

اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية

دراسة ميدانية في منطقة المزرعة بتبسة

Inequality in access to health services

A field study in the Elmazraa area of Tebessa

لخميسي بخوش*  ، مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، جامعة باتنة 01

lekhemissi.bakhouch@univ-batna.dz

بشيرة عالية  ، مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، جامعة باتنة 01

bachira.alia@univ-batna.dz

تاريخ النشر: 2024/12/31

تاريخ القبول: 2024/12/01

تاريخ الإرسال: 2024/10/07

ملخص:

يتناول المقال قضية اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية. مشيراً إلى أن الأنظمة الصحية تهدف إلى تحقيق العدالة والشمولية، لكن التفاوتات ما تزال قائمة بسبب عوامل متعددة، كما تؤكد الورقة البحثية على أهمية الرعاية الصحية في تحسين الصحة العامة وتعزيز التنمية الاقتصادية، وتستعرض تأثير الحواجز الجغرافية والاجتماعية في الوصول إلى الرعاية والخدمات الصحية، حيث تهدف الدراسة إلى فهم أسباب اللامساواة في الصحة وتقديم توصيات لتعزيز الإنصاف وتقليل الفجوة بين المجموعات المختلفة، واستندت الدراسة الميدانية على عينة من الأشخاص المترددين على قاعة العلاج بمنطقة المزرعة بولاية تبسة، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي، وركزت على تحليل تأثير الفقر وتفاوت الدخل، المستوى التعليمي، وضعف الوعي الصحي، والحواجز الجغرافية في الوصول إلى الخدمات الصحية.

وعليه أكدت النتائج المتوصل إليها أن اللامساواة الصحية تؤدي إلى تفاقم الفقر وتدهور الأوضاع الاقتصادية، مع وجود ضعف في التمويل وسوء توزيع الهياكل الصحية ونقص التجهيزات، مما يساهم في تفاوت الخدمات والمعدلات الصحية.

الكلمات المفتاحية: الصحة، اللامساواة، الرعاية، الخدمات، التفاوتات.

* المؤلف المرسل  (<https://orcid.org/0009-0009-1999-5929>)

 (<https://orcid.org/0009-0002-3258-1412>) المؤلف الثاني

Abstract:

The article addresses the issue of inequality in access to healthcare services, highlighting that health systems aim to achieve fairness and inclusivity, yet disparities persist due to various factors. The paper emphasizes the importance of healthcare in improving public health and promoting economic development. It reviews the impact of geographical and social barriers on access to healthcare services. The study aims to understand the causes of health inequality and provide recommendations to enhance equity and reduce the gap between different groups. The field study was based on a sample of individuals visiting the treatment center in the Mazraa area in Tebessa province, and it employed a descriptive methodology. It focused on analyzing the impact of poverty, income disparities, educational levels, lack of health awareness, and geographical barriers in accessing healthcare services.

The findings confirmed that health inequality leads to increased poverty and economic deterioration, along with weak funding, poor distribution of health facilities, and lack of equipment, contributing to disparities in healthcare services and health outcomes.

Keywords: Health, Inequality, Care, Services, Disparities

مقدمة:

تتبنى الأنظمة الصحية في جميع أنحاء العالم برامج واستراتيجيات تهدف إلى توفير خدمات الرعاية الصحية لمواطنيها، تسعى هذه البرامج إلى ضمان فرص عادلة للوصول إلى الخدمات الصحية وتغطية شاملة لكافة أفراد المجتمع، ومع ذلك لا يتمتع الجميع بنفس الفرص أو المستوى في الوصول إلى هذه الخدمات، إذ توجد فجوات في الحالة الصحية والوصول إلى الخدمات الصحية بين الدول وداخلها، وتتأثر بعوامل متعددة مثل: الجغرافيا، والثروة، والجنس، والعمر، والعرق، والدين، والتعليم، والوضع الاجتماعي والسياسي... الخ هذه الفجوات تعكس اللامساواة التي تعيق تحقيق أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة، ويعد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أمراً أساسياً في أداء أنظمة الرعاية الصحية حول العالم، فهي قضية صحية وإنمائية رئيسية تسعى معظم المؤسسات الحكومية وغير الحكومية إلى ضمان الوصول الشامل والعادل إلى خدمات رعاية صحية جيدة. فيمكن

بذلك للخدمات الصحية أن تساهم في تحسين وتقليل خطورة وشدة الأمراض ومعالجة التباينات داخل مجتمعاتنا.

ففي المجتمعات النامية تتعلق مشاكل الوصول إلى الخدمات بتوافر الخدمات الصحية الأساسية، مثل: القدرة على معاينة الطبيب، أو تلقي خدمات الرعاية أثناء العمل والولادة، بينما في المجتمعات المتقدمة تتعلق مسائل الوصول إلى الخدمات الصحية بدرجة أكبر بنظم الرعاية الطبية، ومدى تحقيق العدالة وحسن توقيت الرعاية ونتائجها.

