صحيّ مكمل.

الشكل 2. نسبة العائلات التي مع تأمين صحيّ بحسب نوع التأمين والمجموعة السكانية، في فترة السنوات 1997 - 2018



وفي ظلّ هذا الوضع، ظهرت بمرور الزمن فجوة بين اليهود والفلسطينيين في إسرائيل في إمكانيّة الحصول على خدمات الصحّة المكملّة وخدمات الصحّة الخاصّة.

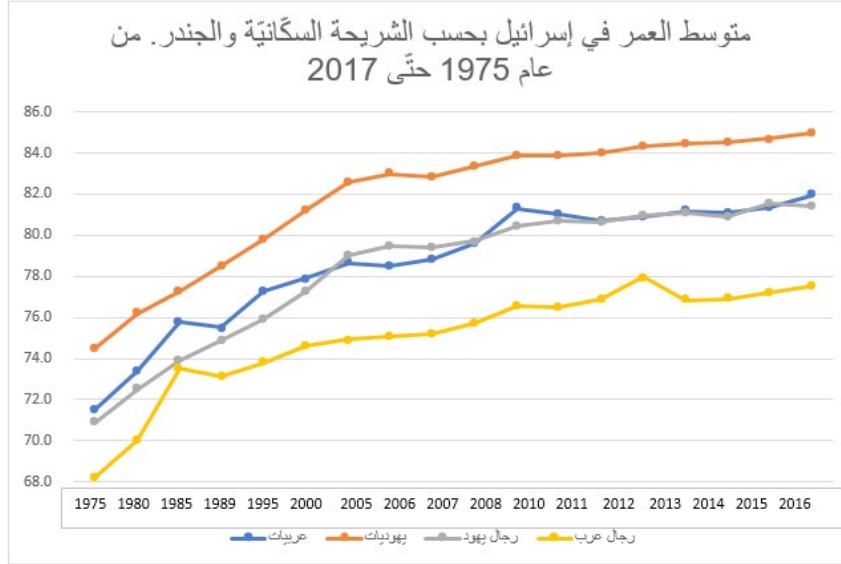
### 3. الصحّة

بعد تقديم ما سبق، حول العلاقة التاريخيّة بين المجموعة الفلسطينية الأصليّة ودولة إسرائيل، وسياسات الليبراليّة الحديثة التي ترتبط أيضًا بالوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ، وخصخصة الصحّة، أقدم في هذا القسم صورة تاريخيّة لمعطيات صحّيّة لدى الفلسطينيين في البلاد في الجانبين الجسديّ والنفسيّ.

#### 3.1. الصحّة الجسديّة

**متوسط العمر:** تُشير معطيات متوسط العمر (الشكل 3) منذ عام 1975 حتى 2017 إلى ارتفاع في متوسط العمر لدى الفلسطينيين واليهود في إسرائيل خلال العقود الأخيرة، مع بقاء الفجوة قائمة بين الفئتين، بل لقد ازدادت بعد التوجّه إلى الليبراليّة الحديثة. فعلى سبيل المثال، بحسب المعطيات، كانت الفجوة العمريّة في نهاية الثمانينيّات بين الرجال العرب واليهود 1.4 سنة، ثمّ ارتفعت عام 2008 إلى 4 سنوات. وازدادت هذه الفجوة عام 2017، فصارت 4.5 سنوات: معدّل العمر لدى الرجال الفلسطينيين 77.5 سنة مقابل 82 سنة لدى الرجال اليهود. أمّا لدى النساء، فكانت الفجوة العمريّة في نهاية الثمانينيّات 2.3 سنة، وارتفعت عام 2008 إلى 3.6 سنة. ظلّت هذه الفجوة العمريّة على حالها عام 2017؛ إذ ارتفع متوسط عمر النساء الفلسطينيات إلى 81.4 ولدى النساء اليهوديات إلى 85.

الشكل 3. متوسط العمر في إسرائيل بحسب الشريحة السكانية والجنس. من عام 1975 حتى 2017.

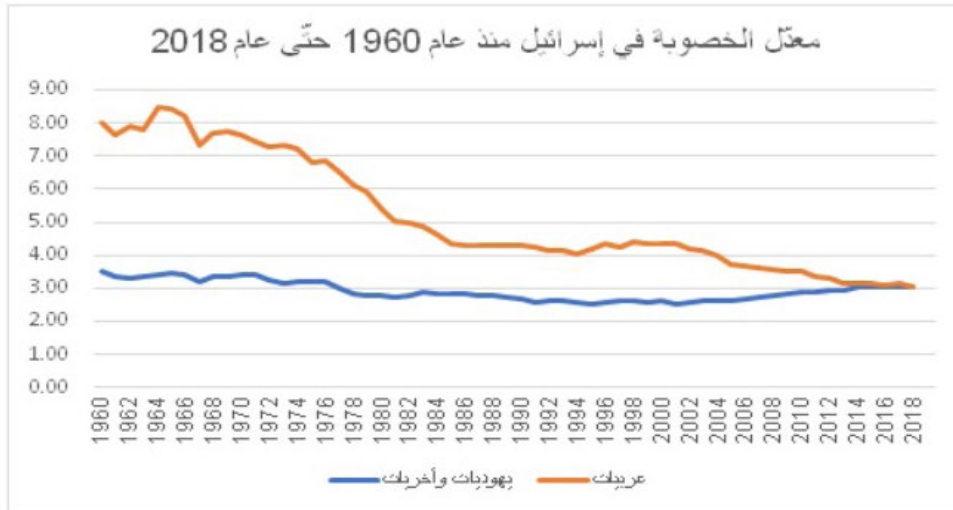


المصدر: مركز أدفا، الصورة الاجتماعية، 2018 ومعطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية عام 2018.

### 3.1.2. معدل الخصوبة

المعطى الصحي الثاني هو معدل الخصوبة. ما يميز التغيرات في معدل الخصوبة خلال السنين، كما هو مبين في الشكل 4، هو ثباتها تقريباً لدى المجتمع اليهودي وانخفاضها الكبير لدى المجتمع الفلسطيني في إسرائيل. انخفض معدل الخصوبة في المجتمع الفلسطيني انخفاضاً حاداً منذ بداية السبعينيات، واستمر في الانخفاض حتى السنوات الأخيرة. في عام 1970، كان معدل الخصوبة 8 أولاد، وانخفض تدريجياً إلى 5 أولاد عام 1982، بينما لم يتغير كثيراً هذا المعدل لدى المجتمع اليهودي، فقد ظلّ نحو 3 أولاد خلال هذه الفترة. في سنوات الثمانين، وهي فترة التحول إلى الليبرالية الحديثة، استمرت الخصوبة في الانخفاض لدى المجتمع الفلسطيني فوصل معدلها إلى 4 أولاد عام 1994، وانخفض إلى 3 أولاد عام 2018. في المقابل، انخفض المعدل قليلاً لدى المجتمع اليهودي منذ عام 1960 (نحو 3.5 ولد) حتى 2018 (نحو 3 أولاد)، فتساوى بهذا المعدل الخصوبة بين المجتمعين الفلسطيني واليهودي في إسرائيل.

الشكل 4. معدّل الخصوبة في إسرائيل بحسب الشريحة السكّانية، من عام 1960 حتّى 2018.

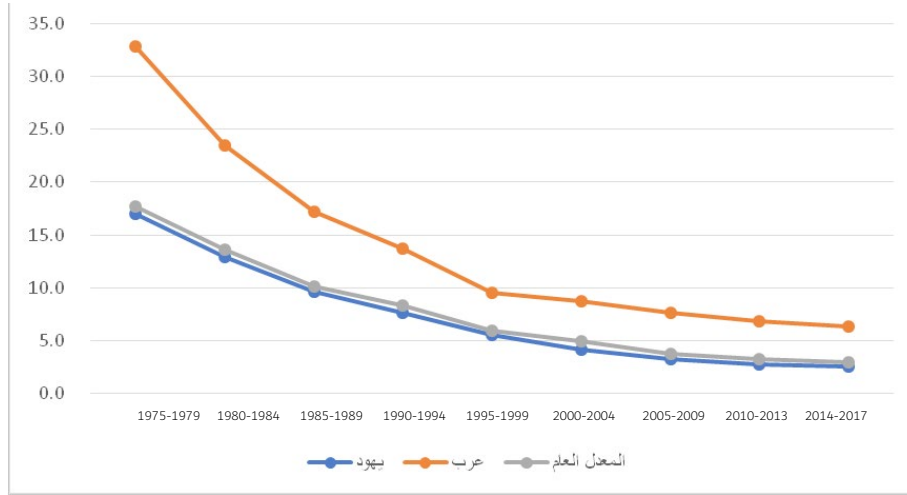


المصدر: معالجة لمعطيات دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة، المسح السنوي، 2019.

