

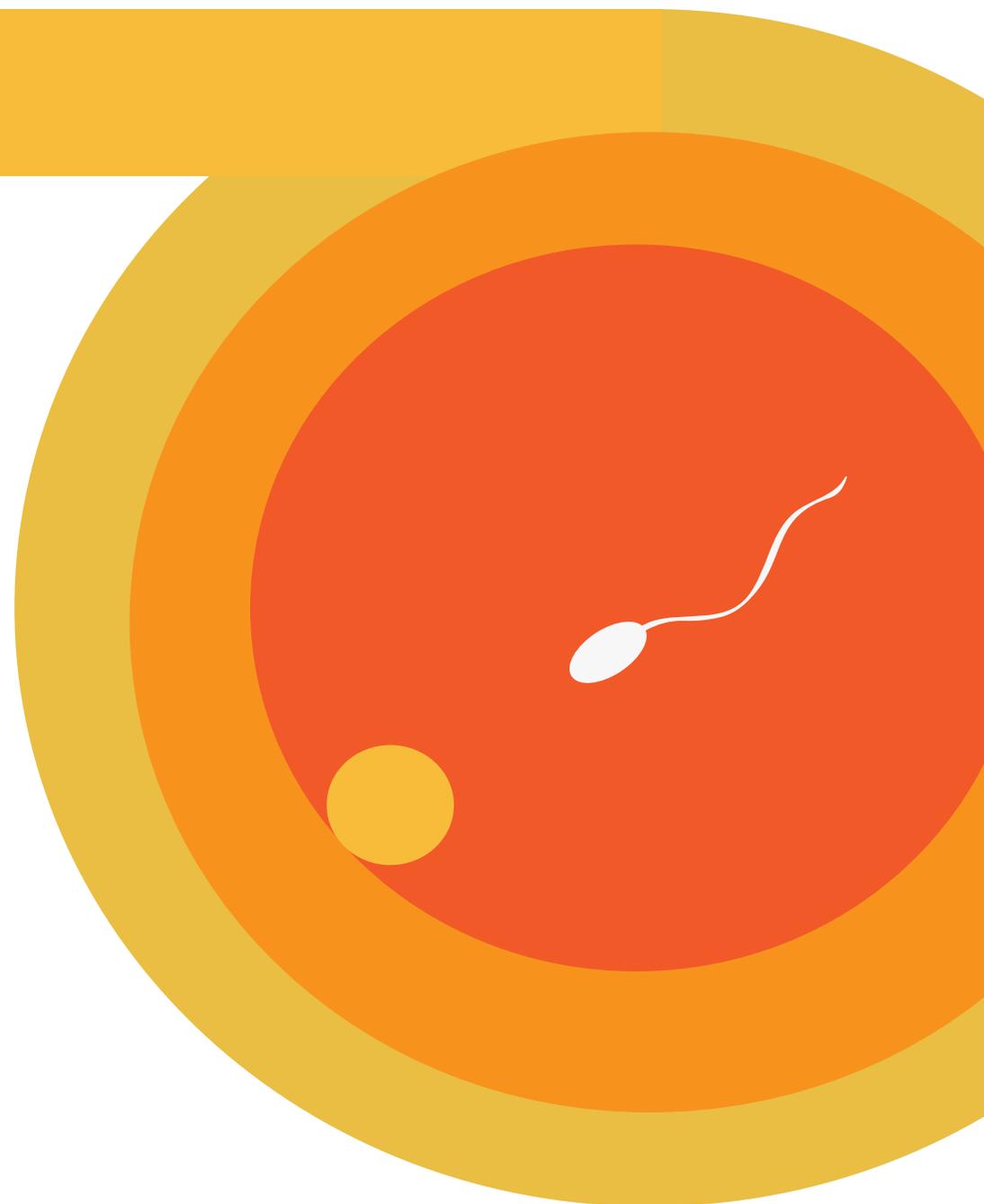
# Executive summary

## ASSESSMENT OF IN VITRO FERTILIZATION SERVICES IN PALESTINE

November 2019



Ensuring rights and choices for all since 1969



# ASSESSMENT OF IN VITRO FERTILIZATION SERVICES IN PALESTINE

Prepared by: Dr. Bassam Abu Hamad, Hani Matar and Kefah Bani Oda

Design: Mohammed Nasr

*The findings, interpretations and conclusions expressed in this document are those of the author(s) and do not necessarily reflect the policies or views of UNFPA. The designations in this publication do not imply an opinion on legal status of any country or territory, or of its authorities, or the delimitation of frontiers.*

*This publication "Assessment of In Vitro Fertilization Services in Palestine" has been funded by the Italian Agency for Development Cooperation within the Project "The unfinished agenda to address social determinants for achieving reproductive health and rights in Palestine" AID 11578.01.1.*

*The views expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views or policies of the Italian Agency for Development Cooperation.*

*The Italian Agency for Development Cooperation is not responsible for any inaccurate or libelous information, or for the erroneous use of information.*

For further information please contact:

Ms. Kristine Blokhus, UNFPA Representative in Palestine, [blokhus@unfpa.org](mailto:blokhus@unfpa.org)

# EXECUTIVE SUMMARY

## STUDY AIMS

Today, In Vitro Fertilization (IVF) is an important method for treatment of infertility; it constitutes a treatment of choice for complicated fertility disorders.

Despite the fact that the history of IVF in Palestine goes back to early 1990s, it has not, to date, been adequately investigated. The number of IVF centers in Palestine has grown significantly in the past 20 years, with a corresponding increase in patients having undergone IVF treatment. Nonetheless, there is little knowledge about the quality and the outcomes of the services. There are important information gaps relating to accessibility, affordability and quality of IVF services in Palestine.

This study aims to address some of the knowledge gaps in IVF services. By exploring the demand and provision of IVF services in Palestine, the study aims to provide evidence to inform policy development, better regulation and appropriate provision of this service. This will complement UNFPA's extensive work on SRH by addressing an important, yet neglected area.

## CONTEXT

Reproductive rights are the rights of individuals to freely decide whether to reproduce or not and to attain the highest standard of sexual and reproductive health (SRH). For people to realize their reproductive rights, they should have appropriate access to SRH services, including prevention and appropriate treatment of infertility. In 1994, representatives from 179 countries, delegates from UN agencies, and civil society met in Cairo for the International Conference on Population and Development (ICPD). The ICPD determined a global program of action on population, development, and individual well-being. It affirmed that "SRH is a fundamental human right" (UNFPA, 2014). The Program of Action determined that all countries should make reproductive health care available to all, including "prevention and appropriate treatment of infertility" (ibid).

Worldwide, 8% to 12% of couples experience fertility problems. However, there is no consensus about the actual prevalence of infertility in Palestine.

Some studies suggest that 7-8% of Palestinian couples have difficulty conceiving. Infertility and its therapies are usually associated with psychological, physical, social and economic challenges, not only for the sub-fertile couples themselves but also for their extended families. Given that the Palestinian culture places a high value on having children, infertility is an issue associated with significant social stigma and psychological pain for those affected. Patriarchal norms and traditional socio-economic household models further place a greater emphasis on male rather than on female children, with boys being seen as future caretakers of families. This adds to the pressure placed on couples not only to have children, but to have male children. This social norm is both driven by and is also further exacerbates prevailing gender inequalities.

**7-8%**  
of Palestinian couples  
have difficulty conceiving



## FINDINGS

The findings confirm that IVF services in Palestine are provided at private centers (for profit), outside the premises of the key services providers, namely Ministry of Health (MOH), UNRWA and Non-Governmental Organizations (NGOs). From 2000 to 2006, some 2,767 cases from the Gaza Strip were referred by the MOH to receive IVF services outside its premises, at a cost of over 21 million New Israeli Shekels (IL), or around 6 million USD. In the West Bank, the story of referrals to IVF services was similar. In 2003, 1,339 referrals were issued, which increased to 1,921 in 2004 and then dropped to 990 in 2005. Since 2006 the MOH has not financed IVF services.

### Regulation, licensing, and protocols

There is currently limited supervision and regulation of the service, as IVF is now provided solely outside of the Ministry of Health financing and facilities. Some attempts have been made to regulate the sector. In 1998, the Palestinian MOH issued a set of regulations with some technical specifications intended to regulate IVF services at the national level.

In 2015, these were reviewed and modified by the MOH in the Gaza Strip, while in the West Bank, the 1998 regulations remain the same. The 1998 regulatory framework contains 28 articles outlining the basis for licensing of IVF services. However, these are insufficiently detailed and do not address technical issues, such as eligibility for IVF, technical protocols, ethical issues, policies for embryo transfers and many others.

The inadequacy of the framework is not the only challenge. Many IVF centers do not adhere to the regulations at all, despite frequent monitoring by MOH. This may be because the monitoring is primarily administrative in nature, without sufficient focus on technical aspects: inspecting the indications for the conducted IVF services; reviewing adherence to technical protocols or conducting clinical audit and assessing the approaches used in handling the embryos at the IVF centers. Although the statistics of the IVF cycles should be available according to the licensing regulation (article 17), they are not available at the MOH. Indeed, MOH does not routinely request such information and IVF centers do not report them.

It is worth noting that the MOH in the Gaza Strip is trying to centralize the health information systems at health facilities and to link them to a central database, however, this has not yet been implemented. Statistics from 2018 showed that 932 IVF cycles were performed in the Gaza Strip (based on officially submitted data by the centers), while the number was 1,169 in 2017. There were great variations in the number of IVF cycles conducted by IVF centers ranging from 305 cycles in the big centers to 11 in the small ones. Most of the women – some 75% – are under the age of 35. No variations were noticed among beneficiaries in relation to cultural, social and demographic factors (except age) in utilizing IVF services.

The licensing process followed by the MOH for IVF centers requires the presence of competent human resources in different specialties. However, the precise meaning of this is ill-defined and not operationalized in the current MOH regulations. The assessment team found that at all IVF centers there is at least one obstetrician or infertility specialist with experience in the field of IVF, but there were great variations in the length and quality of their experiences. Some of them had short-term training (for a few weeks), while others have rich experience and worked several years abroad.

Several had simply learned from previous positions at IVF clinics, but had no prior experience of critical procedures such as aspiration of ova and returning back zygotes. Furthermore, the regulations state that a biologist with a bachelor's degree in medical laboratories and recognized experience or a certificate of competency in this field should be available to work in the embryo laboratory. In the West Bank, there are 32 embryologists working in the 11 centers. Contrarily, in the Gaza Strip, only five embryologists are working in the nine or ten IVF centers. Two of them work in seven centers; one works in four centers, the remaining three, each of them works in a separate IVF center. This is much less than the standard of having two embryologists per 150 annual IVF cycles. Because each center works completely independently from other centers, sharing of experiences does not take place. Also, as a regulator of service provision, MOH does not push for sharing experiences and collaborative learning. Indeed, the study found instead that the field is characterized by a spirit of unhealthy competition. Regulations indicate that IVF centers should collaborate to develop appropriate technical and ethical standards for IVF services, however, this has not happened.