وقد تم تبرير الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية من المنظور الاقتصادي، من خلال فوائده في تحسين صحة المجتمعات بأكملها، مما يؤدي إلى خلق ظروف مواتية للنمو الاقتصادي، لذلك أصبح الوصول المتساوي إلى الرعاية الصحية بين أفراد المجتمع وبين مختلف مناطق المجتمع وبين المجتمعات المختلفة أمرا حتميا لتحقيق النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة، فلخدمات الرعاية الصحية قيمة أكثر تحديدا لا تقاس بالكامل من حيث تحسين الصحة، فالوقاية من العجز والموت وتخفيف الألم والمعاناة واستعادة الأداء... هي أهداف الرعاية الصحية، وتضمن جوانب عديدة مهمة وغامضة في بعض الأحيان من الحياة الشخصية والمجتمعية، وتستثمرها بقيمة كبيرة كشيء في حد ذاته. بالإضافة إلى تطوير الصحة والرفاه توفر خدمات الرعاية الصحية معلومات حول الشخص والتشخيص، وترتبط ارتباطا وثيقا بكيفية بدء حياة الأفراد ونهايتها، ومدى معرفة الاعتلال المصاحب لدور الفرد والمجتمع.

إشكالية الدراسة وفرضياتها:

تباين نظم الخدمات الصحية في كيفية تحقيق الوصول المتساوي إلى الرعاية الصحية، ومن المهم استكشاف مسألة الوصول المتساوي إلى الرعاية الصحية بمزيد من الاهتمام، حيث أن المخاوف بشأن اللامساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية منتشرة على نطاق واسع حتى في المجتمعات التي لديها بعض أفضل الخدمات الصحية، فيتأثر الوصول إلى برامج الرعاية الصحية بعدة جوانب، منها: الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية... الخ.

والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات يمثل المستوى المعيشي دورا في تحديد القدرة على الوصول الفعلي إلى الخدمات الصحية، فغالبا ما تواجه الأسر ذات الدخل المنخفض صعوبات كبيرة في تحمل تكاليف العلاج، مما يحد من قدرتها في الحصول على الرعاية الصحية الضرورية، كما يؤثر التوزيع غير العادل للإنفاق الصحي في إهمال المناطق الفقيرة والمهمشة، فتتداخل هذه المشاكل مع تدني المستوى المعيشي والوعي الصحي والثقافي، مما تصبح عوامل رئيسية تؤثر سلبا في سلوك طلب

الخدمة الصحية، وتؤثر أيضا على سلوك الأفراد في التعامل مع المشاكل الصحية وطلب العلاج، مما يمكن أن يعزز أو يعرقل احتمالية الوصول المتساوي إلى الخدمات الصحية.

وتؤثر الحواجز الجغرافية كذلك في اللامساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، مثل: مكان وظروف الإقامة، وبعد المسافة عن أقرب وحدة صحية، غياب وضعف البنية التحتية، والتغطية الصحية في بعض المناطق السكنية والريفية، مما يساهم في تفاقم الفجوة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، مقارنة بالمناطق الحضرية التي تتوفر بها وسائل وهايكال الخدمات والرعاية.

ويتطلب الحصول المتساوي على خدمات الرعاية الصحية وجود إمدادات كافية من الخدمات الصحية المتاحة للسكان، ويتعلق الأمر في الحصول على الرعاية الصحية بفرصة الحصول على الخدمة الصحية عندما تكون مطلوبة، ويُقاس توافر الخدمات الصحية تقليديا باستخدام مؤشرات مثل: عدد الأطباء، أو عدد أسرة المستشفيات لكل وحدة سكانية. وفي معظم الأماكن والمناطق الحضرية والريفية توجد تفاوتات جغرافية واسعة في أعداد الممارسين الطبيين ومهي الصحة لكل فرد من سكان المجتمع، أو نسبة السكان المسجلين لدى أطباء الأسنان، أو نسبة الحصول على الخدمات الطبية والجراحية المتخصصة.

ويتطلب تناول مسألة اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في المجتمع الجزائري عموما ومنطقة تبسة خصوصا، نظرة شاملة تأخذ في الاعتبار جميع هذه العوامل المعقدة والمتشابكة، فلا يمكن تحقيق العدالة في الصحة إلا من خلال فهم دقيق للجوانب الاجتماعية والاقتصادية، والمستوى التعليمي والوعي الصحي، بالإضافة إلى العوائق المكانية الجغرافية والإدارية، ومن الضروري تطوير سياسات صحية شاملة ومستدامة للحكومة الجزائرية تعالج هذه التحديات بفعالية، وتضمن توفير رعاية صحية متكافئة وعالية الجودة لجميع أفراد المجتمع بغض النظر عن خلفياتهم الاقتصادية أو الاجتماعية.

وعليه تطرح الدراسة الحالية التساؤل الرئيسي التالي:

ما هي العوامل التي تسهم في اللامساواة للوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

ينبثق تحت هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

- هل يعتبر الفقر من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

- هل يعتبر التباين في المستوى التعليمي من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

- هل تعتبر الحواجز الجغرافية من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

للإجابة على التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية، صغنا الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

هناك مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والجغرافية تحد من الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

الفرضيات الفرعية:

- الفقر والتفاوت في الدخل من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

- التباين في المستوى التعليمي وضعف الوعي الصحي من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

- الحواجز الجغرافية المتعلقة بمكان الرعاية الصحية من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

أهداف الدراسة:

تهدف ورقتنا البحثية الى فهم وتحليل اللامساواة الحاصلة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة، وهي كالتالي:

محاولة معرفة الأسباب الحقيقية لعدم المساواة في الوصول الى الخدمات الصحية.