### 3.1.3. وفيات الأطفال الحديثي الولادة

من المعطيات الحساسة جدًّا في الصحة المعطى الخاصّ بوفيات الأطفال الحديثي الولادة (Flic, 2013) الذي يعتمد على نسبة وفيات الأطفال حتّى عامهم الأوّل. بحسب معطيات الوفيات في إسرائيل من المسح السنويّ لدائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة عام 2018، أظهرت المعطيات من عام 1975 حتّى عام 2017 هبوطًا دائمًا في وفيات الأطفال الحديثي الولادة الذين لم يكملوا عامهم الأوّل. كما هو مبين في الشكل 5، نسبة وفيات الأطفال من كلّ 1,000 وليد أخذت في الانخفاض لدى الفلسطينيين واليهود الإسرائيليين على حدّ سواء. بيّد أنّ الفجوة ظلّت قائمة بين المجموعتين السكّائيتين، بحيث ظلّت نسبة وفيات الأطفال لدى الفلسطينيين أعلى من المعدّل العامّ لوفيات الأطفال في إسرائيل، وقرابة ضعفيّ النسبة التي لدى اليهود. في المقابل، ظلّت نسبة وفيات الأطفال لدى اليهود أقلّ من المعدّل العام في البلاد. في سنوات السبعين، كانت نسبة وفيات الأطفال الفلسطينيين 32.9 مقابل 17.0 لدى اليهود. عند الانتقال إلى الليبرالية الحديثة في المنتصف الثاني من الثمانينيات، انخفضت النسبة إلى 17.2 لدى الفلسطينيين وإلى 9.6 لدى اليهود، لكن الفجوة ظلّت على ما هي عليه. في المنتصف الثاني من سنوات التسعين، صارت نسبة الوفيات 9.5 لدى الفلسطينيين و 5.5 لدى اليهود. في النصف الثاني من سنوات الألفين، صارت النسبة 7.6 لدى الفلسطينيين مقابل 3.3 لدى اليهود. وأخيرًا، منذ العام 2014 حتّى العام 2017 صارت النسبة 6.3 لدى الفلسطينيين، و 2.5 لدى اليهود. كما هو ظاهر في هذه المعطيات، ظلّت نسبة وفيات الأطفال الحديثي الولادة عند الفلسطينيين في إسرائيل ضعفيّ نظيرتها لدى اليهود.

الشكل 5. نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة من 1,000، بحسب المجموعة السكانية. من عام 1975 حتى 2017



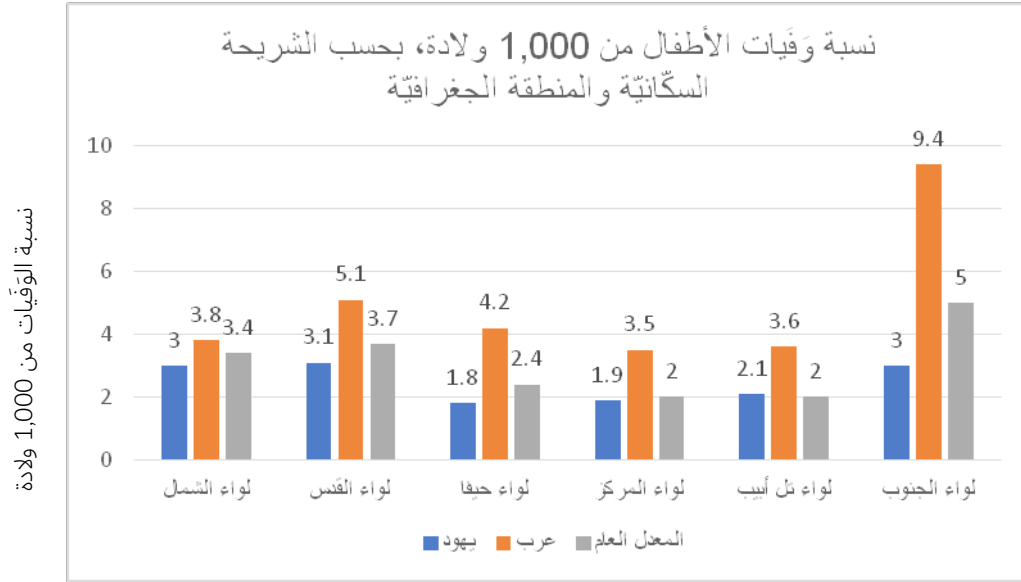
المصدر: معالجة لمعطيات المسح السنوي لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية عام 2018.

وبالنظر إلى المناطق الجغرافية في البلاد، تُشير مُعطيات الأعوام 2012 - 2016 إلى أنّ أعلى نسبة وفيات أطفال حديثي الولادة كانت في النقب؛ فقد كانت النسبة 10.8 من 1,000 في رهط، تلتها بلدات عربية أخرى، في المثلث: كفر قاسم (8.3)؛ عرعر (7.4)، وفي الجليل: شفاعمرو (6.1)؛ ومعلوت ترشيحا (6.1). يجدر بالإشارة أنّ هذه المعطيات لم تعتمد إلاّ البلدات التي فيها 20 ألف ساكن وأكثر، واستثنت بهذا القرى الصغيرة، وبخاصة بلدات النقب العربية، والقرى غير المعترف بها.

في مُعطيات لاحقة للمسح السنوي لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية (2019)، يتبين أنّ النسب الأعلى من وفيات الأطفال حديثي الولادة هي في أوساط الفلسطينيين في ألوية البلاد كافة (انظروا الشكل 6). فكما هو مبين في الشكل، التّسبب الأعلى من وفيات الأطفال بحسب التوزيع الجغرافية هي لدى الفلسطينيين، والنسبة الأعلى على الإطلاق هي في الجنوب: (9.4) من 1,000.



الشكل 6. نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة من 1,000، بحسب المجموعة السكانية والمنطقة الجغرافية

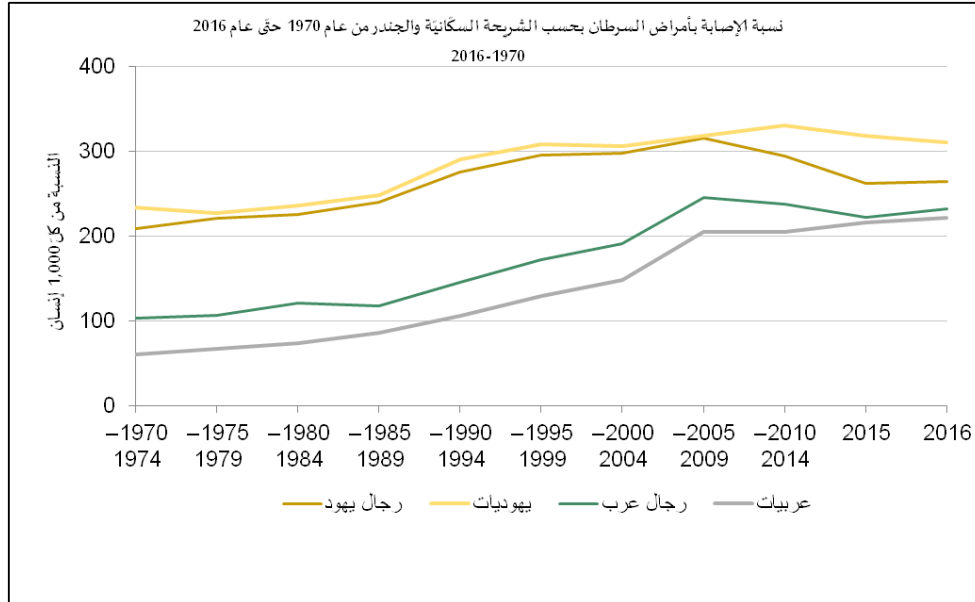


المصدر: معالجة لمعطيات المسح السنوي لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية عام 2019.

### 3.1.4. مرض السرطان:

ظلت الإصابة بالسرطان بحسب مُعطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية في ارتفاع مستمر، وبخاصة منذ سنوات الثمانين حتى السنوات الأخيرة، وظلت النسبة لدى اليهود (الرجال والنساء) أعلى مما لدى الفلسطينيين العرب. وعلى الرغم من ذلك، أخذت هذه الفجوة تضيق منذ عام 2005. كما هو مبين في الشكل 7، في الوقت الذي بدأت نسبة الإصابة بالسرطان ترتفع لدى الفلسطينيين العرب، أخذت هذه النسبة في الانخفاض لدى اليهود. وحسب مُعطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية (2019)، تضاءلت الفجوة من أكثر بمرتين لدى الرجال اليهود منها لدى الرجال الفلسطينيين العرب في سنوات السبعين، إلى أكثر من 1.1 في عام 2016. وتضاءلت من أكثر من 3.9 مرة لدى النساء اليهوديات عما لدى النساء الفلسطينيات في سنوات السبعين، إلى أكثر من 1.4 في عام 2016. ارتفعت نسبة الإصابة بالسرطان لدى الرجال الفلسطينيين عام 2016 بمقدار 2.3 مرة، مقابل 1.3 مرة لدى الرجال اليهود، وبمقدار 3.7 لدى النساء الفلسطينيات، مقابل 1.3 مرة لدى النساء اليهوديات (انظروا الشكل 7).

الشكل 7. نسبة الإصابة بأمراض السرطان بحسب الشريحة السكانية والجنس من عام 1970 حتى عام 2016.



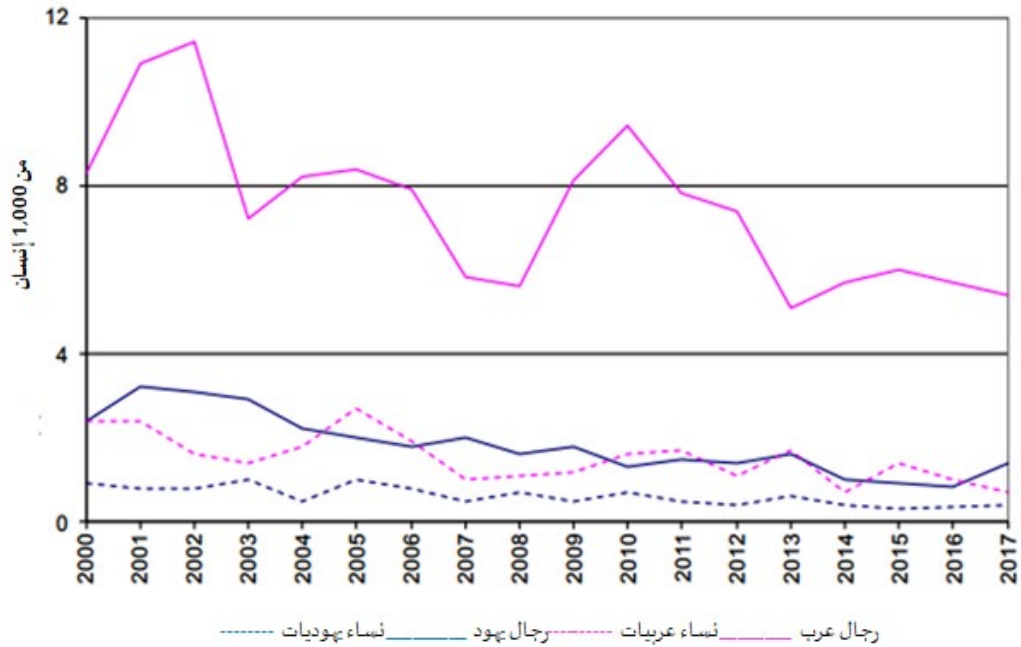
المصدر: الرسم البياني مقتبس من المسح السنوي لمكتب الإحصاء المركزية الإسرائيلية، 2019، ص 54 (مع ترجمة المفردات).