At the national level, no unified technical protocols that standardize IVF services exist. Instead, each center follows its own approach. Examples of themes/practices that require standardization are medical indications and eligibility for IVF services, treatment modalities, technical approach, ethical principles, embryo transfer, storage, freezing and disposal. Most of the centers' managers claimed that they use internationally approved protocols, however, they were unable to produce these.



## Access to and use of services

The current number of licensed IVF centers in Palestine is 20; 11 in the West Bank and nine in the Gaza Strip (there is an additional IVF center operating on an occasional basis in the Gaza Strip, which is unlicensed). With 2.88 million inhabitants, the ratio of IVF centers in the WB is 3.8 per million inhabitants, much higher than most countries in the world. The ratio in the GS is even higher at 5 per million. In comparison to the neighboring countries, the number of centers per million in Palestine is higher than Egypt, Jordan and Lebanon (0.45 per million, 1.74 per million and 2 per million respectively). The number of IVF centers per million in Lebanon is just three, serving 6 million inhabitants. Nonetheless, even this significant number of clinics is not sufficient to guarantee IVF services for all who wish to use them. In the Gaza Strip, the coverage of IVF among those who need it is around 45%. Physical access is not an issue, as all people could access and benefit from IVF services; rather, respondents to this study reported overwhelmingly that their main challenge was affordability and high costs.

People who would be required to cover the costs of IVF services from their own finances are particularly challenged given the absence of an equitable health insurance scheme. In the absence of such support, CBOs, benevolent/religious associations and political parties occasionally provide financial assistance for sub-fertile couples.

The assessment team concluded that of the factors that hinder couples from obtaining IVF services, the economic situation of the couples ranks first, with many suffering from difficult financial situations. In some countries, social security systems and/or health insurance bear all or part of the costs of IVF services. This is not the case in Palestine, and any financial support typically comes from certain NGOs, CBOs, private donors and religious associations. In general, however, most people who need IVF services have to pay for them out of own pocket. This cost is in addition to high out of pocket spending on general health at more than 40% of the total health expenditure. Respondents (KII and users) indicated that the total cost for an IVF cycle, including hormonal therapy and other tests, ranges from \$2,000 to \$3,500. It is less in the Gaza Strip (around \$2,500) than the West Bank (\$3,000). The cost per IVF cycle is double (200%) the annual GDP per capita in Palestine, while in other countries it is much less (for example, it costs 17% of the annual GDP per capita in Israel and 9% in Korea). The cost per IVF cycle in some neighboring countries in 2009 was as follows: \$4,856 in Israel, \$2,428 in Jordan, \$6,475 in Lebanon, \$6,475 in Saudi Arabia; \$1,618 in Iran and Pakistan.

### Cost of IVF Cycle

**\$2,500 in the Gaza Strip**  
**\$3,500 in the West Bank**

Double the annual GDP per capita in Palestine



## Quality of services and impact on health, and social norms

A very significant finding of the study is that IVF centers did not follow the internationally recommended regulations regarding the number of embryos to be transferred to the uterus. In 70% of cases, three to five embryos were transferred. According to international standards, it should be no more than two. Both policymakers and service providers confirmed that IVF services play a significant role in increasing premature births in Palestine and also contributing to an increase in the rate of Cesarean Section as a result of multiple-pregnancy and the possibility of developing life-threatening complications for women. Also, IVF constitutes a burden in terms of increasing hospitalization days, costly management of high-risk cases and also an increase in life-threatening maternal morbidity. Moreover, respondents indicate that IVF services contribute to an increase in the infant mortality rates and infant morbidity and disabilities resulting from multiple pregnancies and prematurity.

There are numerous negative impacts on women's health, as a result of aggressive hormonal therapy. Among them are hirsutism (unwanted, male-pattern hair growth in women), irritability, agitations, headaches, infections, acne, weight gain, and abnormal menstrual bleeding.

Some women reported that the use of excessive hormonal therapy has consumed their ova (around 15 per cycle) which might expose them to early menopause. It is worth noting that women typically have around 400 to 500 ova for the entirety of their reproductive life. Some IVF users were in great danger when health providers didn't ask them about their medical history (to identify the presence of other diseases like heart diseases or diabetes), some were admitted to the Intensive Care Unit and were near death. Many key informants and users reported that the health of some cases was at risk because of engaging them in hormonal therapy, although such treatment was medically contraindicated.

Due to gaps in quality in the IVF services, switching centers by users is a common phenomenon. On average, each couple tried three different IVF centers and experienced more than three IVF trails in order to be able to conceive one child, which further impacted the physical and mental health.

Because the IVF services are not provided by large service providers, but rather tend to be based at private and relatively small centers or even in apartments, access to specialized supportive services for complicated cases and emergencies is not guaranteed.

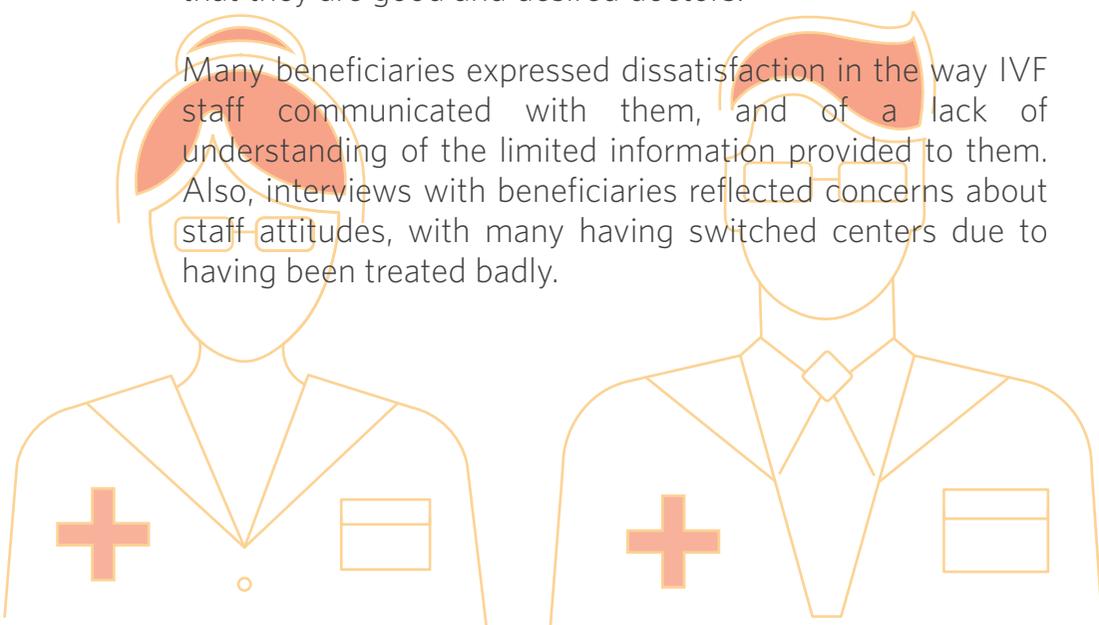
Generally, the physical environments at IVF centers are good, and are better in the West Bank than the Gaza Strip. Mostly, IVF centers contain a physicians' room for doing physical examinations and providing antenatal care, a room dedicated to ultrasound-scanning, a theater with anesthesia machine for withdrawal of oocytes and embryo implantation, a recovery room, an embryo culture lab, a reception area for visitors, a secretary office, an administrative office and bathrooms. Mostly, no semen preparation labs are available for men. In short, the basic equipment and materials required for IVF to produce a normal embryo are available at IVF centers operating in Palestine. However, waiting areas in some centers are very crowded, with little or no privacy. This is further complicated by very long waiting hours, which contribute further to the violation of privacy. IVF users reported that they have the impression that IVF staff deliberately keeps them waiting a long time in order to signal that they are good and desired doctors.

Many beneficiaries expressed dissatisfaction in the way IVF staff communicated with them, and of a lack of understanding of the limited information provided to them. Also, interviews with beneficiaries reflected concerns about staff attitudes, with many having switched centers due to having been treated badly.

Some beneficiaries expressed deep dissatisfaction with the lack of concern for their privacy during physical examinations, for instance, inadequate space for changing clothes, having more than one person in the room during examination, or having to use the toilet to get a semen sample.

The study team found that staff at IVF centers would accuse colleagues at other centers of sub-par practices, indicating a culture of blame and undermining. Users further indicated that some of the IVF staff engage in bargaining over the price of services and that they have experienced deception and a lack of transparency. For example, IVF centers on some occasions announced they were reducing the costs of IVF services, but would appear to be making up the amounts by charging higher prices for additional lab services and drugs.

On occasion, effective reporting with appropriate feedback mechanisms are available. Although most health providers acting in Palestine have computerized information systems, this practice has not yet reached IVF centers. Another important point is that users of IVF centers are not given any documents or cards that specify their conditions, so every time they visit a new center they have to start the journey again from scratch. This causes a lot of pain, exposure to medical risks, waste of resources and duplications of efforts.



According to the data submitted by IVF centers, the overall success rate (pregnancy rates after IVF) is around 45%, similar to the rates reported in Europe and USA, although the age of users is different. A few reported lower rates (around 22%) or significantly higher rates (55% success rates). These success rates were seen by the assessment team and policy makers as misleading and biased for several reasons; including deliberately not reporting all IVF cycles performed and due to selection bias, as in other countries women who seek IVF services are usually older and thus have less chance to conceive. The reported success rates by the Gaza Strip centers among women aged 36 and older was 35% and 13% among women over 40 years. In the Gaza Strip, there is a common belief that the actual success rate (as validated) is not more than 20%, according to key informants.

Pervasive social norms and patriarchal attitudes around reproduction and fertility and the pressure to have children is a critical challenge for sub-fertile couples who need IVF services. Indeed, the high degree of stigma around IVF may prevent some couples from seeking services. Among those who do, stigma may present in other ways. Some infertile couples did not want to admit that their children were conceived through IVF.

Many Palestinian sub-fertile couples suffer from compounded psychosocial, economic stressors even before seeking IVF services. The cost of IVF services, side effects of hormonal therapy, worries and anxieties about the outcome of the IVF trials, social pressures from relatives and in-laws all together put psychosocial stress on sub-fertile couples experiencing IVF. Women reported higher rates of anxiety in this regard. Usually, the couples are shocked after the failure of the IVF trials. Therefore, this study concludes that there is a need for mental health and psychological support and counselling. None of the centers visited reported providing meaningful mental health psychosocial support. The majority of the interviewed couples reported that they received informal psychological support, mainly from their relatives or friends, but did not receive it from the IVF staff at the centers at which they were treated.