توضيح العوامل المتسببة في اللامساواة في الوصول الى الرعاية الصحية، وإبراز الممارسات اللازمة لمعالجة الانحراف في الصحة الناتج عن عدم الانصاف الصحي في الوصول الى الخدمات الصحية العادلة.

محاولة الكشف عن آليات العمل على تعزيز الممارسات والبرامج التي تؤدي الى الانصاف في الوصول الى الخدمات الصحية، وتقليل التوزيع غير المتكافئ للصحة بين المجموعات المختلفة للمراكز والمؤسسات الاستشفائية الصحية.

مفهوم اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة:

1.3 قراءة في المفهوم:

قبل الشروع في توضيح مفهوم اللامساواة لا بد لنا أن نعرج أولاً على مفهوم المساواة، وتعني: "التمائل أمام القانون والتكافؤ أمام الفرص، والتساوي في الحظوظ المتاحة للجميع".

فليست المساواة حسابية بمعنى مساواة الدخل أو الموارد، وإنما هي متناسبة مع مؤهلات كل فرد وإعاقاته، حيث أن فرص الوصول الى الامتيازات والأصول الاجتماعية، سواء أكانت مناصب أم رفاها أم مجالات لتحقيق الذات تصبح متساوية، أو يعتبر أدق لتصبح متناسبة بانصاف. (مراد، 2014، الصفحات 45-46)

إن اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية هي قضية مهمة تواجهها المجتمعات الحديثة، إذ تعد الخدمات الصحية الجيدة والمتاحة للجميع أمراً حاسماً لضمان جودة حياة متكافئة للجميع، إلا أن قضية اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية تعد مشكلة جوهرية في العديد من البلدان والمجتمعات، لأنها تمس الكثير من الفئات الضعيفة والمهمشة اجتماعياً، مما ينجر عنها نتائج وخيمة على قطاع الصحة في تلك البلدان والمجتمعات والتي تحدث شرخاً كبيراً في أنساقها على مستويات مختلفة مما يدعو للريبة والشك بأن هاته القضية هي عملية منهجية لإبقاء اللامساواة على حالها، وبالتالي وجب معالجة الموضوع من كل جوانبه بداية بالعامل الديمغرافي

وإذا كانت العدالة مطلب إنساني وركن أساسي في تكوين وبناء المجتمعات الحديثة، وهذه الصفات الأساسية المرتبطة بمفهوم العدالة تتضح فكرة العدالة الاجتماعية التي تهدف الى بناء مجتمع على أسس من المساواة والتضامن، يقدر أفراداه حقوق الانسان ويضمنون كرامة كل فرد فيه. وأحد أهم

جوانب العدالة الاجتماعية يتضح بشكل جلي في العدالة الصحية أو بالأحرى في حالة فقدانها لتنتج عنها الحالة المعروفة باللامساواة أو الاختلال المرضي . (سعد الفوزا، 2021، صفحة 30)

ذكر تعريف مستخدم في تقرير بارز لمنظمة الصحة العالمية سنة 1990 أن اللامساواة الصحية يمكن تعريفها على النحو التالي: **اللامساواة أو التفاوتات الاجتماعية في الصحة هي اختلافات منهجية في الحالة الصحية بين مجموعات اجتماعية واقتصادية مختلفة**. يتم إنتاج أوجه عدم المساواة هذه اجتماعيا، وبالتالي قابلة للتعديل وغير عادلة.

إن المكونات الرئيسية لهذا التعريف هي أن الاختلافات في المصالح هي في النتائج الصحية، وأن الاختلافات التي تحدث بين الفئات الاجتماعية هي منهجية بدلا منها عشوائية، ويجب فهمها على مستوى السكان بدلا من المستوى الفردي.

ومما سبق يمكن تعريف **اللامساواة الصحية** حسب Gerry.McCartny بأنها الاختلافات المنهجية التي يمكن تجنبها وغير العادلة في النتائج الصحية، يمكن ملاحظتها بين السكان، بين الفئات الاجتماعية داخل نفس السكان، أو التدرج عبر مجموعة سكانية مرتبة حسب الوضع الاجتماعي. (G.McCartney.F, 2019, p. 17)

2.3 الوصول الى الخدمات الصحية والاستفادة منها:

من الناحية اللغوية يتم تعريف الوصول على أنه وسيلة للاقتراب من مكان ما أو الدخول اليه، باعتبار المريض له الحق في اطار الرعاية الصحية، ويتم تعريفه أيضا على أنه الفرصة أو السهولة التي يتمكن بها المستهلكون أو المجتمعات من استخدام الخدمات المناسبة بما يتلاءم مع احتياجاتهم .