### 3.1.5. الجريمة: القتل

من بين المخالفات المختلفة التي تندرج ضمن الجريمة، اخترت جرائم القتل والأذى الجسدي لكونها الأكثر إثارة للقلق في المجتمع الفلسطيني في إسرائيل، من بين الجرائم الأخرى (علي، 2014). بحسب تقارير المسح الاجتماعي لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية (2009)، كانت نسبة جرائم الأذى الجسدي لدى المجتمع الفلسطيني خلال سنوات التسعين أقل من نظيرتها لدى اليهود. ولكن حدث تغير كبير منذ الانتفاضة الثانية، أكتوبر عام 2000، إذ ارتفعت نسبة جرائم القتل ارتفاعاً ملحوظاً في المجتمع الفلسطيني، وهبطت هذه النسبة لدى اليهود. في الشكل 8، نرى صورة لتغيرات نسبة الجريمة منذ عام 2002 حتى عام 2017.

بحسب معطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية لعام 2017، ابتداء من عام 2000، وخلال العقدَيْن الأخيرين، كانت نسبة جرائم القتل في المجتمع الفلسطيني أعلى مما لدى المجتمع اليهودي. كما هو مبين في الشكل أدناه، كان التناسب في جرائم القتل بين اليهود والفلسطينيين عام 2000 يقارب 1 مقابل 5.3 من معدّل الجرائم (على التوالي -الأكثر لدى الفلسطينيين). عام 2015، صار المعدّل لدى المجتمع الفلسطيني أعلى 2.6 مرة من نظيره لدى المجتمع اليهودي. في عام 2016، صار أعلى 7.5 مرة، وفي عام 2017 أعلى 4.3 مرة. إضافة إلى هذا، وعلى نحو ما نرى في الشكل 8، بينما تظلّ نسبة الجرائم في المجتمع الفلسطيني ترتفع وتنخفض قليلاً خلال السنين، ظلّت أعلى من نظيرتها لدى اليهود، وفي المقابل ظلّت نسبة الجرائم في المجتمع اليهودي في انخفاض.

الشكل 8. نسبة جرائم القتل بحسب الشريحة السكانية من عام 2000 حتى عام 2017



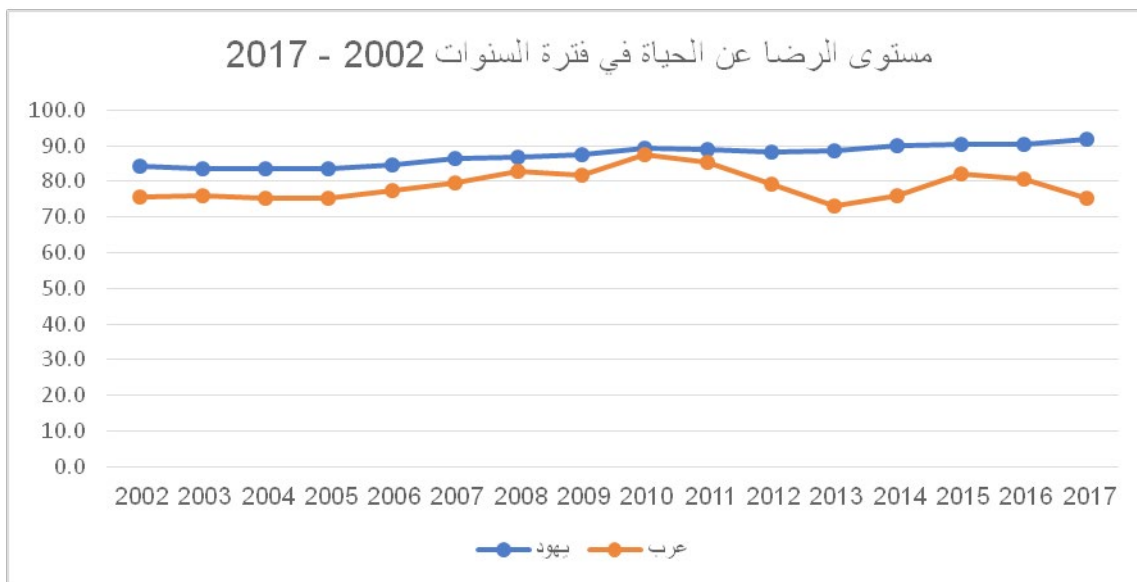
المصدر: دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة، المسح الاجتماعي، 2017، ص 112 (مع ترجمة المفردات).

### 3.2. الصحة النفسية

#### 3.2.1 مستوى الرضا عن الحياة

بحسب معطيات الصحة النفسية من دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة (2017)، نسبة مستوى الرضا عن الحياة في العَقدَيْن الأخيرَيْن، لدى الفلسطينيين واليهود الإسرائيليين المستطلّعة آراؤهم، كانت عالية نسبياً (تربو على 70%). لكن كما هو موضح في الشكل 9، ظلّت هنالك فجوة بينهما؛ إذ كانت نسبة الرضا أعلى لدى اليهود من نظيرتها لدى الفلسطينيين. في الغالب، ظلّت النسبة في ارتفاع مستمرّ لدى اليهود؛ فقد ارتفعت من 84.4% عام 2002 لتبلغ 91.8% عام 2017. أمّا لدى الفلسطينيين العرب، فارتفعت عام 2002 من 75.6% حتّى وصلت ذروتها عام 2010: 87.5%. ثمّ انخفضت واستمرّت في الانخفاض حتّى بلغت 75.3% عام 2017.

الشكل 9. مستوى الرضا عن الحياة بحسب الشريحة السكانية، في فترة السنوات 2002 - 2017.

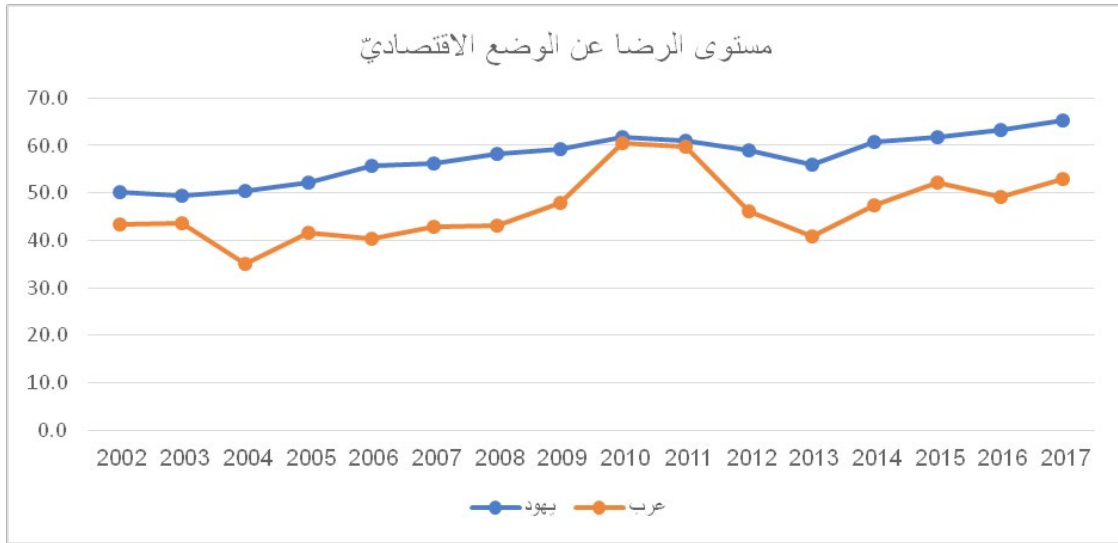


المصدر: معالجة لمعطيات المسح الاجتماعي، دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة، 2017.

### 3.2.2. مستوى الرضا عن الوضع الاقتصاديّ

الأمر هنا لا يختلف عن سابقه كذلك في منحى الوضع الاقتصاديّ (الشكل 10). مستوى رضا اليهود عن الوضع الاقتصاديّ أعلى دائماً من نظيره لدى الفلسطينيين. بمتابعة للمعطيات في العقدين الأخيرين، يتكشّف أنّ النسبة لدى الشريحتين السكّانيّتين تتراوح غالباً بين 50% و 60%. ارتفعت من عام 2002 لدى اليهود من 50.2%، واستمرّت في الارتفاع حتّى عام 2017 فصارت 65.2%، أمّا لدى الفلسطينيين، فكانت النسبة عام 2002 نحو 43.5%، وبلغت ذروتها عام 2010 فكانت 60.5%، ثمّ انخفضت انخفاضاً ملحوظاً فبلغت 40.3% عام 2013، ثمّ ارتفعت قليلاً فبلغت 52.9% عام 2017.

الشكل 10. مستوى الرضا عن الوضع الاقتصاديّ بحسب الشريحة السكّانية، في فترة السنوات 2002 - 2017.