## IVF and Gender

There are significant gender differences in how the IVF journey is experienced. IVF impacts women and men differently, for reasons which relate to social and cultural norms, physical consequences and the mental health and psychological burdens.

Both women and men prioritize and place high value on having children, concerns which are rooted in social norms and patriarchal traditions. Couples are expected to have children, especially (multiple) male children. However, women typically bear the greater social, psychological, and physical burden when it comes to infertility and IVF. Extreme pressure is often placed on women, especially young women, by society and family members, regarding fertility and childbearing. Women are often blamed for infertility of couples - even if the infertility problems actually lie with the man.

IVF can have significant physical effects on women, as they are the ones who face maternal and fetal related risks due to, use of aggressive hormonal therapy and its side effects, invasive surgical procedures, and an increased chance of pregnancies with multiple babies. The study demonstrates that many women undergo IVF who do not need it: some are very young and have not yet had a proper chance to attempt to get pregnant naturally.

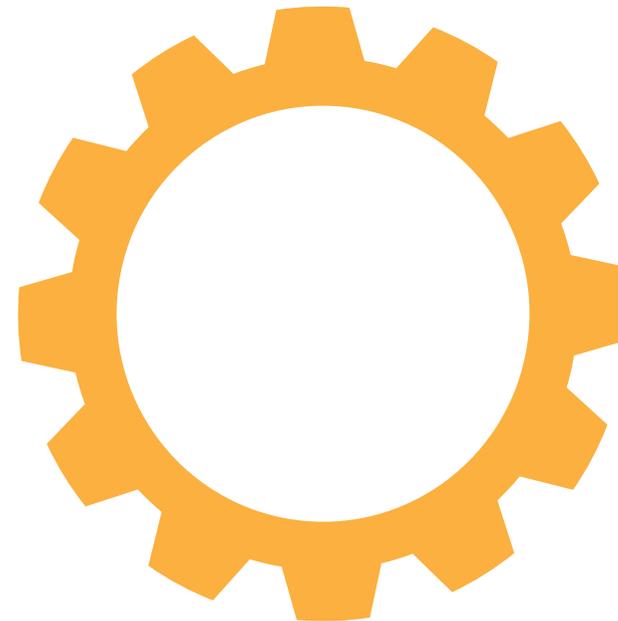
Finally, this study makes it exceedingly clear that it is important to address the psychological aspects of IVF which, while they impact women and men, are especially strongly felt by women. Women are often held responsible for infertility and can be blamed if they miscarry or if the couple does not get pregnant. Added to this is the grief women themselves feel when IVF is unsuccessful: the study indicates that many couples have unrealistic expectations of success rates, something which adds to the shock and sorrow experienced. It is a recommendation of this study that IVF centers be required to provide support services in this regard.

It is critical to identify how women and men are impacted differently by IVF and infertility, and to incorporate this understanding into relevant policies and protocols, in order to be able to adequately respond in a gender sensitive manner.

## METHODOLOGY

This assessment used a mixed-methods approach involving a literature review, quantitative data collection from medical records and databases of organizations providing IVF services, and qualitative data collection mainly through interviewing 46 key informants (19 in the West Bank-WB and 27 in the Gaza Strip-GS) and 20 beneficiaries. The assessment team visited almost all facilities providing IVF services and assessed the physical status of service delivery points, design and structure of the IVF centers, and the methods and tools used in providing care. The data collected were triangulated to produce a multi-layered analysis, enabling the research team to more fully explore the strength and weaknesses in service provision, particularly in the quality of services. Data collection took place in September through November 2018. All interviews, with appropriate consent were recorded, translated and transcribed. An open coding thematic technique was used in data analysis, with the team unpacking each transcript to extract key issues. While the staff of IVF centers in the GS had provided the assessment team with the requested service statistics, the centers in the WB did not cooperate in this regard, and did not fill the requested dummy tables. Another limitation of this study is that the data collected were reliant solely on self-reported responses. Self-reporting techniques may not be reliable and may have been influenced by a conflict of interests and respondent's subjectivity.

The assessment team claims that on one hand, the staff of the IVF centers had deliberately under-reported the number of IVF users they serve and on the other hand overestimated the pregnancy rates they achieved (success rate). The assessment team claims that under-reporting the number of IVF users was more of a tax evasion strategy, while inflating the success rate was more of a competitive marketing strategy.



# RECOMMENDATIONS

Overall, IVF services in Palestine require reform in terms of regulation, licensing, structure, human resources, technical standards, client safety, eligibility and ethical and legal framing. Policymakers and stakeholders should heavily invest in improving the quality of IVF services through more effective licensing, monitoring and supervision systems, and controlling the number of IVF centers allowed to practice. Also, enhancing collaboration, learning and exchange of experiences among the IVF staff is essential.

As part of an effort to better regulate and set protocols, MOH may want to consider merging small IVF centers into larger, better-staffed and better-equipped centers. Health insurance policies should be reviewed to ensure that there is a cost-effective sustainable mechanism to help economically disadvantaged sub-fertile couples who need the IVF services but can't afford them. Gaps in the quantity and quality of human resources in the IVF field needs require urgent attention. The many challenges facing sub-fertile couples, pressure and expectations on women to be fertile and the social stigma connected to infertility, which especially impacts women, inadequate information about IVF, lack of privacy and confidentiality, limited psychosocial services and poor staff attitudes are important issues that require urgent interventions.

Many of the challenges take on specific gendered dimensions, not least because women carry the heaviest physical and psychological burden of IVF in many cases, and therefore require additional information, attention, counselling and support. The detailed recommendations are as follows:



## Recommendations for development agencies and donors

- Provide support to MoH to reform IVF services in order to improve the quality of services, including development of protocols and standard operating procedures, eligibility criteria, building capacity of providers (including improved communication and mental health and psychosocial support capacity).
- Advocate for the rights of sub-fertile couples to have appropriate access to infertility care as an essential part of SRH rights, including supporting health providers to integrate infertility care into the SRH package of services. Monitor and promote access to infertility care for vulnerable sub-fertile couples.
- In parallel with the above, however, promote human rights based approaches to infertility care, emphasizing choice, autonomy and women's rights, and seek to address social norms and patriarchal expectations which place such a high value on child bearing that the health of the woman can be seen as secondary.
- Support data gathering and research about infertility prevalence, risk factors, quality of services, and impact of IVF on the public health system.  
Support MOH to establish a forum or an association for these centers in collaboration with other stakeholders.
- Sponsor activities in partnership with MOH, key actors and IVF centers aimed at promoting learning, sharing experiences such as conferences, workshops and scholarship programs for health providers working in infertility care.

## Recommendations for the Ministry of Health

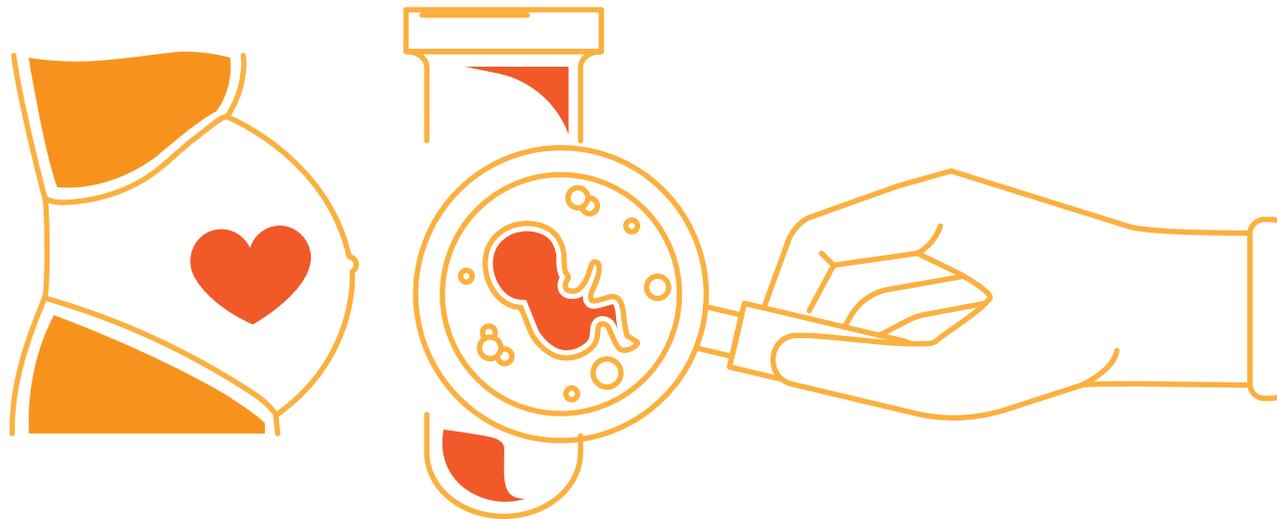
- MOH, in collaboration with key stakeholders, should consider developing a new legal framework for IVF services in Palestine.
- MOH, in collaboration with key stakeholders, should update the IVF licensing system and develop detailed bylaws to ensure the quality of IVF services. MOH should consider suspending licensing of new IVF centers until the licensing process has been improved.
- The licensing department at MOH should play a more active role in ensuring compliance with licensing regulations, report any violations of these regulations, and aid in finding corrective strategies to maintain patient's safety and rights, particularly taking into account the many findings relating specifically to women's concerns.
- Increase presence as regulator of IVF services, as national health system regulator, in order to improve the quality of services at IVF centers. There should be a focus on strengthening the monitoring and supervision system of the IVF services. Monitoring visits should focus more on technical performance, standards, safety, governance and promoting good practices.
- Lead efforts aimed at determining safe standards for service provision, including developing technical protocols that standardize the clinical management of IVF services. The standards should include psychosocial support requirements of centers.
- Implement a feasible mechanism to financially support socio-economically disadvantaged couples who need IVF services, as economically disadvantaged people should not be denied IVF services.

## Recommendations for the Ministry of Health

- Detail specifications and experience of the human resources needed (quantitatively and qualitatively) to safely provide IVF services. It is essential to improve the gaps in human resources, particularly the embryologists, and technical experts in IVF.
- Build capacity in the IVF field, especially by ensuring that an adequate number of embryologists are trained and available at IVF centers.
- Introduce and/or enforce regulations that prevent IVF centers from selling drugs, forcing patients to use their lab services and charging unnecessarily high costs. Accountability mechanisms should be implemented to enhance transparency and prevent any violations of clients' rights. Develop a code of conduct to ensure professionalism and protection of clients' rights, with an emphasis on responding to the many issues faced particularly by women in the IVF process.
- Improve efforts to increase awareness of the risks of IVF, particularly as they relate to maternal and neonatal risks; Monitor and respond to such risks associated with the use of IVF services.
- Develop performance indicators and a system for documenting, collecting, reporting, analyzing and using data. The number of IVF beneficiaries and pregnancy success rates should be tracked, verified, discussed and audited in order to inform decision making.
- In order to better regulate and set protocols, consider improving collaboration among IVF centers and possibly merging small centers into a larger, better staffed, and better-equipped center. MOH can act as a catalyst to build and support a collaborative spirit among the centers and consider that as a part of the licensing system.