ويعتبر الوصول الى الخدمات الصحية من الاعتبارات المتصلة بالصحة نظرا لمصفوفة تحليل النوع الاجتماعي الخاص بمنظمة الصحة العالمية، وتتأثر امكانية الوصول الى الخدمات الصحية والاستفادة منها بمعايير النوع الاجتماعي والأدوار والعلاقات السائدة، ويشمل هذا التأطير العناصر الأساسية التي ينطوي عليها حق الوصول الى الخدمات الصحية، التوافر وامكانية الوصول، التكلفة، الجودة، والمقبولية. (اسيا، 2018، صفحة 64)

ويمكن تعريف **الوصول الى الرعاية الصحية** بأنها: امكانية تسهيل ومساعدة الأشخاص في السيطرة على موارد الرعاية الصحية المناسبة، من أجل الحفاظ على صحتهم أو تحسينها، فهناك أربع جوانب على الأقل للوصول الى الرعاية الصحية وهي:

إذا كانت الخدمات متاحة من حيث توفير الخدمات الكافية، فقد يتمكن السكان من الحصول على الرعاية الصحية.

يعتمد مدى حصول السكان على الرعاية الصحية أيضا على الحواجز المالية والأمور التنظيمية والاجتماعية والثقافية التي تحد من الاستفادة منها، وبالتالي الاستخدام يعتمد على القدرة على تحمل التكاليف وإمكانية الوصول المادي ومقبولية الخدمات وليس مجرد كيفية العرض.

يجب أن تكون الخدمات المتاحة ذات صلة وفعالة إذا أراد السكان الحصول على نتائج صحية مرضية.

يجب تقييم مدى توافر الخدمات والعوائق التي تحول دون استخدامها، ويتم تقييمها في سياق وجهات النظر، المختلفة للاحتياجات الصحية والأوضاع المادية والثقافية للمجموعات المتنوعة في المجتمع (Terry.F, 2015, p. 35)

3.3 الأسباب والعوامل المساهمة في اللامساواة الصحية:

تعد العوامل المساهمة في اللامساواة الصحية متعددة ومتشابكة، يمكن أن تتضمن هذه العوامل الفقر والتمييز والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، يعاني الأفراد الفقراء والفئات المهمشة بشكل خاص من صعوبات الوصول إلى الخدمات الصحية بسبب العوامل الاقتصادية (Terry.F, 2015) ثمة أدلة وافرة على أن العوامل الاجتماعية بما في ذلك: التعليم، وحالة العمالة، ومستوى الدخل، ونوع الجنس، والعرق، لها تأثير ملحوظ على مدى صحة الفرد وفي جميع البلدان والمجتمعات، سواء كانت ذات دخل منخفض أو متوسط أو مرتفع، وهناك فوارق واسعة في الوضع الصحي لمختلف الفئات الاجتماعية، فكلما انخفض مستوى الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفرد كلما زاد خطر تعرضه لمشاكل صحية. (آسيا، 2018، صفحة 68)

العوامل الاقتصادية والاجتماعية: يؤثر مستوى الدخل والتعليم وفرص العمل بشكل كبير على الوصول المتساوي للرعاية الصحية، وغالبا ما يواجه الأفراد من المجتمعات المهمشة قيودا مالية مما يجعل من الصعب عليهم تحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية الجيدة واللائقة.

الحواجز الجغرافية: تفتقر المناطق الريفية والمجتمعات الحضرية المحرومة إلى مرافق الرعاية الصحية ونقص المهنيين الطبيين، ويؤدي هذا التفاوت الجغرافي إلى تفاقم عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية.

التمييز والوصم: التمييز على أساس العرق أو الجنس أو الوضع الاجتماعي يخلق حواجز أمام الوصول إلى الرعاية الطبية، يمكن أن تؤدي الأحكام المسبقة إلى عدم المساواة في المعاملة ومحدودية خيارات الرعاية الصحية والاحجام عن طلب الرعاية الطبية اللازمة.

مظاهر اللامساواة الصحية المكانية في الجزائر:

يمكن النظر إلى مظاهر عدم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في الجزائر، من خلال جملة من المعوقات التي تقف أمام التنمية الصحية نوجزها على النحو الآتي:

معوقات مرتبطة بقطاع العناية الصحية: على الرغم من المجهودات التي قامت بها الجزائر لأجل الرفع من المستوى الصحي للسكان إلا أنها تبقى محدودة بالنظر إلى مجهودات بعض البلدان الأخرى، ويمكن إجمال هذه المعوقات في ضعف تمويل القطاع الصحي، وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية على مستوى التراب الوطني مقارنة باحتياجات المجتمع الصحي.

ضعف تمويل القطاع الصحي: على الرغم من ارتفاع مستوى الانفاق الصحي الوطني إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة كمتوسط الدخل الفردي.

قلة وسوء الهياكل الصحية: بالنظر إلى الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية، كما شهدت وتشهد سوء توزيع المؤسسات الصحية على مستوى التراب الوطني، فالعاصمة تستحوذ لوحدها على 55 بالمئة من الهياكل الصحية، في حين لا يتعدى في الشرق نسبة 22 بالمئة، والغرب 20 بالمئة، بينما في الجنوب الشرقي نسبة 02 بالمئة، والجنوب الغربي نسبة 01 بالمئة.