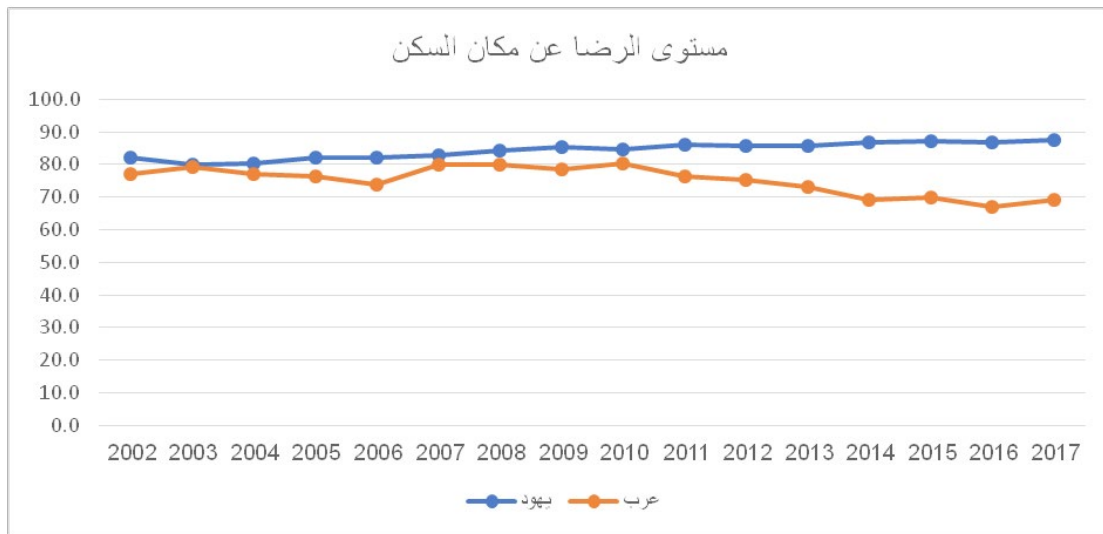


المصدر: معالجة لمعطيات المسح الاجتماعيّ، دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة، 2017.

### 3.2.3. مستوى الرضا عن مكان السكن

في الرضا عن مكان السكن كذلك ثمة فجوة بين اليهود والفلسطينيين، لكن مستوى الرضا لدى الفلسطينيين على العموم مرتفع. بمتابعة للشكل 11، يمكن أن نرى أنّ مستوى الرضا في ازدياد مستمرّ لدى اليهود، إذ ارتفع من 82.1% عام 2002 إلى 87.5% عام 2017. في المقابل، لدى الفلسطينيين كان مستوى الرضا 77.2% عام 2002، وارتفع حتّى بلغ ذروته عام 2010، فوصل إلى 80.3%، ثمّ انخفض انخفاضًا ملحوظًا حتّى بلغ 69.2% عام 2017. وعلى مرّ السنوات، كان مستوى الرضا عن مكان السكن لدى الفلسطينيين أقلّ من نظيره لدى اليهود.

الشكل 11. مستوى الرضا عن مكان السكن بحسب الشريحة السكّانية، في فترة السنوات 2002 - 2017.

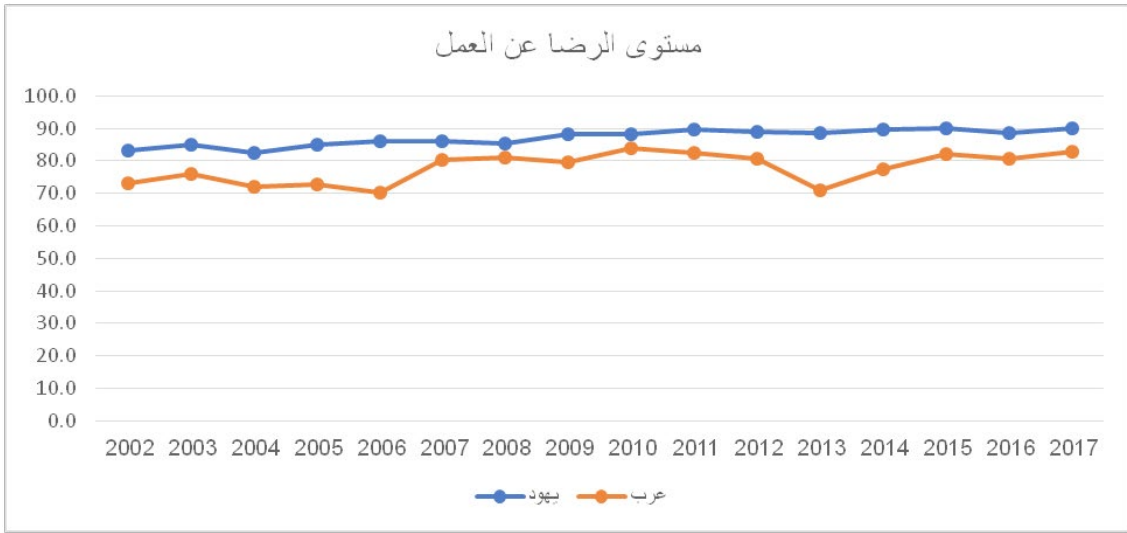


المصدر: معالجة لمعطيات المسح الاجتماعي، دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية، 2017.

### 3.2.4. مستوى الرضا عن العمل

في ما يتعلّق بالعمل، كذلك ثمة فجوة بين الفلسطينيين العرب واليهود. الفلسطينيون أقلّ رضا عن أعمالهم مقارنةً باليهود. كما نرى في الشكل 12، على وجه العموم كان الرضا عن العمل في صفوف اليهود في العقدين الأخيرين في ارتفاع مستمرّ، من 83.0% عام 2002 إلى 90.2% عام 2012، أعلى من نظيره لدى الفلسطينيين. أمّا الأخيرون، فكانت هنالك تغييرات في مستوى رضاهم، إذ هو يرتفع وينخفض خلال السنين، من نسبة 73.2% عام 2002، إلى 70.8% عام 2013، إلى 83.0% عام 2017.

الشكل 12. مستوى الرضا عن الحياة بحسب الشريحة السكانية، في فترة السنوات 2002 - 2017.



المصدر: معالجة لمعطيات المسح الاجتماعي، دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية، 2017.

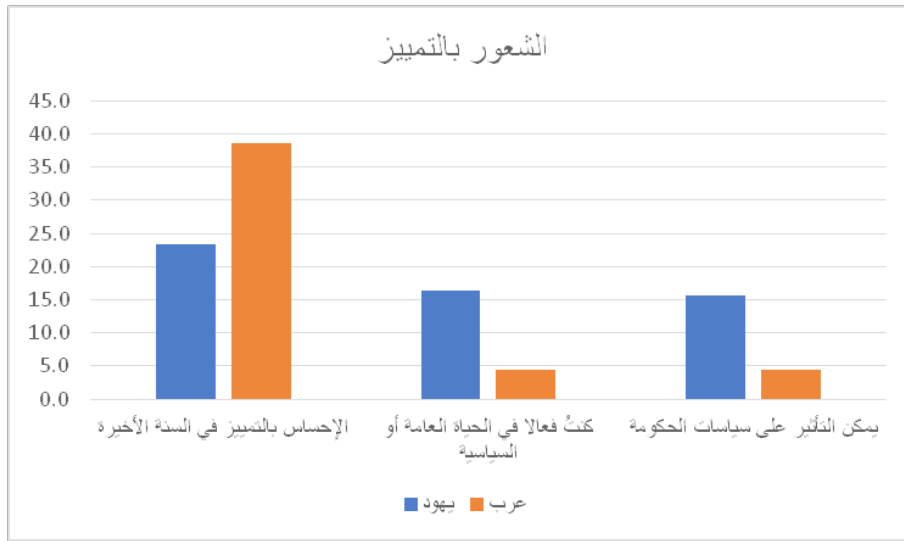
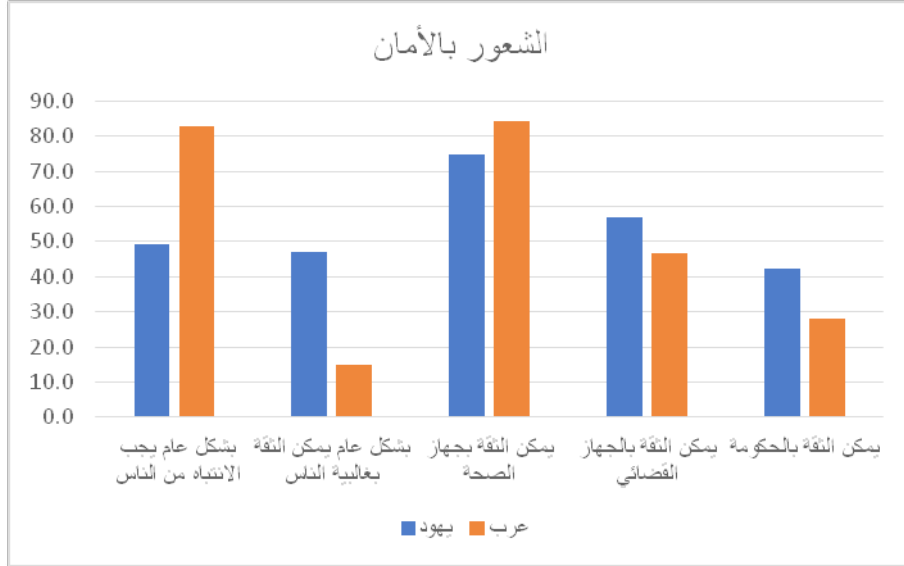
### 3.2.5. أوضاع نفسية مختلفة:

في مراجعة لمعطيات المسح الاجتماعي لدائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية (2017)، يتّضح أنّه في الحالات النفسية المعروضة أدناه، يظهر الفلسطينيون أقلّ شعورًا بالأمان وأكثر شعورًا بالتمييز (الشكل 13)، وأكثر شعورًا بالوحدة والاكتماب ومشكلات في المزاج (الشكل 13). فعلى سبيل المثال، في مقياس مشاعر الأمان، أجاب الفلسطينيون بنسب أعلى ممّا لدى اليهود أنّه يجب الاحتراس من الناس (82.7% فلسطينيون مقابل 49.2% يهود)، وبنسب أقلّ في ما يلي: يمكن الوثوق بالناس (15% فلسطينيون، مقابل 47.2% يهود)؛ يمكن الوثوق بجهاز الصحة (84.1% فلسطينيون، مقابل 74.7% يهود)؛ يمكن الوثوق بالجهاز القضائي (46.7% مقابل 42.3%)؛ يمكن الوثوق بالحكومة (28.1% مقابل 42.3%).