## Recommendations for the Ministry of Health

- Support continuity of care among services providers through better regulations, functional coordination mechanisms, and providing proper medical files to patients and appropriate patient information sharing among IVF centers and obstetricians, midwives, and doctors who provide antenatal, delivery, and postnatal care. This should include clear guidelines on sharing patient files with all providers involved in patient care.
- Increase community awareness about IVF services, in order to educate about the risks and potential negative impacts, but also to reduce stigma around utilizing these services. Educate communities to understand that the reasons for infertility may lie with either women or men and that the burden on women's mental and psychological health may be intense.



## Recommendations for IVF centers

- Invest heavily in MHPSS and counseling, communication, and enhancing interactions between IVF staff and beneficiaries. Worries and anxieties originated from inadequate information sharing should be addressed by providing individual and couples counseling, awareness sessions, educational materials, prompt feedback and listening to client feedback. IVF staff should be sensitized to better understand the pressure felt by women undergoing IVF, and to respond to these by seeking to provide a woman-centered service.
- Adopt and implement standard operating procedures, in line with national and international guidelines.
- Promote privacy measures at IVF centers through strengthening governance, structure and accountability mechanisms, in response to numerous complaints from patients, especially women.
- Improve management systems to reduce waiting time, streamline patient flow, exchange feedback between providers and users, digitalize medical records, and ensure appropriate data management practices and reporting.
- In recognition of the intense pressures – both physical and psychological – that female IVF patients face, incorporate mental health and psychosocial support services at IVF centers and to put more emphasis on this important aspect of the care.
- Invest in improving the structure and governance at IVF centers, including clarifying roles and responsibilities, developing policies to ensure transparency, protecting rights and accountability.

## Recommendations for IVF centers

- If restrictions on movement allow, invest more heavily in training for IVF service providers. In cases where there are restrictions on movement in Gaza, centers should explore opportunities for further training online or by bringing trainers to Gaza.
- Review and standardize guidelines on how to meet the specific needs of people living with disabilities. Improve availability and accessibility to services and information through adapting infrastructure, develop specific alternative communication strategy, train staff on how to communicate and behave in order to provide non-judgmental and high-quality services.
- Implement improved systems for disposal of hazardous waste.
- Ensuring continuity of care through better coordination and exchanging information among IVF service providers. IVF users should be given documents or cards which contain the information that should be communicated to other health care providers, such as staff of the maternity unit to support continuity of care, safety and reduce duplication.
- Improve the physical environments, including infection control measures, at IVF centers in order to ensure that premises at IVF centers are conducive to the provision of quality services.
- Fill gaps in equipment and facilities, such as electrical generators.
- Develop transparent financial systems.
- Establish a professional association that supports the development of technical standards, codes of conduct, providing training and promoting an exchange of experiences.

## Research recommendations

- Conduct large-scale national studies about the prevalence and risk factors of infertility in Palestine, in order to estimate the magnitude of the problem and the required response in service provision.
- Conduct national studies on the impact of IVF services on the public health system, particularly in regards to reproductive, including maternal, and neonatal health.
- Conduct further national studies about infertility services and the formal and informal support provided to sub-fertile couples.
- Improve efforts for an in-depth understanding of physical, social, psychological, and economic challenges facing people with infertility challenges.
- Conduct a large-scale clinical audit to check compliance with the best practice in the provision of IVF services.
- Conduct a large scale study about IVF users' satisfaction, perspectives, and understanding of underlying reasons of satisfaction versus dissatisfaction, with a particular emphasis on better understanding the ways in which women and men experience the IVF journey differently, and on identifying the underlying social norms which place additional pressure on women clients.

## توصيات البحث

- إجراء دراسات على مستوى وطني حول انتشار العقم وعوامل الخطر في فلسطين من أجل تقدير حجم المشكلة والاستجابة المطلوبة في تقديم الخدمة.
- إجراء دراسات وطنية حول تأثير خدمات التلقيح المجهري على نظام الصحة العامة ، لا سيما فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، بما في ذلك صحة الأم والوليد.
- إجراء مزيد من الدراسات الوطنية حول خدمات العقم والدعم الرسمي وغير الرسمي المقدم للأزواج الذين يعانون من العقم.
- تحسين الجهود من أجل زيادة الوعي عن التحديات الجسدية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي تواجه الأشخاص الذين يعانون من تحديات العقم.
- إجراء مراجعات للمراكز للتحقق من الامتثال لأفضل الممارسات في توفير خدمات التلقيح الصناعي.
- إجراء دراسة واسعة حول رضا مستخدمي خدمات التلقيح المجهري ووجهات نظرهم، وفهم الأسباب الكامنة وراء الرضا وايضاعدم الرضا، مع التركيز بشكل خاص على فهم أفضل للطرق التي تمر بها النساء والرجال في مرحلة التلقيح الاصطناعي بشكل مختلف ، وتحديد الهوية الاجتماعية الأساسية القواعد التي تمارس ضغوطًا إضافية على العملاء من النساء.

## توصيات لمراكز التلقيح المجهري

الاستثمار في التدريبات الموجهة لمقدمي الخدمات في هذه المراكز. في حال كان هناك صعوبة في التنقل و الخروج من غزة، يمكن للمتدربين تلقي التدريبات عبر الانترنت او احضار مدرب من الخارج للتدريب في غزة.

مراجعة القوانين المتعلقة بالاشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وتطوير المراكز بما يتناسب مع هذه القوانين وما يضمن سهولة وصول هؤلاء الاشخاص لتلك المراكز وسهولة تلقي الخدمات و المعلومات. بالاضافة الى تدريب الموظفين على كيفية التعامل مع الاشخاص ذوي الاعاقة المنتسبين للمراكز لضمان تقديم خدمات عالية الجودة.

تطوير أنظمة للتخلص من النفايات الخطرة.

ضمان استمرارية تقديم الرعاية من خلال التنسيق بشكل افضل وتبادل المعلومات اللازمة بين مقدمي الخدمات. يجب اعطاء متلقي خدمات التلقيح المجهري بطاقات تتضمن معلوماتهم الشخصية التي بالامكان مشاركتها مع مقدمي خدمات اخرين كموظف في وحدة الولادة لدعم الاستمرارية و الامان والحد من الازدواجية.

تطوير البيئة المادية في المراكز، بما في ذلك أنظمة مكافحة العدوى، لضمان تقديم خدمات عالية الجودة.

مراجعة وسد الثغرات في المعدات والمرافق مثل المولدات الكهربائية.

تطوير أنظمة مالية ذات شفافية.

تأسيس جمعية مهنية تدعم تطوير المعايير الفنية ومدونات السلوك وتوفير التدريب وتشجيع تبادل الخبرات.

## توصيات لمراكز التلقيح المجهري

تكثيف العمل و التركيز على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وتعزيز التواصل بين طاقم هذه المراكز والمستفيدين منها. تقديم جلسات ارشادية واستشارية وتوعوية عن الموضوع بشكل فردي وزوجي ودعم هذه الورشات بمواد تثقيفية يمكن لمتلقي الخدمة الرجوع اليها لاحقا والاستماع لهم و الاجابة على اسئلتهم. كما يجب توعية موظفي مراكز التلقيح المجهري لفهم الضغط الذي تشعر به النساء اللواتي يخضعن لعمليات الزراعة بشكل أفضل ، والسعي لتوفير خدمة تركز على المرأة.

تبني وتنفيذ اجراءات التشغيل القياسية بما يتماشى مع القواعد الدولية والوطنية.

تعزيز الخصوصية في مراكز التلقيح المجهري من خلال العمل على تقوية الهيكل و اليات المساءلة كاستجابة لشكاوي المرضى وخاصة النساء.

تطوير نظام اداري للحد من وقت الانتظار وتبادل المعلومات و الملاحظات بين المرضى ومقدمي الخدمة ورقمنة السجلات الطبية والتقارير للتأكد من صحة معلومات المرضى وتسهيل الرجوع للمعلومات.

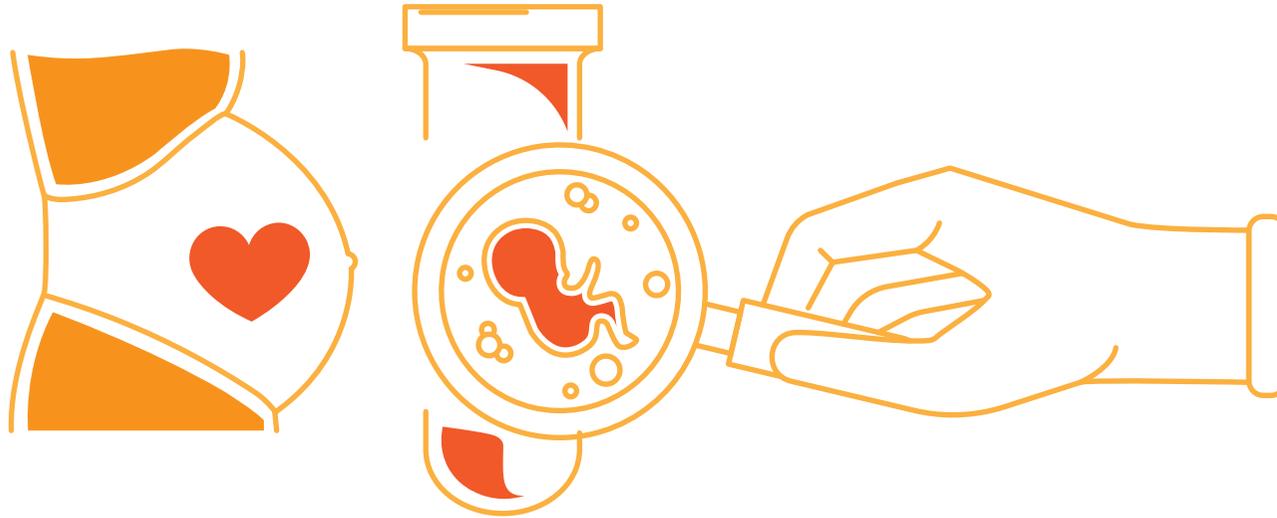
دمج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي مع الخدمات الاخرى التي توفرها المراكز وتكثيف الجهود في هذا الجانب من خدمات الرعاية.