مستوى التغطية الصحية: التغطية الصحية لازالت بعيدة عن الاحتياجات الوطنية بسبب قدم التجهيزات والبنى التحتية، ونقص الأميرة والعاملين في المجال الصحي، خاصة والتباين الكبير في انتشار المختصين الطبيين في بعض المناطق دون الأخرى، وعدم توافق النظام الصحي والاحتياجات المطروحة. فقلة الهياكل الصحية إضافة إلى سوء توزيعها في آن واحد يؤثر على كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة مما ينجر عنه عدم المساواة والاستجابة للاحتياجات الصحية، وبالتالي انخفاض في المستوى الصحي للسكان إضافة إلى التباين في توزيع التخصصات الطبية بين مختلف المناطق، مما يعيق الوصول والحصول على الخدمات المتساوية بين أفراد المجتمع الواحد، وهذا ما نراه كثيرا في كثرة

تحويلات المرضى والمصابين إلى المناطق والمراكز الصحية الشمالية والوسطى في التراب الوطني، ناهيك عن وجود بعض الانحرافات والفروقات ما بين المناطق في معدل وفاة الأمهات الحوامل التي تواجه ثلاث مرات أكثر خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف وجودها في الشمال أو الجنوب. (عدمان، بوحديدة، و عدمان، 2019، صفحة 61)

الإجراءات الميدانية للدراسة:

مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من سكان المناطق الريفية والحضرية لبلدية المزرعة، وهي من بين 28 بلدية في ولاية تبسة، يتوزع السكان في ثمانية 08 مقاطعات، ستة 06 مقاطعات ريفية، وثلاث 03 تجمعات سكانية بتعداد سكاني بـ 3622 نسمة سنة 2024، يستفيد مجموع السكان من خدمات صحية مختلفة بقاعة علاج المزرعة، وقد بلغ عدد المرضى الوافدين 366 مريضاً في مجال زمني اعتمد لهذه الدراسة، قدر بشهر من 01 أفريل الى 01 ماي من سنة 2024.

وقد تم اختيار عينة غير عشوائية قصدية، مكونة من 21 مفردة من المرضى الوافدين والمتكررين قصد الحصول على الخدمات الصحية بقاعة علاج بلدية المزرعة بتبسة، توخينا أن تكون هذه العينة ممثلة بحيث تشمل وتأخذ بعين الاعتبار كل متغيرات البحث، بمعنى أن تكون متنوعة من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وكذا الدخل ومن حيث المستوى التعليمي والثقافي ومختلف من حيث الوسط السوسيو مجالي حضري وريفي.

المنهج الملائم للدراسة:

انطلاقاً من أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي كونه الأكثر مناسبة لموضوع البحث، فهو يصف حالة المرضى ومرافقهم المتكررين على المؤسسات العلاجية في بلدية المزرعة كما توجد وتمارس، مع التركيز على الفروق والاختلافات في الوصول إلى الخدمات الصحية وتقديم صورة شاملة ودقيقة عن حالة اللامساواة الصحية في بلدية المزرعة وفهم أسبابها، مما يتيح للباحث الوصول إلى نتائج حلول فعالة لمعالجتها.

الأداة المستخدمة في الدراسة:

تناولنا في دراستنا الحالية لجمع المعلومات والبيانات المتعلقة بموضوع اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية على تقنيتي المقابلة كأداة رئيسية والملاحظة كأداة ثانوية، والتي اعتمدنا عليها في التحليل المفاهيمي لأبعاد ومؤشرات متغيرات الفرضيات. وقد شملت أسئلة دليل المقابلة على جزئين رئيسيين هما:

الجزء الأول: ويتعلق بالمتغيرات الديموغرافية لعينة البحث التي نعتبرها أنها تسهم في عملية تقييم هذه الخدمات والوصول الى الاستفادة من الرعاية الصحية اللازمة، وتشمل: الجنس، العمر، المستوى التعليمي، ومكان الإقامة.

أما الجزء الثاني: فيشمل تقييم اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية، حيث تم الاعتماد في تحليل اجابات المبحوثين وتمثلاتهم ومختلف آرائهم وانشغالاتهم من خلال الاجابة على أسئلة المقابلة المحددة لعينة الدراسة، وتمثلت المتغيرات الآتية اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية: العوامل الاقتصادية والاجتماعية (مستوى الدخل)، الحواجز الجغرافية، المستوى التعليمي والوعي الصحي، التمييز والوصم.

وهكذا تمكنا من التوفيق واقامة نوع من التوازن بين الأسلوب الكمي في البحث الذي يقوم على الاحصائيات، والأسلوب الكيفي الذي يعتمد على جمع اجابات المبحوثين، ومن ثمة استثمارها وتحليلها وتوظيفها، فالظاهرة السوسولوجية والأنثروبولوجية على حد سواء، كقضايا سوسولوجيا الصحة وأنثروبولوجيا الصحة، لا يمكن أن نعتمد في دراستها فقط على المعطيات الاحصائية الكمية بقدر ما ينبغي استنطاق المستوى الكيفي وتحليله وتفسيره.

تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

1.6 خصائص عينة الدراسة:

يبين الجدول التالي خصائص عينة الدراسة بالنسب المئوية لكل المتغيرات الديمغرافية.

جدول رقم 01: يبين خصائص عينة الدراسة.

الخصائص الشخصية	البيانات	النسبة المئوية %
-----------------	----------	------------------

81	ذكر	الجنس
19	أنثى	
11	أقل من 30	العمر
9	30 إلى 50	
34	50 إلى 60	
55	60 فأكثر	
71	غير متعلم	المستوى التعليمي
21	ثانوي	
8	جامعي	
43	دون دخل	الدخل الشهري
28	أقل من 18	
19	18 إلى 36	
10	أكثر من 36	
24	حضري	منطقة الإقامة
76	ريفي	

المصدر: من إعداد الباحثين

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة الذكور من العينة المبحوثة أكبر من نسبة الاناث، وأن الفئة العمرية من عينة المرضى أكثر من 60 سنة، أما فئة المبحوثين غير المتعلمة هي الغالبة، كما أن نسبة المبحوثين القادمين من المناطق الريفية الأكثر طلباً للخدمات على مستوى قاعة العلاج ببلدية المزرعة. كما نجد أن الغالبية من المبحوثين من كبار السن وما يصاحبها من اعتلال في الصحة في المراحل

المتقدمة من العمر، خاصة مع زيادة نسبة الأمراض المزمنة، وانتشار الأوبئة، والتي تتطلب الحصول على رعاية صحية مناسبة.

يصعب على الكثير من سكان الريف المحيطين بحضيرة بلدية المزرعة التنقل والتوجه الى المناطق ذات انتشار المراكز الصحية والمستشفيات، مما يضطرهم الى طلب الخدمة الصحية في أقرب وحدة صحية وهي قاعة علاج المزرعة، أما الفئات غير المتعلمة يمكن تفسيرها نظرا لعمل الأغلبية من السكان في الزراعة وتربية المواشي، والتي لا تتطلب في الكثير الى مستوى تعليمي متوسط أو عالي.

2.6 مناقشة النتائج العامة للدراسة:

نحاول الآن أن نناقش أهم النتائج والخلاصات التي ترمي إلى الاجابة عن التساؤل الرئيسي المطروح في الاشكالية سابقا والتساؤلات الفرعية والتي كان مفادها ما يلي: ما هي العوامل التي تسهم في اللامساواة للوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

التساؤلات الفرعية:

هل يعتبر الفقر من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

هل يعتبر التباين في المستوى التعليمي من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

هل تعتبر الحواجز الجغرافية من عوامل اللامساواة في الوصول الى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

من أجل الاجابة على التساؤل العام والتساؤلات الفرعية ومقارنة هذه الاشكالية ورصد العلاقة بين الوسط السوسيو اقتصادي ومختلف العوامل المسببة للتفاوتات والتي تعيق الوصول إلى الخدمات الصحية، قمنا بصياغة فرضية عامة وفرضيات جزئية كما يلي:

الفرضية العامة:

هناك مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والجغرافية تحد من الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة؟

الفرضيات الفرعية:

الفقر والتفاوت في الدخل من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

التباين في المستوى التعليمي وضعف الوعي الصحي من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

الحواجز الجغرافية المتعلقة بمكان الرعاية الصحية من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

بالنسبة للفرضية الأولى:

افتراضنا في الفرضية الأولى القائلة أن: الفقر والتفاوت في الدخل من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

انطلاقاً من المؤشرات التي انطلقنا منها في دليل المقابلة والمرتبطة بالوسط السوسيو اقتصادي: كالفقر، التفاوت في الدخل، تكاليف العلاج، التوزيع غير العادل للإنفاق في الصحة، وتوفير التأمين الصحي، والتي لها التأثير الكبير في الحالة الصحية للأفراد (المرضى المتكررين)، وهي عوامل مسببة في اللامساواة في الخدمات والرعاية الصحية والاستفادة منها، استخلصنا أن متغير الدخل يؤثر بشكل كبير على الحالة الصحية للمبحوثين وعلى قدرة الأفراد في الوصول المتساوي، واعتماداً على أسئلة دليل المقابلة التي عرضناها على أفراد العينة، ومن خلال المعطيات الميدانية، توصلنا إلى أن الخلفية الاقتصادية للمريض أو المتكرر على المؤسسة العلاجية لقاعة علاج بلدية المزرعة تلعب دوراً بارزاً في أمرين:

أولهما: سرعة اللجوء للعلاج الطبي وضعف المستوى المعيشي والاقتصادي تلعبان دوراً مهماً في سلوك المريض عند المرض، وفي كلا الأمرين يعتبر ضعف المستوى المعيشي سبباً في اللامساواة الصحية والقدرة في الوصول والدخول إلى العملية الصحية والاستفادة من الرعاية الصحية اللازمة والمناسبة.