في الشعور بالتمييز (الشكل 13)، ثمة نسبة أعلى من الفلسطينيين شعروا بالتمييز في العام الأخير مقارنةً باليهود (38.7% مقارنةً بـ 23.4% على التوالي)، وكان الفلسطينيون أقلّ فعاليةً في الحياة العامة أو السياسية

(4.5%) مقارنةً باليهود (16.3%)، وأقلّ إيمانًا بتأثيرهم على سياسات الحكومة (4.5%) مقارنةً باليهود (15.7%).

الشكل 13. الشعور بالأمان والشعور بالتمييز بحسب الشريحة السكّاتية، عام 2017

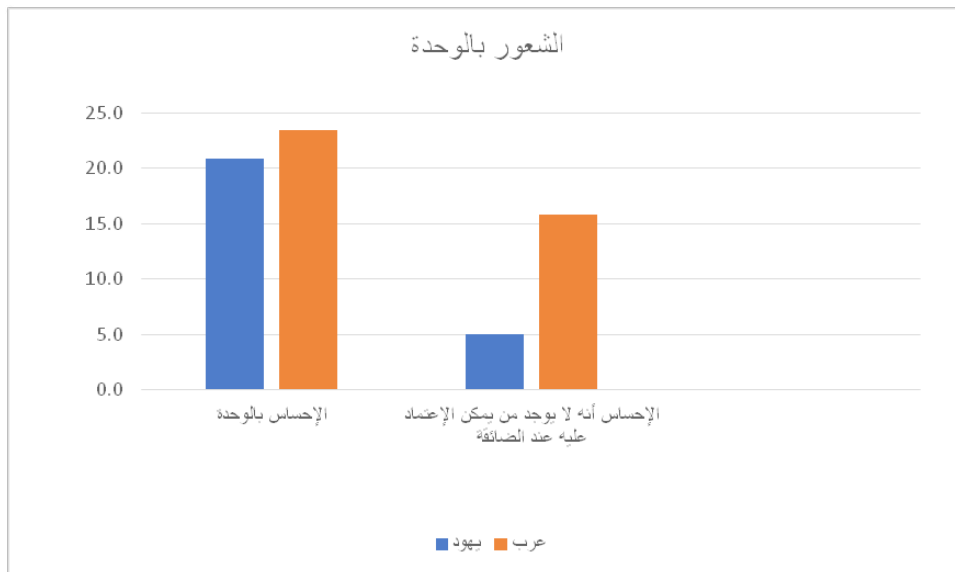
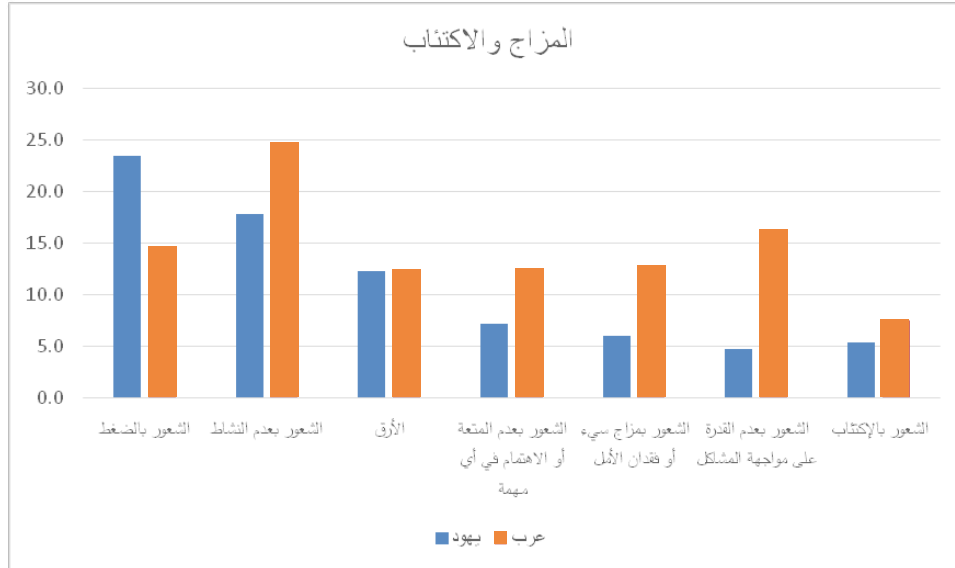


المصدر: معالجة لمعطيات المسح الاجتماعي، دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة، 2017.

في مشاكل المزاج والاكتئاب (الشكل 14)، أظهر الاستطلاع أنّ الفلسطينيين مرّوا أكثر من اليهود: بالشعور بعدم النشاط (24.7%، مقابل 17.8% من اليهود)؛ بالشعور بعدم المتعة أو الاهتمام بأيّ مهمّة (12.5%، مقابل 7.2% من اليهود)؛ بالشعور بمزاج سيّء أو فقدان الأمل (12.8%، مقابل 6% من اليهود)؛ بالشعور بعدم القدرة على حلّ المشاكل (16.3%، مقابل 4.8% من اليهود). بخلاف هذا المنحى، ظهر أنّ اليهود أكثر من الفلسطينيين أقرّوا بشعورهم بالضغط (23.4%، مقابل 14.6% من الفلسطينيين)، وكان الإحساس بالأرق تقريبًا متساويًا لدى الفلسطينيين واليهود (12.4%).

في مشاعر الوحدة (الشكل 14)، 23.5% من الفلسطينيين أحسوا بالوحدة مقارنةً بـ 20.9% من اليهود، و 15.8% من الفلسطينيين أحسوا أنه ليس ثمة من يمكن الوثوق به في حالات الضائفة مقارنةً بـ 5.0% فقط من اليهود.

الشكل 14. نسبة المزاج والاكتئاب، ونسبة الشعور بالوحدة بحسب الشريحة السكانية. عام 2017.



المصدر: معالجة معطيات دائرة الإحصاء المركزية الإسرائيلية، المسح الاجتماعي (2017).

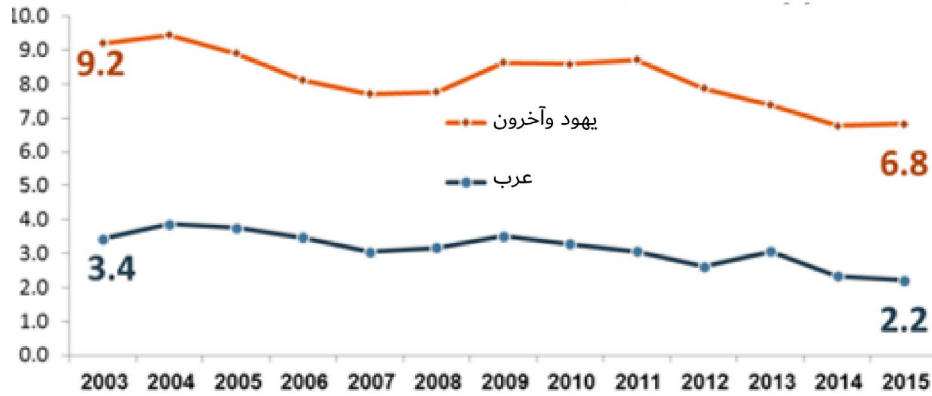
### 3.4. الانتحار.

على الرغم من الفجوات في مقاييس الصحة التي عُرضت حتى الآن التي تُشير في الغالب إلى صحة أفضل لليهود، فإن نسبة الانتحار (والإصابة بالسرطان) لدى الفلسطينيين العرب أقل على نحو ملحوظ عن نظيرتها لدى اليهود، لكنها انخفضت خلال العفدين الأخيرين. بحسب معطيات وزارة الصحة لعام 2019، انخفضت



نسبة الانتحار في فترة السنوات 2002 - 2016 لدى المجتمعين. من كل 100 ألف شخص، كانت النسبة عام 2002 لدى اليهود 9.2، مقابل 3.4 لدى الفلسطينيين. واستمرت في الانخفاض فصارت عام 2016 نحو 6.8 لدى اليهود، مقابل 2.2 لدى الفلسطينيين (الشكل 15).

شكل 15. نسبة الانتحار بحسب الشريحة السكانية. من عام 2003 حتى 2015



المصدر: وزارة الصحة، حالات الانتحار ومحاولات الانتحار، 2019، ص 10.

## ◆ مناقشة

ابتغت هذه المقالة تقديم خلاصة لمعطيات الصحة الجسدية والنفسيّة لدى الفلسطينيين في إسرائيل خلال العقود الأخيرة، ومقارنتها بصحة الأكثرية اليهودية، آخذة بعين الاعتبار الواقع السياسي الاجتماعي وتحول إسرائيل نحو الليبرالية الحديثة. يدلنا رصد معطيات الصحة الجسدية خلال العقود الخمسة الأخيرة، وبخاصة منذ تحول إسرائيل نحو الليبرالية الحديثة، على ضعف مستمر في مناحي الصحة لدى الفلسطينيين خلال السنوات الأخيرة، بما ينسجم مع تفاقم الفجوات الاجتماعية - الاقتصادية خلال تلك السنين. فعلى الرغم من ازدياد النمو الاقتصادي في إسرائيل بعد تبنيها للليبرالية الحديثة (سووسكي، 2006)، ازدادت الفجوات الاجتماعية - الاقتصادية بين الناس، واتسعت نسبة العائلات التي تندرج تحت خط الفقر (أدفا، 2020)، حيث نجد أنّ معظم العائلات الفلسطينية تقع تحت خط الفقر (أدفا، 2019). وفي الوقت ذاته، ازدادت الفجوات الصحية بين الفلسطينيين واليهود الإسرائيليين.