الاستثمار في تطوير هيكله و ادارة مراكز التلقيح المجهري؛ ويتضمن ذلك توضيح الادوار والمسؤوليات وتطوير السياسات التي تضمن الشفافية وحماية الحقوق و المساءلة.

## توصيات موجهة لوزارة الصحة

تطوير مؤشرات الاداء نظام خاص لجمع,تحليل,ابلاغ واستخدام البيانات. بالاضافة الى تتبع عدد المستفيدين من هذه الخدمات لاعلام صناع القرار بها.

زيادة الوعي المجتمعي حول هذه العملية والخدمات المتوفرة المتعلقة بهذه العملية ليس فقط من اجل الثقيف حول المخاطر والآثار السلبية المحتملة , ولكن أيضا للحد من وصمة العار التي تنسب للمتقدمين لهذه الخدمات. والطرق للثقيف حول العقم و اسبابه التي قد تكون من المرأة او من الرجل وليس من جهة الزوجة فقط بالاضافة للعبء الصحي العقلي والنفسي الذي يقع على عاتق المرأة.



## توصيات موجهة لوزارة الصحة

بناء القدرات في مجال التلقيح المجهري و بالادخس قدرات علماء الالجنة من خلال التداريبات المناسبة و المستمرة وتوظيفهم في تلك المراكز.

دمج وفرض اللوائح التي تمنع مراكز التلقيح من بيع الادوية لاجبار المرضى على شرائها من هذه المراكز وبالتالي فرض مبالغ باهظة على المرضى. يجب تنفيذ آليات المساءلة لتعزيز الشفافية ومنع أي انتهاكات لحقوق العملاء. وضع مدونة قواعد سلوك لضمان الاحتراف وحماية حقوق العملاء ، مع التركيز على الاستجابة للعديد من القضايا التي تواجهها النساء بشكل خاص في عملية التلقيح الصناعي.

العمل على زيادة الوعي بمخاطر التلقيح المجهري المتعلقة بالام و الجنين؛ مراقبة و الاستجابة للمخاطر الناجمة عن خدمات التلقيح المجهري.

دعم الاستمرارية في تقديم الرعاية المناسبة والامثل من خلال اللوائح و اليات التنسيق بين الموظفين وتوفير الملفات الطبية للمرضى التي تضمن توفر جميع المعلومات اللازم معرفتها عن المريض و حالته ووجود ارشادات واضحة حول مشاركة هذه الملفات بين اطباء التوليد و مقدمي الخدمات والقابلات في مراكز التلقيح المختلفة.

تنظيم وضبط البروتوكولات بشكل أفضل من خلال تعزيز التعاون بين مراكز التلقيح المجهري. ويمكن دمج المراكز الصغيرة في مركز أكبر ذات طاقم متمكن ومعدات افضل. كما ويمكن لوزارة الصحة أن تكون حافزا لهذه المراكز لدعم التعاون فيما بينها واعتبار ذلك جزءًا من نظام الترخيص.

## توصيات موجهة لوزارة الصحة

- ان تقوم وزارة الصحة بالتعاون مع اصحاب الاسهم بتطوير اطار قانوني خاص بخدمات التلقيح المجهري في فلسطين.
- ان تقوم وزارة الصحة بالتعاون مع اصحاب المصالح بتطوير نظام الترخيص و اللوائح الخاصة بالتلقيح المجهري لضمان جودة الخدمة المقدمة في هذا المجال. كمان يجب ان تعمل على ايقاف تطوير، بناء او فتح مراكز جديدة حتى يتم تطوير النظام القانوني.
- أن يلعب قسم الترخيص في وزارة الصحة دورًا أكثر نشاطًا في الامتثال لأنظمة الترخيص والإبلاغ عن أي انتهاكات لهذه اللوائح والقوانين والاخذ بعين الاعتبار كل النتائج المتعلقة بالمرأة.
- يجب ان يكون هناك تركيز اكبر على تعزيز نظام المراقبة على خدمات التلقيح المجهري و ذلك من خلال الزيارات المتتالية و المستمرة للمراكز لتقييم الاعمال الفنية، المعايير، الامان، الحكم.
- تحديد معايير امنة للخدمات المتوفرة بما في ذلك تطوير البروتوكولات الفنية التي توحد إدارة الخدمات في مراكز التلقيح المجهري. يجب أن تشمل المعايير متطلبات الدعم النفسي والاجتماعي للمراكز.
- تنفيذ الية لمساعدة ودعم الازواج المحتاجة للتلقيح المجهري، حيث لا ينبغي حرمان احد من اجراء هذه العملية بسبب الوضع الاقتصادي.
- تحديد المواصفات و المؤهلات والخبرات التي يجب ان تتوافر في طاقم تقديم الخدمات في مراكز التلقيح المجهري وخاصة للخبراء التقنيين.

## توصيات لوكالات التنمية و الجهات المانحة

تقديم الدعم لوزارة الصحة لتحسين خدمات التلقيح الصناعي من أجل ضمان الجودة ، هذا يتضمن تطوير البروتوكولات وإجراءات التشغيل القياسية ، ومعايير الأهلية ، وبناء قدرات مقدمي الخدمات (بما في ذلك الاتصال والتواصل، الصحة الذهنية والدعم النفسي)

دعم و الدفاع عن حقوق الازواج الذين يعانون من ضعف في الخصوبة، كحق من حقوقهم الجنسية والانجابية، للحصول على الرعاية المناسبة وذلك من خلال دمج هذه الخدمة في مجموعة الخدمات التي تقع تحت مسمى "الخدمات الصحية والانجابية".

بالتوازي مع ما ذكر اعلاه، يجب العمل على تعزيز حقوق الانسان فيما يتعلق بالعقم بالتركيز على حقوق المرأة، حرية الاختيار و الاستقلالية ومعالجة الاعراف والتقاليد التي تنظر الى صحة المرأة كاهمية ثانوية والاساسية هي انجاب الكبر عدد ممكن من الاطفال.

دعم البحوثات و عملية جمع المعلومات التي تتعلق بانتشار العقم، المخاطر، الخدمات وتأثير عملية التلقيح المجهري على النظام الصحي العام.

مساعدة وزارة الصحة في تشكيل منتدى او ائتلاف يجمع هذه المراكز بالشراكة مع اصحاب المصالح.

تمويل النشاطات المشتركة بن وزارة الصحة ومراكز التلقيح المجهري التي تعمل على تعزيز التثقيف و تبادل الخبرات كالمؤتمرات، ورش العمل و المنح لمقدمي الخدمات في مجال رعاية ضعف الخصوبة.

# التوصيات

بشكل عام، تتطلب خدمات التلقيح المجهري في فلسطين إعادة اصلاح من ناحية القوانين، الترخيص، البناء، الموارد البشرية، المعايير الفنية، الامان تحت الاطار الاخلاقي والقانوني. وهذا يكون من خلال اصحاب القرار و جهودهم بالاستثمار في تحسين جودة الخدمات المتوفرة والمتابعة المستمرة والاشراف علر التراخيص و المراكز المرخصة لتوفير مثل هذه الخدمات.

كجزء من تنظيم البروتوكولات المتعلقة بالتلقيح المجهري، تحتاج الوزارة الى دمج المراكز الصغيرة وتوحيد الجهود لتصبح مراكز كبيرة ذات فعالية اكبر. بالاضافة الى ضرورة اعادة تشكيل البروتوكول ليتضمن الية مستدامة فعالة من حيث التكلفة لمساعدة الازواج غير القادرين ماديا والمحتاجين لخدمات التلقيح المجهري. ونظرا لكثرة التحديات التي يواجهها الازواج وخاصة الزوجات -ذكرت سابقا- فانه يجب التركيز على البعد النفسي والعقلي وذلك من خلال توفير الدعم المستمر لهم، ارشادهم وتزويدهم بالمعلومات اللازمة.



إن تكاليف خدمات التلقيح المجهري، والآثار الجانبية للعلاج الهرموني، والمخاوف والقلق من عملية الزراعة، والضغط الاجتماعي من الأقارب وخاصة الحماة كلها مجتمعة تثقل كاهل الأزواج وتؤدي إلى ضغوطات نفسية واجتماعية واقتصادية حادة تؤثر على الزوجات بنسبة أكبر من الأزواج، علاوة على أن الأزواج الفلسطينيين الذين يعانون من مشاكل في الإنجاب يعانون من الضغوطات النفسية والاجتماعية والاقتصادية حتى قبل البدء في رحلة العلاج. عادة ما يصاب الأزواج بالصدمة بعد فشل عملية الزراعة، وخاصة الزوجة. لذلك، هناك حاجة ملحة للدعم النفسي. وقد بينت الدراسة أنه لم يتم الإشارة في أي من المراكز التي تمت زيارتها إلى أنها قدمت دعماً نفسياً أو اجتماعياً بشكل فاعل. وقد أكد غالبية الأزواج الذين تمت مقابلتهم أن الدعم النفسي الذي تلقوه كان من قبل أقاربهم أو أصدقائهم، لكنهم لم يتلقوه في المراكز التي عولجوا فيها.

وفقاً للبيانات المقدمة من مراكز التلقيح المجهري، وعلى غرار المعدلات المسجلة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية، فإن إجمالي معدل النجاح لعمليات التلقيح المجهري (حدوث حمل) حوالي 45%. مع العلم أن أقل معدل لنجاح عمليات الزراعة التي سجلت في إحدى المراكز كانت حوالي 22% و أعلى معدلات بلغت حوالي 55%. قد ينظر إلى معدلات النجاح هذه على أنها مضللة ومتحيزة بسبب عدة أسباب منها: عدم الإبلاغ عمداً عن جميع دورات التلقيح المجهري التي تتم، وكذلك بسبب أعمار المستفيدين اليافعة، بخلاف ما هو الحال في البلدان الأخرى، حيث تبدأ فيها النساء تلقي خدمات التلقيح المجهري في سن أكبر مما هو موجود في فلسطين، وبالتالي تقل فرص الحمل، وقد كانت معدلات نجاح الحمل في قطاع غزة بين السيدات المتقدمات في العمر متماثلة لما هي عليه في البلدان الأخرى إلى حد ما، فقد أفادت الإحصائيات أن نسب نجاح حدوث حمل كانت قليلة بين النساء التي تزيد أعمارهن عن 36 سنة وقد بلغت حوالي 35%، و تتدنى النسبة إلى حوالي 13% بين النساء فوق سن الأربعين. مع الاعتقاد السائد بين المسؤولين في قطاع غزة بأن نسب النجاح الخام الحقيقية لا تتعدى 20%.