ثانياً: وأن الدخل الأسري يعتبر عاملاً مؤثراً على قدرة الأفراد المترددين والمرضى في الولوج الى العملية الصحية والوصول لخدمات الرعاية الصحية المناسبة والمتساوية، خاصة بالنسبة للخدمات الصحية المتخصصة، كالفحوصات الدورية والتشخيص المبكر.

وكشفت نتائج الدراسة أن الأفراد ذوي الدخل المنخفض يجدون صعوبة في الوصول إلى الخدمات الصحية، ورغم مجانية هذه الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية إلا أن ذلك لا يمنع أن تكون هناك خدمات مهمة وملحقة مكلفة، كبعض الفحوصات الصحية والتحاليل الطبية غير المتواجدة على مستوى المراكز الصحية المحلية الطبية المتخصصة، اجراءات الأشعة، وحتى بعض التحاليل الطبية، والمتابعة الصحية للسكان، فهي خدمات تبقى أولوية مقارنة بالتطور الحديث في جودة ونوعية الخدمات الصحية..

هذه التكاليف المرتفعة أحيانا تجبر العديد من الأسر والأفراد إلى عدم الاهتمام في الحياة الصحية وتأجيل عمليات العلاج بنسبة كبيرة، كما أن أغلب الأفراد أصحاب الدخل المنخفض غير مؤمنين اجتماعيا فيما يخص عمليات التأمين الصحي، مما يفرض عليهم شراء الأدوية والقيام ببعض الفحوصات اللازمة والتحاليل والتنقل للبحث عن العلاج، وهي تكاليف مادية تعيق في كثير من الأحيان فقدان فرصة الدخل الأسري، وتؤدي إلى ضعف الاهتمام بالصحة وعزل الاجراءات الوقائية.

كما أن الوصول إلى الخدمات الصحية يكون عادة في حالة وجود فجوة واختلال في مستويات الدخل الأسري بشكل متساوي بين الأفراد ومن خلال الأسر أو المناطق السكانية، حيث لا يكون الوصول إذا كانت الموارد وطرق تقديم الخدمة المتاحة بشكل غير متساوي في المنطقة، وفي مستويات مختلفة من الرعاية مع تطور الرعاية المتخصصة والدورية على حساب الرعاية الأولية، ومع هذا يبقى الانفاق الصحي غير عادل ومتساو بين مختلف المناطق السكانية، كون ذلك يرجع إلى التوزيع الجغرافي/المكاني للسكان بين مناطق حضرية وأخرى تجمعات ريفية، وهذا ما يؤدي الى عدم مساواة في الفرص مما يولد مشاعر عدم الرضا واللامعالية في الاهتمام الصحي.

يقول الباحث **مارموت**: يكون الوصول إليها مقيدا إذا كانت الموارد وطرق تقديم الخدمة المتاحة بشكل غير متساو عبر البلد، وفي مستويات مختلفة من الرعاية مع تطور الرعاية المتخصصة والدورية على حساب الرعاية الأولية، إذ تعكس القدرة على تحمل تكاليف القدرة الاقتصادية للناس على إنفاق الموارد، الوقت، والنفقات البديلة لتكاليف: النقل والوقاية من المرض، بالإضافة إلى تكاليف الفرصة للخدمات المتعلقة بخسارة الدخل. (Black, 1982)

وعليه نؤكد صحة الفرضية الأولى، إذ يمكننا القول أن القدرة على تحمل تكاليف الفرصة للخدمات المتعلقة بخسارة الدخل وتكاليف العلاج، وخاصة إذا كان المرض خطيرا أو مرض طويل الأمد في العلاج، ويحتاج أحيانا إلى نفقات مالية تفوق قدرة الأسرة على تحملها أو توفيرها، مما يخلق لدى الأسر أزمة اقتصادية خانقة أحيانا، ونظرا للحالة المرضية ونظرتنا للمريض من ناحية عاطفية، دينية، ثقافية، واجتماعية...الخ.

بالنسبة للفرضية الثانية:

افتترضنا في الفرضية الثانية القائلة أن: **التباين في المستوى التعليمي وضعف الوعي الصحي من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.**

كشفت النتائج التي تحصلنا عليها على تأكيد صدق الفرضية، حيث أن المستوى التعليمي للمرضى هو الذي يحدد الأحكام والتمثلات التي يكونونها حول الصحة والمرض، وحول الخدمة الصحية، ونجد ذلك من خلال: أن المستوى التعليمي للمرضى هو الذي يحدد مظاهر العناية الجسدية ومواقفهم من الصحة ومفهوم المرض، وإلى أي مؤسسة يلجأ إليها المريض أو المصاب، وموقفه من العلاجات التقليدية، بحيث كشفت النتائج أن اختلاف تمثل المرضى لهذه المظاهر يرجع بالدرجة الأولى إلى مستواهم التعليمي ووعيهم الصحي، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأفراد كلما كان أقبالهم ولجوؤهم إلى الخدمة الصحية أو المؤسسة الصحية أكبر، وارتقى وعيهم بأهمية مساهمة المجتمع بالرقى في ضمان خدمات صحية ذات جودة كافية، وبقدر من المساواة بين أفراد المجتمع.