على الرغم من ارتفاع معدّل العمر لدى المجتمعين الفلسطيني واليهودي في إسرائيل، وانخفاض عدد وفيات الأطفال، ظلّت هناك فجوة قائمة بينهما، فقد اتسعت الفجوة في معدّل العمر لدى اليهود والفلسطينيين في السنوات السابقة. أمّا الفجوة في وفيات الأطفال، فعلى الرغم من تضاولها، ظلّت قائمة بالنسبة نفسها تقريباً بين المجتمعين، وكانت النسب الأعلى منها في البلدان الفلسطينية. كذلك إنّ الإصابة بأمراض السرطان قد انخفضت لدى اليهود في العقود الأخيرة، وارتفعت لدى الفلسطينيين. وأخيراً، هنالك معدّل الخصوبة، وهو عامل أيديولوجي مهمّ يتعلّق بالعامل الديموجرافي الذي ظلّت السياسات الإسرائيلية تتحكّم به (Swirski، 1999). انخفض معدّل الخصوبة انخفاضاً ملحوظاً لدى الفلسطينيين خلال العقود الأخيرة، وبخاصة منذ التحول إلى الليبرالية الحديثة، في الوقت الذي حافظ اليهود فيه تقريباً على المعدّل نفسه، وتساووا به مع المواطنين الفلسطينيين في إسرائيل. من الجدير بالذكر أنّ كون الإصابة بالسرطان أقلّ في المجتمع

الفلسطيني من نظيرتها لدى اليهودي لا تشير بالضرورة إلى أنها قليلة في الحقيقة. فبالاعتماد على مُعطيات سابقة وآراء باحثين في الصحة (على سبيل المثال: مركز أدفا، 1999، 2020؛ Flic، 2013)، قد يكون شح الموارد والخدمات الصحية في البلدات الفلسطينية سبباً لعدم الكشف أصلاً عن وجود أمراض، كالسرطان. وعلى ذلك، فإنّ التقارير المتوافرة بشأن الإصابة بهذه الأمراض لا تشير بالضرورة إلى الواقع. في المقابل، معدّل الوفيات هو أقرب إلى الواقع، وذلك أنّها تؤنق لدى المؤسسات الحكومية.

يُمكن تفسير هذه الفجوات، كما أسلفت الذكر، بتاريخ الإقصاء والتهميش المؤسساتي تجاه المجموعة الفلسطينية في إسرائيل. الحكومة الإسرائيلية، التي منذ البداية رأت الفلسطينيين "مشكلة" وتهديداً لأمنها، وحاولت في العقود الأولى من قيام الدولة السيطرة عليهم عسكرياً، حولت أساليب سيطرتها، في رأيي، إلى أساليب اقتصادية؛ إذ إنّ سياسة التمييز الاقتصادي واستثناء الفلسطينيين من المشاركة الفردانية في الاقتصاد الحرّ (سورسكي، 2005؛ 2006) جعلتهم متعلّقين اقتصادياً بالأكثرية اليهودية (جمال، 2006). كما أنّ إقصاءهم من المشاركة في اتخاذ القرارات السياسية، وتقليص حيزهم المكاني (Ghanem & Khatib، 2019؛ Manna، 2019)، وخصخصة الخدمات الصحية، وتقليص الموارد الاقتصادية، كلّ هذه أثرت على منالية الخدمات الصحية. وقد أظهرت العديد من الدراسات السابقة أنّ تدني الوضع الاجتماعي - الاقتصادي يؤثّر سلبيّاً على حالة الفرد الصحية، ويخلق فجوات صحية بين الفئات الاجتماعية (تشرنخوفسكي وزملاؤه، 2017؛ Otterson et al.، 2014؛ Pope & Arthur، 2009؛ WHO، 2008).

تشبه مُعطيات الدراسة الحالية نتائج دراسات ومُسوح سابقة لدى أقلّيات مضطّهدة في العالم. في هذا الشأن يمكن، على سبيل المثال، الاطلاع على معدّل العمر الأقلّ ونسبة الوفيات الأعلى لدى الأفارقة الأمريكيين مقارنة بالبيض (National Center for Health Statistics، 2009؛ Friden، 2011)، إضافة إلى النسبة العالية من وفيات الأطفال لدى سگان أمريكا وألاسكا الأصليين (MacDorman & Mathews، 2011). كذلك هو الأمر بالنسبة للفجوات في نسبة الانتحار. ففي عام 2007، كانت النسبة الأعلى (83.5%) من الحالات لدى البيض، 7.1% لدى الأفراد من أمريكا اللاتينية، 5.5% لدى الأفارقة الأمريكيين (Crosby، Ortega، & Stevens، 2011). في مقابل هذا، معدّل الجريمة لدى الأفارقة أكثر بعشر مرّات من نظيره لدى البيض الأمريكيين، وأعلى ممّا لدى الأمريكيين المتحدّرين من أمريكا اللاتينية (Logan، Smith، & Stevens، 2011).

من منظور علاقات القوى التاريخية بين المجموعة الفلسطينية والأكثرية اليهودية الإسرائيلية، يمكن أن نفهم الفجوات الصحية على أنّها انعكاس لتاريخ الاضطهاد الذي تعرّص له الفلسطينيون في إسرائيل، ومحاولات من إسرائيل للسيطرة عليهم اقتصادياً وسياسياً وجغرافياً وديموграфияً.

في رأيي، يمكن من خلال معطيات الصحة أن نرى صورة السياسة الإسرائيلية على جسد المواطن الفلسطيني. ذلك ما يسمّيه فوكو (Foucault، 1979) "البيو-سياسة"، أي ظهور الممارسات السياسية والاقتصادية على جسد الفرد. بحسب فوكو، خلال الليبرالية الحديثة انتقلت سلطة الدول الغربية من سيطرة على الفرد بواسطة السلاح والجيش إلى السيطرة بواسطة القوانين والسياسات الاقتصادية؛ فقد جرى التحكم بعمره وخصوبته وأفكاره وصحته النفسية. وفي إسرائيل، تبنّي الليبرالية الحديثة ودمج ذلك بسياسات قومية إقصائية هدفهما التحكم بالمجموعة الفلسطينية اقتصادياً وسياسياً وديموграфияً وصحياً.

من حيث الصحة النفسية، يُظهر رصد المعطيات في العقدَيْن الأخيرَيْن أيضاً الضائقة النفسية التي يعيشها المواطنون الفلسطينيون، مقارنةً بنظرائهم اليهود في إسرائيل؛ فقد عبّروا خلال السنين عن رضا أقلّ عن حياتهم وواقعهم الاقتصادي وعملهم ومكان سكنهم. إضافة إلى هذا، اختبر الفلسطينيون أكثر من اليهود مشاعر الإحباط، والتوتر، والكتئاب، وعدم الأمان، والتمييز، والوحدة. تُشبه معطيات هذه الدراسة نتائج بحث

محلّي أجراه ليثيف وزملاؤه (Levav et al., 2007)، أظهر أنّ الفلسطينيين في إسرائيل يواجهون ضائقات نفسية كالضغط والتوتر والشعور بالاكْتئاب أكثر من اليهود (Al-Krenawi, 2019; Levav et al., 2007).

تتوافق هذه المعطيات مع نتائج دراسات سابقة أجريت في شمال أمريكا لدى السكّان الأصليين في كندا والولايات المتّحدة. تُظهر دراسات عديدة أنّ سكّان شمال أمريكا الأصليين، الذين واجهوا تاريخيًا سياسات الاضطهاد والقمع من قبل المهاجرين الأوروبيين، يواجهون ضغوطًا نفسية عديدة، كالاكتئاب والقلق مثلًا، بنسب أعلى من نظيرتها لدى مواطنين أمريكيين من أصول وثقافات أخرى (انظر، على سبيل المثال: Canadian Mental Health Association, 2014; Gone, Hartmann, Pomerville, Wendt, Klem, & Burrage, 2019; Government of Canada, 2014; Kirmayer, Brass, Holton, Paul, & Simpson 2007).

ثمّة أسباب سياسية واقتصادية واجتماعية يمكنها تفسير التّسبب العالية من الضائقات النفسية لدى الفلسطينيين قياسًا باليهود الإسرائيليّين. أقلّ هذه الأسباب وجودهم كمجموعة قومية أصلية في إسرائيل، تمارس عليها المؤسّسات الإسرائيليّة باستمرار سياسات القمع والتمييز والاضطهاد (Levav et al., 2007). في بعض الدراسات العالميّة، رأى باحثون أنّ الأقليات التي تشعر بالتمييز تختبر ضغوطًا نفسية أكثر من غيرها (Ferdinand, Paradies, & Kelaher, 2015). إضافة إلى هذا، إضعاف الهوية الجماعية للمجموعة الفلسطينية قد يكون سببًا في تدني صحتهم النفسية. فبحسب بعض الباحثين (على سبيل المثال: جمال، 2005؛ عرار، 2006؛ 2011؛ Ghanem, 2011؛ Arar, 2012؛ Jamal, 2016) استمرت الحكومة الإسرائيليّة عبر السنين في فصل الفلسطينيين ثقافيًا عن تاريخهم وتغييب هويتهم القوميّة. في هذا الصدد، من الباحثين (على سبيل المثال: Kirmayer et al, 2007; Stein et al., 2014) من يقرونون بين الشعور بالانتماء إلى المجموعة الإثنية، من جهة، والشعور بالثقة بالنفس وعوارض الاكتئاب، من جهة أخرى. ثلثي هذه الأسباب يتمثّل في تدني الوضع الاجتماعيّ - الاقتصاديّ (Levav et al., 2007). في سياق الليبرالية الحديثة، زيادة الفقر تؤثر أيضًا في الصحة النفسية. كما أشرنا سابقًا، أظهرت دراسات سابقة (Bartfay et al., 2013; Pope & Arthur, 2009) التأثير السلبيّ للفقر وغياب الموارد الاقتصادية على صحّة الفرد النفسية كالشعور بالاكتئاب، والإحباط، والضغط النفسيّة. وفي جانبها الثقافيّ، لا تحمل الليبرالية الحديثة قيمًا اقتصادية فقط، بل تحمل كذلك معايير اجتماعية كما أسلفنا الذكر، من بين أهمّها الحرّيّة والاستقلاليّة (Harvey, 2007). تبنّت إسرائيل هذه القيم الثقافيّة الغربيّة، وأسهمت في تقليص العائلة والعلاقات الاجتماعيّة وتشجيع الفردانيّة، فتأثرت بذلك الأقلّيّة الفلسطينيّة (Arar & Abramovitz, 2013). بحسب عرار وأبراموفتش، صار المجتمع الفلسطينيّ مجتمعًا انتقاليًا، بعدما كان يعرّف سابقًا على أنّه مجتمع جماعيّ تربط بين أفرادها علاقات تكافل اجتماعيّ واقتصاديّ ونفسيّ مع أفراد العائلة المصغّرة والممتدّة (Haj-Yahia, 2019). لربّما أثر كذلك هذا الانتقال نحو الثقافة الغربيّة في الصحة النفسية لدى الفلسطينيين (علي، 2014). فضلًا عن هذا، الخدمات النفسية مبنية أصلًا على معايير غربيّة، وهو ما قد يؤثّر سلبيًا على تلبية احتياجات المواطنين الفلسطينيين (Haj-Yahia, 2019; Dwairy, 2015; Levav et al., 2007).