أكد كل من صانعي السياسات ومقدمي الخدمات أن خدمات التلقيح المجهري تساهم بشكل كبير في زيادة معدلات الأطفال الخدج كما وتساهم أيضاً في زيادة معدل الولادات القيصرية. بالإضافة إلى أنها تزيد من حالات الحمل الخطر لدى النساء ما يشكل عبئاً على النظام الصحي من حيث زيادة أيام دخول المستشفى لتلك الحالات وزيادة تكاليف علاجها، علاوة على أنها تزيد من معدلات المراضة بين السيدات. ومن بين النتائج السلبية الأخرى لخدمات التلقيح المجهري على صحة الزوجات، الآثار الجانبية للعلاج الهرموني والذي يستخدم أحياناً بشكل مفرط وغير مبرر كما أفاد به العديد من المشاركين بالدراسة بتعرضهم للعديد من المخاطر بما في ذلك زيادة الشعر في الوجه عند النساء، والتهيج، والصداع، والالتهابات، وحب الشباب، وزيادة الوزن ونزيف غير طبيعي نتيجة للعلاجات الهرمونية المكثفة. وقد اشتكت بعض المشاركات من أن استخدام العلاج الهرموني المفرط يؤدي إلى استهلاك كم كبير من البويضات لديهن (حوالي 15 بويضة لكل دورة) مما قد يعرضهن إلى الدخول المبكر في سن اليأس. وتجدر الإشارة هنا إلى أن القدرة التناسلية للمرأة محدودة بشكل عام حيث أن كل امرأة تنتج عادة حوالي 400 إلى 500 بويضة طوال فترة الحياة الإنجابية. كما أن خدمات التلقيح المجهري تساهم في زيادة معدلات وفيات الرضع وزيادة الحالات المرضية والإعاقات للأطفال. أحياناً قد يتم تعريض بعض الحالات للخطر حينما يتم تجاهل التاريخ المرضي لهم (مثل أمراض القلب والسكري) أو عندما لا يتم إجراء التحاليل المخبرية والفحوصات الطبية الكاملة، وقد ذكر أن إحدى الحالات أدخلت لقسم العناية المكثفة وقد أوشكت على الموت نتيجة لذلك. وقد أعرب العديد من المسؤولين عن قلقهم جراء تعريض بعض الحالات لخطر العلاجات الهرمونية على الرغم من أنه قد يكون ممنوعاً طبياً علاج هذه الحالات بالهرمونات.

إن التحديات الكثيرة التي تواجه الأزواج الذين يعانون من مشاكل في الخصوبة، مثل قلة المعلومات المتعلقة بحالتهم الصحية أو عدم فهمها، وقلة الخصوصية، والسرية، وعدم وجود خدمات دعم نفسي واجتماعي، وسلوك بعض العاملين تجاه المرضى، هي قضايا مهمة تتطلب تدخلات عاجلة.

وقد أشارت مقابلات المسؤولين والمستفيدين من الخدمات إلى أن التكاليف الإجمالية لدورة التلقيح المجهري بما في ذلك العلاج الهرموني والتحليل الطبية الأخرى ما بين 2000 دولار إلى 3500 دولار (المتوسط في غزة حوالي 2500 دولار، وفي الضفة الغربية حوالي 3000 دولار). ما يعني أن تكاليف دورة التلقيح المجهري ضعف حصة الفرد السنوية من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين، بينما في الدول الأخرى تعتبر أقل بكثير من ذلك (على سبيل المثال 17% من الناتج المحلي الإجمالي في إسرائيل، و 9% من الناتج المحلي الإجمالي في كوريا). تكلفة دورة التلقيح المجهري في بعض البلدان المجاورة في عام 2009 كانت على النحو التالي: 4856 دولار في إسرائيل ، 2428 دولار في الأردن ، 6475 دولار في لبنان ، 6475 دولار في المملكة العربية السعودية بينما بلغت 1618 دولار في كل من إيران والباكستان.

وقد أعرب العديد من المستفيدين من خدمات التلقيح المجهري عن عدم رضاهم عن آليات التعامل والاتصال والتواصل مع العاملين بالمراكز وعدم فهمهم للمعلومات المقدمة لهم. كما عكست المقابلات مع المستفيدين فجوات واضحة في سلوكيات الموظفين بين المراكز، حيث تم التعامل معهم بشكل غير لائق مما دفع البعض منهم لتغيير المراكز التي يتعاملون معها. وقد أعربت بعض الحالات عن عدم رضاهم العميق عن عدم الاهتمام بالحفاظ على خصوصيتهم أثناء الفحص البدني، وعدم توفير مكان مناسب لتغيير ملابسهم واستخدام دورات المياه لجلب عينة السائل المنوي، ناهيك عن وجود أكثر من شخص واحد في غرفة الفحص لتلقي الخدمة.

في هذه الدراسة يتم التأكيد على أهمية التطرق للجانب النفسي في هذا الموضوع وخصوصاً أن ما يمر به الرجل في هذه المرحلة يختلف تماماً عما تشعر به المرأة في نفس الفترة بسبب الضغوطات الممارسة عليها. إضافة إلى الحزن والصدمة اللتان يصيبان الزوج والزوجة في حال فشلت عملية التلقيح المجهري. لذلك توصي هذه الدراسة بالتركيز على الجانب النفسي للزوج، كل بما يناسبه، وضم هذا الجانب للسياسات والبروتوكولات من أجل التمكن من الاستجابة بشكل يناسب الفوارق بين الجنسين.

كما يتربع الوضع الاقتصادي على سلم المعوقات التي تحول دون الحصول على خدمات التلقيح المجهري، حيث يعاني العديد منهم من صعوبة الوضع المالي. تعتبر تكلفة خدمات التلقيح المجهري عالية وتشكل عبئاً على الأسر الذين يحتاجون إلى هذه الخدمات مما يمنع العديد منهم من تلقيها، أو قد تمثل لبعضهم نوعاً من الصدمة الاقتصادية. نظام الضمان الصحي الاجتماعي في دول أخرى مثل فرنسا وإسرائيل والمملكة المتحدة وحتى الولايات المتحدة الأمريكية يتحمل كل أو جزء من تكاليف خدمات التلقيح المجهري لمساعدة الأزواج الأقل خصوبة. حيث توفر لهم بعض المؤسسات غير الحكومية، والمؤسسات المجتمعية، والجهات المانحة الخاصة، والمؤسسات الدينية مساعدات مالية لتغطية تكاليف التلقيح المجهري. بينما في فلسطين، يتوجب على معظم الأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات التلقيح المجهري أن يدفعوا مقابل هذه الخدمات من مالهم الخاص لتضاف إلى النفقات الصحية العالية التي ينفقها المواطن من جيبه الخاص والتي تقدر بما يزيد عن 40% من مجموع الإنفاق العام.

## تكلفة دورة التلقيح المجهري

\$2,500 في قطاع غزة

\$3,000 في الضفة الغربية

ضعف حصة الفرد السنوية  
من الناتج المحلي الإجمالي في فلسطين



ومن الأهمية بمكان ملاحظة أن من يستفيد أو يتعالج في إحدى مراكز التلقيح المجهري لا يحصل على أي وثائق أو معلومات مكتوبة تحدد حالته الصحية والإجراءات العلاجية التي تلقاها، لذلك في كل مرة يقوم فيها الشخص بالمتابعة مع مركز آخر يتوجب عليه البدء في الرحلة التشخيصية والعلاجية من نقطة الصفر دون مراجعة أو مراعاة ما تم سابقاً وهذا يسبب الكثير من الألم وإضاعة الوقت والجهد ويترتب عليه الكثير من التبعات النفسية ويرهق كاهل الحالات، ويؤدي إلى إهدار الموارد وازدواجية الجهود.

في مجتمعاتنا العربية، يولي كل من الزوج والزوجة أهمية كبيرة لعملية الإنجاب والحصول على أطفال وخصوصاً الذكور وهذا يعود للعادات والتقاليد والمجتمع الذكوري الذي نعيش فيه. ولكن حين يتعلق الموضوع بالإنجاب من خلال التلقيح المجهري فإن الزوجة ستتحمل العبء الأكبر، وخاصة إن كانت صغيرة بالعم، وستوصم بضعف الخصوبة حتى وإن كانت من طرف الزوج وليس الزوجة. وهذه واحدة من التحديات الرئيسية التي تواجه الأزواج غير القادرين على الإنجاب والذين يحتاجون إلى خدمات التلقيح المجهري والتي قد تقلل فرص حصولهم على الخدمة بسبب الشعور بالوصمة الاجتماعية من أن يكون لهم طفل أنجب من خلال عملية زراعة.

تؤثر عملية التلقيح المجهري على الزوجة جسدياً، فهي من يتحمل أعراض العلاج الهرموني و العمليات الجراحية وفرصة الحمل بأكثر من جنين. هذه الدراسة توضح أن الكثير من الزوجات الذين يخوضون هذه العملية لسن بحاجة لها؛ بعضهن صغيرات في العمر ولم تتح لهن فرصة التلقيح الطبيعي.

على المستوى الوطني، لا توجد بروتوكولات موحدة تنظم خدمات التلقيح المجهري. حيث يتبع كل مركز منهجه وأسلوبه الخاص والذي يختلف تمامًا عن المراكز الأخرى. وقد أفاد معظم مدراء مراكز التلقيح المجهري أنهم يستخدمون البروتوكولات المعتمدة دولياً، لكن لم يتم إبرازها لفريق الدراسة لرؤيتها. ثقافة إلقاء اللوم وإهانة الآخرين مازالت تهيمن على أصحاب المراكز، فكل مركز يلقي اللوم على باقي المراكز ويتهمهم بالتقصير سواء كان على مستوى التشخيص أو العلاج أو المتابعة. حيث ما زالت بعض المؤسسات الخاصة بالخدمة وتحديد مواصفات من يستحق الحصول عليها، وطرق العلاج، والبروتوكولات التشخيصية والعلاجية، والمبادئ الأخلاقية، وسياسات نقل الأجنة، والتخزين، والتجميد والتخلص من الأمشاج والمخلفات الطبية وغيرها تتطلب تغييراً وتحسيناً.

لسوء الحظ، أشار المستفيدون من خدمات التلقيح المجهري وبعض صناع القرار إلى أن بعض العاملين في المراكز يحاولون استغلال المرضى مالياً، وبعضهم يمارسون الخداع وعدم المصداقية وانعدام الشفافية. فعلى سبيل المثال، هناك مراكز تعلن عن تخفيض تكاليف عملية الزراعة لاستقطاب المستفيدين (الزراعة علينا والعلاج والتحليل عليكم)، ولكن في النهاية يكتشف المستفيد أن التكلفة الإجمالية لعملية الزراعة كانت أعلى من تكلفتها في المراكز الأخرى، لأن المركز يقوم بإجبارهم على شراء كافة الأدوية وإجراء كافة التحاليل الطبية من نفس المركز وقد يتم طلب بعض الفحوصات غير الضرورية وإعطاء بعض الأدوية دون مبرر ويتم ذلك بتكاليف باهظة للغاية.

نادراً ما تتوفر نظم توثيق وتقارير دقيقة وتغذية راجعة مناسبة في مراكز التلقيح المجهري. على الرغم من أن معظم مقدمي الخدمات الصحية العاملين في فلسطين قاموا بحوسبة نظم معلوماتهم، إلا أن هذا التوجه لم ينتقل بعد إلى مراكز التلقيح المجهري.

في الواقع، بدلاً من ذلك تهيمن عليهم روح المنافسة والتقليل من شأن الآخر. مع العلم أن إحدى مواد نظام الترخيص تشير إلى أنه يجب على مراكز التلقيح المجهري أن تتعاون فيما بينها لتطوير معايير تقنية وأخلاقية مناسبة لخدمات التلقيح المجهري وهو الأمر الذي لم يحدث منذ عام 1999 حتى الآن. نظراً لعدم تقديم خدمات التلقيح المجهري من خلال مستشفيات أو مراكز طبية كبرى، فإن الوصول إلى الخدمات المتخصصة للحالات المعقدة وحالات الطوارئ ليست متوفرة فيها أو مضمونة، حيث يتم تقديم هذه الخدمات من خلال مراكز صغيرة تقتصر في خدماتها على التلقيح المجهري فقط وغير مؤهلة للتعامل مع الحالات الطارئة أو المعقدة.

بشكل عام، تعتبر البيئة الفيزيائية لمراكز التلقيح المجهري جيدة في كل من قطاع غزة والضفة الغربية مع أن المراكز بالضفة الغربية معدة بشكل أفضل من تلك الموجودة بقطاع غزة. حيث تحتوي مراكز التلقيح المجهري على غرفة للأطباء لإجراء الفحص السريري ومتابعة الحمل، وغرفة مخصصة للفحص بالموجات فوق الصوتية (Ultrasound)، وغرفة عمليات لسحب البويضات وإرجاع الأجنة، وغرفة إفاقة، ومختبر للأجنة، بالإضافة لوجود مكان لاستقبال المراجعين مع وجود مكتب للسكترارية، ومكتب إداري المركز ودورات للمياه. جميع المعدات والمواد الأساسية اللازمة لإجراء التلقيح المجهري متوفرة في مراكز التلقيح المجهري العاملة في فلسطين. ولكن من اللافت للانتباه أن أماكن انتظار المرضى في بعض المراكز مزدحمة للغاية، الأمر الذي يمنع المستفيدين من التمتع بحق المحافظة على الخصوصية. ويزداد الأمر سوءاً بسبب ساعات الانتظار الطويلة التي يجبر عليها المرضى والتي تساهم أكثر في انتهاك خصوصيتهم لطول انتظارهم في أماكن مكتظة. الكثير من المستفيدين فسروا انتظارهم لفترات طويلة هو أمر مقصود من قبل اختصاصيي التلقيح المجهري لترك انطباع لدى المراجعين أنهم أطباء مميزون ويلجأ إليهم الكثير من المستفيدين.

تتطلب عملية الترخيص التي تتبعها وزارة الصحة لمراكز التلقيح المجهري بشكل عام وجود موارد بشرية مختصة في تخصصات أساسية، ولكن تلك التخصصات غير محددة بدقة في النظام. بينت الدراسة أنه في جميع مراكز التلقيح المجهري يوجد على الأقل طبيب توليد أو متخصص في العقم مع خبرة في مجال التلقيح المجهري، ولكن هناك اختلافات كبيرة في مستوى خبراتهم في مجال التلقيح المجهري، حيث تلقى بعضهم تدريباً قصير المدى (لعدة أسابيع)، وآخرون لديهم خبرة عالية وعملوا لعدة سنوات في الخارج، والبعض منهم قد بدأ بتقديم خدمات التلقيح المجهري دون أي خبرة تذكر في هذا المجال مع أنهم عملوا في مراكز التلقيح المجهري سابقاً ولكن لم يقوموا بممارسة الإجراءات العملية لسحب البويضات أو إرجاع الأجنة. كما وتنص اللوائح على وجود أخصائي بيولوجي يحمل درجة البكالوريوس في المختبرات الطبية ولديه خبرة معترف بها أو شهادة في مجال الأجنة. في الضفة الغربية، هناك 32 أخصائياً في علم الأجنة يعملون في 11 مركزاً. ولكن في قطاع غزة يوجد فقط خمسة أخصائيين في علم الأجنة يعملون في مراكز التلقيح المجهري التسع أو العشرة. اثنان منهم يعملان في سبع مراكز؛ أخصائي واحد يعمل في أربع مراكز، والباقيون؛ كل واحد منهم يعمل في مركز منفصل، مع العلم أن هذا العدد من الأخصائيين العاملين أقل بكثير من المعيار الدولي الذي يشترط وجود أخصائي واحد في علم الأجنة لكل 150 دورة تلقيح مجهري يتم إنجازها في العام الواحد. ومن الجدير ذكره أنه لا يتم تبادل الخبرات ومشاركة التجارب بين مراكز التلقيح المجهري، حيث يعمل كل مركز بشكل مستقل تماماً عن باقي المراكز. كما لا تقوم وزارة الصحة بدورٍ فاعلٍ كمنظم للخدمات الصحية لدفع المراكز وتشجيعهم لتبادل الخبرات والتجارب.

ومن الجدير ذكره أن وزارة الصحة في قطاع غزة تسعى لربط المراكز الصحية المختلفة بالقطاع الصحي الأهلي والخاص بشبكة معلوماتية موحدة إلا أن ذلك لم يتم تطبيقه بشكل كامل حتى الآن.

أظهرت الإحصائيات لعام 2018 أن 932 دورة من عمليات التلقيح المجهري أجريت في غزة، وقد بلغ العدد 1169 دورة في عام 2017. كانت هناك فروقات واسعة في عدد دورات التلقيح المجهري التي أجرتها مراكز التلقيح المجهري والتي تراوحت من 305 دورة سنوياً في المراكز الكبيرة إلى 11 دورة في مراكز أخرى. في الغالب، أعمار النساء التي استفادت من مراكز التلقيح المجهري أصغر من 35 سنة، حيث بلغت نسبتهن من إجمالي الحالات حوالي 75%. لم يلاحظ أي اختلافات بين المستفيدين فيما يتعلق بالعوامل الثقافية والاجتماعية والديموغرافية (باستثناء السن) في الاستفادة من خدمات التلقيح المجهري. في الضفة الغربية كما ذكر سابقاً لم تزودنا مراكز التلقيح المجهري بالبيانات المطلوبة، وعضواً عن ذلك قام فريق البحث بحساب عدد الدورات اعتماداً على ما أفاد به المشاركون من مراكز التلقيح المجهري من خلال المقابلات، حيث ذكروا أرقاماً تقريبية حول عدد دورات التلقيح المجهري التي يقومون بها شهرياً. وقد بلغ إجمالي عدد الدورات التي تم الإبلاغ عنها في الضفة الغربية 3740 دورة بمعدل 1298 دورة لكل مليون، وهو أعلى بكثير من الأرقام المسجلة في غزة (615 دورة لكل مليون في عام 2017). ومع ذلك، فهذه هي الأرقام التي أبلغ عنها مسؤولوا مراكز التلقيح المجهري ولم يتم التحقق من صحتها بشكل قاطع.

لا تقوم مراكز التلقيح المجهري باتباع المعايير الموصى بها دولياً فيما يتعلق بعدد الأجنة التي يتم إرجاعها إلى رحم السيدة. في الغالب يتم إرجاع من 3 إلى 5 أجنة لما نسبته 70% من السيدات، على الرغم من أنه لا ينبغي أن يتم إرجاع أكثر من جنينين إلا في بعض الحالات الاستثنائية. بسبب اختلاف جودة خدمات التلقيح المجهري بين المراكز العاملة، فإن التنقل بين المراكز من قبل المستخدمين هو ظاهرة شائعة. في المتوسط، حيث قام كل زوج بزيارة ثلاثة مراكز مختلفة وأجريت أكثر من ثلاثة محاولات للتلقيح المجهري.

العدد الحالي لمراكز التلقيح المجهري في فلسطين هو عشرون مركزاً؛ أحد عشر في الضفة الغربية و تسعة في قطاع غزة (يوجد مركز إضافي غير مرخص في قطاع غزة يعمل على فترات متقطعة). بوجود 2.88 مليون نسمة في الضفة الغربية، فإن نسبة مراكز التلقيح المجهري في الضفة الغربية لكل مليون نسمة هي 3.8 مركز، وهي نسبة أعلى بكثير من معظم الدول في العالم، وكذلك فإن النسبة في غزة أعلى من ذلك (5 مراكز لكل مليون نسمة). بالمقارنة مع الدول المجاورة، فإن عدد المراكز لكل مليون نسمة في فلسطين أعلى مما هو عليه في مصر والأردن (0.45 مركز لكل مليون نسمة، 1.74 مركز لكل مليون نسمة على التوالي). في لبنان عدد مراكز التلقيح المجهري هو فقط ثلاثة (تغطي 6 ملايين نسمة). وعلى الرغم من هذا العدد الكبير لمراكز التلقيح المجهري العاملة في كل من قطاع غزة والضفة الغربية، إلا أنه لا يضمن لجميع المحتاجين لخدمات التلقيح المجهري الحصول عليها (في غزة تبلغ نسبة التغطية حوالي 45% من الحالات التي تحتاج لخدمات التلقيح المجهري، حسب تقدير فريق البحث). ولا يعتبر الوصول إلى المراكز مشكلة بحد ذاتها، حيث يمكن لجميع الناس الوصول إلى خدمات التلقيح المجهري والاستفادة منها، ولكن التحدي الرئيسي هو القدرة على شراء هذه الخدمات وتحمل التكاليف العالية لها. قد يواجه الأشخاص الذين عليهم تغطية تكاليف خدمات التلقيح المجهري من مالهم الخاص تحديات في الحصول على هذا النوع من الخدمات في ظل غياب الدعم الرسمي من خلال خطة تأمين صحي خاصة، والدعم المقدم من منظمات المجتمع المحلي، والجمعيات الخيرية/الدينية والأحزاب السياسية التي تقدم الدعم المالي في بعض الأحيان للأزواج الذين يعانون من مشاكل في الإنجاب.

على الرغم من ضرورة توفير الإحصائيات الخاصة بالمستفيدين وفقاً لنظام الترخيص (المادة 17) لدى وزارة الصحة؛ إلا أن هذه الإحصائيات غير متوفرة. ولا تقوم وزارة الصحة بطلب هذه المعلومات بشكل روتيني من مراكز الإخصاب، ولا تقوم مراكز الإخصاب بالإبلاغ عن الإحصائيات الخاصة بها أو تزويد وزارة الصحة بها.