أمّا بالنسبة لظاهرة الانتحار، فقد كانت نسبتها في العقدين الأخيرين لدى الفلسطينيين في إسرائيل أقلّ ممّا هي عليه لدى اليهود. هذا الأمر أيضًا نجده لدى الأقارعة الأمريكيّين، حيث نسبة الانتحار لديهم أقلّ ممّا هي لدى البيض ومجموعات عرقية وثقافية أخرى في الولايات المتّحدة (Crosby, Ortega, & Stevens, 2011). قد يكون التفسير لهذا هو ارتفاع ظاهرة الجريمة والقتل. هذه النسبة أعلى لدى الأقارعة الأمريكيّين مقارنة بفئات اجتماعية أخرى (Cross, 2003; Logan, Smith, & Stevens, 2011). الأمر ذاته نجده لدى الفلسطينيين في إسرائيل؛ حيث إنّ معدّل الجريمة كما رأينا خلال العقدين الأخيرين كان في ارتفاع دائم وأعلى من نظيره لدى اليهود (علي،

(2014).

في تفسير لارتفاع حالات الجريمة مقابل انخفاض نسبة الانتحار في الدول الديمقراطية والمتقدمة، يرى العالم النفسي فروم (Fromm, 1955) أنّ كلتا الحالتين هما وجهان لعملة واحدة؛ كالتأثيرات عن ضائقة نفسية. بالاعتماد على نظرية التحليل النفسي، يرى فروم أنّه في الضائقة النفسية يمكن للفرد أن يوجّه توتره وغضبه إلى الخارج عن طريق الجريمة، أو أن يوجّهها إلى الداخل عن طريق الانتحار. لذا، حين يرتفع أحدهما ينخفض الآخر. لا يرى فروم فرقاً كبيراً بين الجريمة والانتحار؛ فكلاهما تعبير سلوكي عن ضائقة نفسية ولكن بأدوات مختلفة. من هذا يمكن الاستنتاج أنّ انخفاض الانتحار في المجتمع الفلسطيني، مقارنةً باليهودي، لا يدلّ بالضرورة على غياب الضائقة النفسية والتعبير السلوكي عنها.

## ◆ تلخيص

ابتغت هذه الدراسة معاناة معطيات الصحة الجسدية والنفسية لدى الفلسطينيين خلال العقود السابقة في إطار علاقتهم التاريخية بدولة إسرائيل، ولا سيما في ظلّ انتهاج الليبرالية الحديثة وتأثيرها على المجتمع الإسرائيلي. تُظهر معاناة معطيات الصحة أنّ الفجوات الصحية بين الفلسطينيين واليهود لا تنفصل عن تاريخ اضطهاد الفلسطينيين وتهميشهم في مناح حياتية مختلفة خلال العقود السابقة. فهذا المجتمع الذي قُمع عسكرياً في بداية تأسيس إسرائيل، لوجّق سياسياً، وهُمّش اجتماعياً وثقافياً من قبل سياسات الدولة، تتجلى فيه بوضوح مشاكل الصحة الجسدية والنفسية الحالية مقارنةً بالأكثرية اليهودية. مع تحوّل إسرائيل نحو الليبرالية الحديثة، محافظةً على طابعها القومي والتميز السياسي والاقتصادي لصالح الأكثرية اليهودية، تفاقمت الفجوات الاجتماعية - الاقتصادية بين الفلسطينيين واليهود، وبالتالي انعكست على مشاكل الصحة لدى الفلسطينيين.

## ◆ محدودية الدراسة، وتوصيات

لا تقدّم هذه الدراسة علاقة سببية بين صحة الفلسطينيين ومُعطيات اجتماعية - اقتصادية أخرى، ولا تقيس العلاقة باختبارات ذات دلالة إحصائية، ولكنها تقدّم رؤية تحليلية للفجوات الصحية بين الفلسطينيين واليهود في إسرائيل، كما أنّ هذه الدراسة لم تقدّم صورة للفجوات بين فئات اجتماعية أخرى لدى الفلسطينيين - كالفروق بحسب الجندر، وبحسب الديانة، على سبيل المثال.

لدراسات مستقبلية، أقترح تعميق فهم الفجوات الصحية من خلال إجراء اختبارات ذات دلالة إحصائية تُبين حقيقة ومدى الفجوات الصحية بين الفلسطينيين واليهود. كذلك أقترح تعميق فهم هذه الفجوات من خلال دراسة نوعية لهذه المعطيات، وإجراء مقابلات مع مشاركين فلسطينيين لفهم تجاربهم حول المشاكل الصحية التي يعانون منها. هذا النوع من الدراسات مهمّ جدّاً في أدبيات العدل الاجتماعي وتحديات الأقليات في العالم، إذ لا يكفي تقديم معطيات إحصائية والتعامل مع الأقليات على أسس رقمية، وإنما يجب إسماع صوت المجموعات المضطّدة وإيصال تجاربهم الذاتية إلى العالم.

## ◆ مراجع

- أندبلد، ميربي؛ ودهان، مومي. (2019). لغز الارتفاع في نسبة الفقر لدى العائلات العربيّة. **الأمان الاجتماعيّ**، 107. ص 25-57. (بالعبريّة)
- بن داڤيد، داڤيد؛ وبلايك، حايم. (2013). **الفقر واللامساواة في إسرائيل: تطوّرات خلال السنين مقارنة بدول OECD - تقرير وضع الدولة - مجتمع، اقتصاد، وسياسة**. ص 1-51. (بالعبريّة)
- تشرنيخوفسكي، دوڤ؛ بشارت، بشارة؛ باڤرس، ليئورا؛ بريل، أفيڤ؛ وشروني، جين. (2017). **صحة المجتمع العربيّ في إسرائيل**. مركز طاوب لبحث السياسات في إسرائيل. القدس: إسرائيل. (بالعبريّة)
- جمّال، أمل. (2005). "على نماذج اللامساواة القوميّ في إسرائيل". لدى آڤي، برالي؛ ودانييل، چوطڤين؛ وطوڤيا، بريلينج. (محرّرون). **مجتمع، سياسة واقتصاد: نظرة تاريخيّة وحاليّة**. ص 145-182. (بالعبريّة)
- دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة. (2009). **الجريمة 1999-2008. ستاتستيكال 100**. القدس. (بالعبريّة)
- دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة. (2017). **المسح الاجتماعيّ**. إسرائيل: القدس. (بالعبريّة)
- دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة (2017 ب). **مصروفات ومدخولات المجال الأسريّ**. إسرائيل: القدس (بالعبريّة)
- دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة. (2018). **المسح السنويّ**. إسرائيل: القدس. (بالعبريّة)
- دائرة الإحصاء المركزيّة الإسرائيليّة. (2019). **المسح السنويّ**. إسرائيل: القدس. (بالعبريّة)
- سوزسكي، شلومو. (2005). "1967: تحوّل اقتصاديّ - سياسيّ في إسرائيل". لدى آڤي، برالي؛ ودانييل، چوطڤين؛ وطوڤيا، بريلينج (محرّرون). **مجتمع سياسة واقتصاد: نظرة تاريخيّة وحاليّة**. ص 91-116. (بالعبريّة)
- سوزسكي، شلومو. (2006). "عن الاقتصاد والمجتمع في أيّام إمبراطوريّة". لدى آڤي، برالي؛ وچدعون، كاتس (محرّران). **دراسات في ولادة إسرائيل: جامع (نظم) لمشاكل الصهيوتيّة، الليشوف ودولة إسرائيل (16)**. معهد بن چوريون لدراسة إسرائيل، الصهيوتيّة وإرث بن چوريون. جامعة بن چوريون، النقب. ص 549-592. (بالعبريّة)
- عرا، خالد. (2006). جهاز التربية والتعليم في إسرائيل: بين التدجين والتميع. **رؤى تربوية، 22**. رام الله: مؤسسة عبدالمحسن القطان. ص 108-109.
- علي، نهاد. (2013، تشرين الأوّل). **تمثيل المواطنين العرب في المؤسّسات الأكاديميّة العليا في إسرائيل**. سيكوي: الجمعيّة لدعم المساواة المدنيّة. (بالعبريّة)
- علي، نهاد. (2014). **إرهاب مدنيّ: الجريمة في المجتمع العربيّ الفلسطينيّ في إسرائيل**. حيفا: جامعة حيفا.
- لفين-إبشطين، نوح؛ الحاج، ماجد؛ وسميونيف، موشي. (1994). **العرب في إسرائيل في سوق العمل**. القدس: معهد فلورسهايمر لأبحاث السياسات.
- مؤسسة التأمين الوطنيّ - مركز البحث والتخطيط. **معايير الفقر واللامساواة في تقسيم الدخل في سوق العمل، 2002**. نتائج أساسيّة. القدس: مؤسسة التأمين الوطنيّ، 2000-2002.
- متّاع، عادل. (2016). **نكبة وبقاء. حكاية فلسطينيّين ظلّوا في حيفا والجليل، 1948-1956**. مؤسسة الدراسات الفلسطينيّة. لبنان: بيروت.