تؤكد نتائج الدراسة أن خدمات التلقيح المجهري في فلسطين يتم تقديمها من خلال القطاع الصحي الخاص. خلال الفترة من 2000 إلى 2006 تم إحالة 2767 حالة من غزة لتلقي خدمات التلقيح المجهري للخارج والتي كلفت وزارة الصحة أكثر من 21 مليون شيكل. ولم تختلف القصة في الضفة الغربية عما كانت عليه في قطاع غزة، ففي العام 2003 تم تحويل 1339 حالة لتلقي خدمات التلقيح المجهري، وقد زادت إلى 1921 في عام 2004 ثم انخفضت إلى 990 عام 2005. وقد تناقصت تحويلات وزارة الصحة لتصل إلى الصفر بعد عام 2006 حتى الآن في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.

فيما يتعلق بتنظيم خدمات الإخصاب المجهري، أصدرت وزارة الصحة الفلسطينية في عام 1998 مجموعة من اللوائح مشتملة على بعض المواصفات الفنية والبيئية والإدارية التي من شأنها تنظيم خدمات التلقيح المجهري داخل الوطن. وبغض النظر عن التداعيات القانونية لذلك، فقد تم استعراضها وإدخال بعض التعديلات والمواصفات عليها في عام 2015 من قبل وزارة الصحة في قطاع غزة، وقد بقيت على حالها في الضفة الغربية. يحتوي النظام لعام 1998 على 28 مادة، توضح قواعد الترخيص الإلزامية لمراكز الإخصاب المجهري، وهي غير مفصلة بما فيه الكفاية ولا تتعاطى بشكل كافٍ مع القضايا الفنية مثل أهلية المستفيدين من التلقيح المجهري، والبروتوكولات التقنية، والقضايا الأخلاقية، وسياسات نقل الأجنة وغيرها الكثير. لم تقتصر المشكلة في مدى ملاءمة اللوائح الحالية، بل امتدت إلى عدم تطبيق كل هذه اللوائح التي عفا عليها الزمن من قبل مراكز التلقيح المجهري. لم تقتصر المشكلة في مدى ملاءمة اللوائح الحالية، بل امتدت إلى عدم تطبيق كل هذه اللوائح التي عفا عليها الزمن من قبل مراكز التلقيح المجهري. على الرغم من وجود زيارات رقابية متكررة من وحدة الإجازة والتراخيص بوزارة الصحة، إلا أن هذه الزيارات في الغالب تكون ذات طابع إداري ولا تركز على الجوانب الفنية بشكل كبير حسب ما أفاد به العاملون بالمراكز، فعلى سبيل الذكر، لا يتم متابعة البروتوكولات المستخدمة، ولا يتم إجراء تدقيق طبي للملفات كما لا يتم التحقق والتدقيق بشكل كافٍ في اليات العمل داخل مختبر الجينات، وتحديد الحالات التي تحتاج إلى خدمات التلقيح المجهري.

استخدم هذا التقييم منهجاً متنوعاً يتضمن مراجعة الأدبيات، وجمع البيانات الكمية من السجلات الطبية وقواعد البيانات للمؤسسات التي تقدم خدمات التلقيح المجهري، بالإضافة لجمع البيانات النوعية من خلال إجراء ست و أربعون مقابلة مع مختصين في مجال التلقيح المجهري ومسؤولين في وزارة الصحة (تسعة عشر في الضفة الغربية و سبعة وعشرين في قطاع غزة) و عشرين مستفيداً من الخدمة. وقد زار فريق الدراسة جميع مراكز التلقيح المجهري تقريباً وقام بتقييم آليات تقديم الخدمات وتقييم الوضع البيئي للمراكز من حيث التصميم والبنية التحتية والأساليب والأدوات المستخدمة في تقديم تلك الخدمات. تم تحليل البيانات التي جمعت لإنتاج تحليل متعدد الطبقات ، ليتم استكشاف نقاط القوة والضعف في تقديم الخدمات وجودتها. تم جمع البيانات في سبتمبر حتى نوفمبر 2018. تم تسجيل جميع المقابلات بعد موافقة المشاركين حسب الأصول ومن ثم ترجمت وتم تفرغها. وقد تم استخدام تقنية التوبو المفتوح في تحليل البيانات النوعية، حيث قام الفريق بتفريغ كل مقابلة لاستخراج النقاط الرئيسية. ومن الجدير ذكره أنه وبعد جهود وحث كبيرين قامت مراكز الإخصاب والتلقيح المجهري في قطاع غزة بتزويد فريق البحث بالإحصائيات المطلوبة بما يخص الخدمات المقدمة في كل مركز. وعلى النقيض من ذلك، لم تبدِ المراكز في الضفة الغربية تعاوناً ولم تزود الفريق بالإحصائيات والمعلومات المطلوبة منهم. كذلك فإن أحد الصعوبات التي واجهت الدراسة هي أن البيانات التي تم جمعها تعتمد فقط على استجابات المشاركين وآرائهم ووجهات نظرهم، وقد لا تكون تلك الآراء صحيحة أو قد تكون متأثرة نسبياً بتضارب المصالح. ويعتقد فريق التقييم أن العاملين في مراكز التلقيح المجهري ومن خلال الإحصائيات التي قدموها بأنهم قاموا بتقليل أعداد المستفيدين من خدماتهم، ومن جهة أخرى بالغوا في رفع معدلات النجاح التي حققوها. وقد يرجع سبب عدم الإبلاغ عن العدد الحقيقي للمستفيدين من خدماتهم هو التهرب من الضرائب، في حين يحاول كل مركز رفع معدل نجاحه لتسويق خدماته أمام المستفيدين.

## الملخص التنفيذي

على الرغم من أن تاريخ التلقيح المجهري في فلسطين يعود إلى أوائل التسعينيات، إلا أنه لم يتم إجراء تقييمات كافية لهذا النوع من الخدمات الصحية من قبل. علماً أن عدد مراكز التلقيح المجهري قد نما بشكل كبير في السنوات العشرين الماضية، كما أن عدد المستفيدين من خدمات تلك المراكز قد ازداد بشكل ملحوظ. ولكن ما زال هناك فجوة معلوماتية حول جودة خدمات التلقيح المجهري وإمكانية الوصول لها والوصول عليها، والقدرة على تحمل تكاليفها. هذه الدراسة تحاول استكشاف المعلومات ومعرفة مدى جودة ونتائج خدمات التلقيح المجهري المقدمة. ففي هذه الدراسة، يحاول صندوق الأمم المتحدة للسكان معينة واستكشاف العرض والطلب على خدمات التلقيح المجهري ومدى توافرها في فلسطين بهدف تقديم توصيات لتطوير السياسات المتعلقة بها وتقديمها بشكل أفضل. ومن خلال هذه الدراسة، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان من خلال عمله المكثف في مجال الصحة الإنجابية والجنسية عن طريق تسليط الضوء على بعض القضايا التي لم تلقَ اهتماماً كبيراً لتطويرها من جانب المؤسسات الفلسطينية ومؤسسات التنمية الدولية.

الحقوق الإنجابية هي حق الأفراد في اتخاذ قرارات الإنجاب والتمتع بالصحة الإنجابية. ولكي يحقق الأفراد ذلك يجب أن يتمتعوا بفرص مناسبة للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما في ذلك الوقاية من العقم والعلاج المناسب له. في عام 1994، التقى ممثلون من 179 دولة ومندوبون من وكالات الأمم المتحدة والمجتمع المدني في القاهرة لحضور المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD). وقد حدد المؤتمر برنامج عمل عالمي بشأن السكان والتنمية والرفاه الفردي أكد من خلاله أن "الصحة الجنسية والإنجابية حق أساسي من حقوق الإنسان" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2014). كما قرر برنامج العمل أنه على جميع البلدان أن تجعل الرعاية الصحية الإنجابية متاحة للجميع، بما في ذلك "الوقاية والعلاج المناسب من العقم" (المرجع نفسه).

تعتبر مشكلة الإنجاب من المشاكل العظيمة على مستوى العالم والوطن، فقد بلغت نسبة الأزواج الذين يعانون من هذه المشكلة على صعيد العالم من 8-12% وعلى صعيد فلسطين من 7-8% على الرغم من عدم الاتفاق حول الانتشار الفعلي لعدم الإنجاب في فلسطين. وتعزى هذه المشكلة لأسباب نصفها متعلقة بالنساء والنصف الآخر بالرجال. وتتأثر الأسرة نتيجة لعدم الإنجاب وعلاجه بآثار سلبية نفسية وجسدية واجتماعية واقتصادية. فالثقافة الفلسطينية تثمن بشكل كبير أن يكون لدى الأسرة أطفال؛ فالبعض يعتبر الأطفال الذكور استثماراً اقتصادياً واجتماعياً. حيث يوفر الأطفال الضمان الاجتماعي لآبائهم في سن الشيخوخة، مما يجعل من عدم الإنجاب مشكلة حادة على المدى الطويل. ولكن في الوقت الحاضر يعتبر التلقيح المجهري وسيلة هامة لعلاج عدم الإنجاب، وهو يشكل العلاج المفضل لاضطرابات عدم الإنجاب المعقدة.



# تقييم خدمات التلقيح المجهري في فلسطين

إعداد: د. بسام ابو حمد، هاني مطر، كفاح بني عودة

تصميم: محمد نصر

النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذه الوثيقة هي نتائج المؤلف (المؤلفين) ولا تعكس بالضرورة سياسات أو آراء الصندوق. لا تتضمن التقييمات في هذا المنشور أي رأي بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو لسلطاتها أو تعيين للحدود.

هذا المنشور "تقييم خدمات التلقيح المجهري في فلسطين" بدعم من الوكالة الإيطالية للتعاون الإنمائي ضمن مشروع "جدول الأعمال الغير مكتملة لمعالجة المحددات الاجتماعية لتحقيق الصحة والحقوق الإنجابية في فلسطين".

ما يرد في هذا الإصدار من آراء، يعبر عن وجهة نظر المؤلفين ولا يعكس بالضرورة موقف أو سياسات الوكالة الإيطالية للتعاون الإنمائي.

إن الوكالة الإيطالية للتعاون الإنمائي غير مسؤولين عن أي معلومات غير دقيقة أو تشهيرية، أو عن أي سوء استخدام للمعلومات الواردة.

للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال:

السيدة كريستين بلوكهوس، ممثلة صندوق الأمم المتحدة للسكان في فلسطين، [blokhus@unfpa.org](mailto:blokhus@unfpa.org)

ملخص تنفيذي

# تقييم خدمات التلقيح المجهري في فلسطين

نوفمبر 2019



Ensuring rights and choices for all since 1969