- مركز أدفا. (1992). **صورة الوضع الاجتماعي**. إسرائيل: تل أبيب. (بالعبرية)
- مركز أدفا. (1998). **صورة الوضع الاجتماعي**. إسرائيل: تل أبيب. (بالعبرية)
- مركز أدفا. (2000). **صورة الوضع الاجتماعي**. إسرائيل: تل أبيب. (بالعبرية)
- مركز أدفا. (2017). **صورة الوضع الاجتماعي**. إسرائيل: تل أبيب. (بالعبرية)
- مركز أدفا. (2018). **صورة الوضع الاجتماعي**. إسرائيل: تل أبيب. (بالعبرية)
- مركز أدفا. (2020). **صورة الوضع الاجتماعي**. إسرائيل: تل أبيب. (بالعبرية)
- وزارة الصحة. (2019). **اللا مساواة في الصحة ومواجهتها**. إسرائيل: القدس. (بالعبرية)

Al-Haj, Majed. (1995). **Education, empowerment and control: The case of the Arabs in Israel/ Albany**. New York: State University of New York.

Al-Krenawi, Alean. (2019). Attitudes, beliefs, and stigma toward mental health issues among Palestinian citizens in Israel. In Haj-Yahia, Muhammad M.; Ora, Nakash & Itzhak, Levav. (Eds.). **Mental health and Palestinian citizens in Israel**. Indiana University Press.

Arar, Khalid. (2012). Israeli education policy since 1948 and the state of Arab education in Israel. **Italian Journal of Sociology of Education**, 4(1). 113-145.

Arar, Khalid & Abramovitz, Ruth. (2013). Teachers' attitudes toward the appointment of women as school leaders: The case of the Arab education system in Israel. **Management in Education**, 27(1). 32-38.

Bartfay, Wally Joseph; Bartfay, Emma & Wu, Terry. (2013). Impact of the global economic crisis on the health of unemployed autoworkers. **Canadian Journal of Nursing Research Archive**, 45(3). 66-79.

Canadian Mental Health Association. (2014). Social determinants of Health. Toronto, Canada. Retrieved from <https://ontario.cmha.ca/provincialpolicy/social-determinants>

Centers for Disease Control, & Prevention (US). Office of Public Health Preparedness. (2011). **Public health preparedness: 2011 state-by-state update on laboratory capabilities and response readiness planning**. Centers for Disease Control and Prevention, Office of Public Health Preparedness and Response.

Crosby, Alex E.; Ortega, LaVonne & Stevens, Mark R. (2011). Suicides-United States, 1999-2007. **MMWR supplements**, 60(1). 9-56.

Cross Jr, William E. (2003). Tracing the historical origins of youth delinquency & violence: Myths & realities about black culture. **Journal of Social Issues**, 59(1). 67-82.

Delgado, Richard; Stefancic, Jean & Harris, Angela. (2017). **Critical race theory: An introduction**

(Third ed., Critical America book. Vol. 20). NYU Press.

Dwairy, Marwan. (2015). **Form psychoanalysis to culture-analysis: A within-culture psychotherapy**. Palgrave, Macmillan: London.

Ferdinand, Angeline S.; Paradies, Yin & Kelaheer, Margaret. (2015). Mental health impacts of racial discrimination in Australian culturally and linguistically diverse communities: A cross-sectional survey. [BMC Public Health](#), **15**(1).

Flic, Dani. (2013). **Circles of exclusion: the politics of health care in Israel**. Ithaca: Cornell University

Foucault, Michel. (1979). **The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978-1979**. Springer.

Foucault, Michel. (1980). **Language, counter-memory, practice: Selected essays and interviews**. Cornell University Press.

Frieden, Thomas R. (2011). Forward: CDC Health Disparities and Inequalities Report-United States, 2011. **MMWR supplements**, **60**(1). 1-2.

Fromm, Erich. (1955). **The Sane society**. Conn.: Fawcett.

Ghanem, As'ad. (2001). **Palestinian-Arab minority in Israel, 1948-2000: A political study**. SUNY Press.

Ghanem, As'ad & Khatib, Ibrahim. (2019). Palestinian citizens in Israel: sociopolitical status as a mental health determinant. In Muhammad, M. Haj-Yahia; Ora, Nakash & Itzhak, Levav. (Eds.). **Mental Health and Palestinian Citizens in Israel** (Pp. 11-19). Indiana University Press.

Gone, Joseph P., Hartmann, William E., Pomerville, Andrea, Wendt, Dennis C., Klem, Sarah H. & Burrage, Rachel. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. **American Psychology**, **74**(1). 20-35.

Government of Canada. (2014, January 6). **Current issues in mental health in Canada: The mental health of first nations and Inuit Communities Ottawa, Canada**. Retrieved from

<https://lop.parl.ca/content/lop/ResearchPublications/2014-02-e.htm>

Haj-Yahia, Muhammad. (2019). The Palestinian family in Israel: its collectivist nature, structure, and implications for mental health interventions. In Muhammad, M. Haj-Yahia; Ora, Nakash & Itzhak, Levav. (Eds.). **Mental Health and Palestinian Citizens in Israel** (Pp. 97-121). Indiana University Press.

Harvey, David. (2007). **A brief history of neoliberalism**. Oxford University Press.

Jamal, Amal. (2006). The Arab leadership in Israel: Ascendance and fragmentation. **Journal of Palestine Studies**, **35** (2). 6-22.

Kirmayer, Laurence J.; Brass, Gregory M.; Holton, Tara; Paul, Ken & Simpson, Cori. (2007). **Suicide**



among Aboriginal people in Canada. Aboriginal Healing Foundation.

LaVeist, Thomas A. & Isaac, Lydia A. (2013). **Race, ethnicity, and health: A public health reader** (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Levav, Itzhak; Al-Krenawi, Alean; Ifrah, Anneke; Geraisy, Nabil; Grinshpoon, Alexander; Khwaled, Razek & Levinson, Daphna. (2007). Common mental disorders among Arab-Israelis: Findings from the Israel national health survey. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, *44*(2). 104-113.

Logan, Joseph E., Smith, Stephen. G. & Stevens, Mark R. (2011). **Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, DC, 2002)**, *60*. 67-70.

MacDorman, Marian F. & Mathews, Thomas J. (2011). Infant Deaths—United States, 2000–2007. **CDC Health Disparities and Inequalities Report—United States, 2011**, *60*. 49.

Manna, Adel. (2019). The Nakba and its repercussions on Palestinian citizens in Israel. In Muhammad, M. Haj-Yahia; Ora, Nakash & Itzhak, Levav. (Eds.). **Mental Health and Palestinian Citizens in Israel** (Pp. 41-49). Indiana University Press.

Mar'i, Sami. K. (1988). Challenges to minority counselling: Arabs in Israel. **International Journal for the Advancement of Counselling**, *(11)*. 5-21.

Mi'ari, Mhmoud. & Natur, Nazeh. (2019). Collective identity and mental health among Palestinian citizens in Israel. In Muhammad, M. Haj-Yahia; Ora, Nakash & Itzhak, Levav. (Eds.). **Mental Health and Palestinian Citizens in Israel** (Pp. 50-69). Indiana University Press.

National Cancer Institute. (2008). **Cancer health disparities**. Retrieved September 4, 2011 <https://bit.ly/2NYngh8>

National Center for Health Statistics. (2009). **Health, United States, 2008 with chartbook**. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Ottersen, Ole P.; Dasgupta, Jashodhara; Blouin, Chantal; Buss, Paulo; Chongsuvivatwong, Virasakdi; Frenk, Julio; et al. (2014). The political origins of health inequity: prospects for change. **The Lancet**, *383*(9917). 630-667.

Pope, Jamie F. & Arthur, Nancy. (2009). Socioeconomic status and class: A challenge for the practice of psychology in Canada. **Canadian Psychology**, *50*(2). 55-65.

Rouhana, Nadim. N. & Sabbagh-Khoury, Areej. (2015). Settler-colonial citizenship: conceptualizing the relationship between Israel and its Palestinian citizens. **Settler Colonial Studies**, *5*(3). 205-225.

Ruglis, Jessica. (2009). **Death of dropout**. Doctoral dissertation, The City University of New York.

Stein, Gabriela L.; Kiang, Lisa; Supple, Andrew J. & Gonzalez Laura M. (2014). Ethnic identity



---

as a protective factor in the lives of Asian American adolescents. **Asian American Journal of Psychology**, 5(3). 206-213.

Swirski, Shlomo. (1999). **Politics and education in Israel**. New York: Falmer Press.

Taylor, Edward. (2009). The foundations of Critical Race Theory in Education: An introduction. In Edward, Taylor; David, Gillborn & Gloria, Ladson-Billings (Eds.). **Foundations of critical race theory in education (The critical educator)** (Pp.3-13). New York: Routledge

Thomas, Stephen. (2013). The color line: Race matters in the elimination of health disparities. In Thomas, LaVeist; & Lydia A. Isaac. (Eds.). **Race, ethnicity, and health: A public health reader** (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

World Health Organization. (1978). **Primary health care: A joint report**. World Health Organization.

World Health Organization. (2008). **Social determinants of health (No. SEA-HE-190)**. WHO Regional Office for South-East Asia.