وأثناء مقابلة المبحوثين أقر أغلبهم بجهل اجراءات الوقاية من الأمراض والاصابات، وأن لجوؤهم في أغلب الأحيان يكون بالبحث عن الطب البديل أو التقليدي، ويرجع ذلك إلى اهتزاز ثقافتهم بالطب الحديث، وهذا النقص في المعطيات المتعلقة بذلك فيما يخص حقوق المساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية التفضيلية، وإلى تعقد الاجراءات الإدارية المصاحبة للوصول لخدمات التشخيص الطبي الحديث.

وإن تفاقم الحالة الصحية للمريض ومدى تطور الحالة المرضية تجعل عنده سلوك مرضي وهو سرعة مراجعة المنشأة الصحية للعلاج وطلب المساندة الطبية، ويرجع ذلك لمستوى الوعي الثقافي المصاحب للوعي الصحي للمريض، والناجم من الثقافة الصحية والمربط بمدى الاختلاف في المستوى التعليمي.

إن المريض حسب الدويبي، يحدد سلوكه بطلب الخدمة والسعي إلى الوصول المناسب في تلقي الرعاية، حتى ولو أنه على وعي بخطورة المرض، وبأعراض المرض، وإمكانية العلاج والفترة الزمنية للعلاج، والعلاجات الناجعة حيال المرض. (الدويبي، 2006، صفحة 67)

إذن يعتبر الوعي الصحي الاجتماعي من العوامل المهمة في مقاومة المرض والوقاية منه، وأنه بقدر ما يكون الإنسان واعياً بخطورة المرض وبكيفية الوقاية منه، بقدر ما يكون قادراً على حماية نفسه ومن معه من العديد من الأمراض، كذلك الحد من الانتشار الساري والمعدى منها، ويرتبط نشر الوعي الصحي بانتشار التعليم والقضاء على الأمية، حيث تعمل العديد من المرجعيات على قدرة التوعية الصحية للمجتمع في التعامل مع انتشار الأمراض، وتجنب المخاطر التي لها انعكاساتها على الحالة الصحية، إذ أن التعامل الصحيح مع المرض واتخاذ التدابير اللازمة، مع فهم طرق الوقاية والمعرفة العلمية لنواحي المرض وانتشاره، من شأنه أن يعزز طرق حماية الأفراد والمجتمعات.

ومع تطور الأنظمة الصحية والتطور في الخدمات الصحية وطرق الرعاية الصحية، تصبح عملية الوصول المناسب إلى الخدمات الصحية ضرورة تحتاج إلى الارتقاء بالوعي الصحي، واكتساب الثقافة الصحية اللازمة، وتحسين مستوى تعليم الأفراد، وهذا ما يؤدي إلى فهم أفضل للمعلومات الصحية والتوجهات الطبية، وبالتالي يمكن أن يزيد من القدرة على اتخاذ القرارات السليمة، والبحث عن الرعاية المناسبة، إذ أن أهمية الوصول والاستفادة من الخدمات الصحية تختلف من مريض إلى آخر حسب التفاوت في المستوى الثقافي والتعليمي، وهذا ما أكدته نتائج دراستنا.

بالنسبة للفرضية الثانية:

افتراضنا في الفرضية الثالثة القائلة أن: **الحواجز الجغرافية المتعلقة بمكان الرعاية الصحية من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.**

والتي انطلقنا فيها من متغير الإقامة وبعد المسافة، مستوى التغطية الصحية، وكذا مجموعة العوائق الإدارية والتنظيمية، كعوامل تمثل حواجز جغرافية وتؤثر في الوصول المتساوي للخدمات الصحية حيث أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى المبحوثين القادمين من التجمعات الحضرية والقريبة من المركز الصحي أو المستشفى، تختلف إجاباتهم عن الذين جاءوا من المناطق الريفية البعيدة، بل الأغلبية من هؤلاء يجدون صعوبات في الوصول للخدمات الصحية بسبب بعد المسافة، ولنتيجة قلة وسائل النقل، وارتفاع تكاليف التنقل إلى هذه المراكز الصحية أو أي مستشفى آخر،

كما أكدت النتائج أيضا عن وجود تفاوتات تبعا لنمط السكن الذي يؤثر في الإصابة بالمرض أو التعافي منه، وأن افتقار المناطق الريفية إلى مرافق صحية، وأن نقص مهني للكوادر البشرية للرعاية الطبية والصحية يؤدي إلى ضعف التغطية الصحية اللازمة، وهذا إن ذل على شيء إنما يدل على التأثير والمساهمة في حجم اللامساواة المكانية والشعور بالتمييز والإقصاء الاجتماعي، فهي تتعلق أساسا بالحوافز والصعوبات التي تعمل على عرقلة الوصول أو وقت اللجوء للاستفادة بشكل متساوي من الخدمات، بالمقارنة مع سكان المناطق الحضرية القريبة من المراكز الصحية أو التي تحوي عيادات طبية. وتعمل متغيرات أخرى كزمن التنقل ومدة الانتظار لتلقي الفحوصات الطبية والرعاية، والكثير من العوائق الإدارية كعوامل مضافة والتي تؤثر سلبا على مستوى حالة الصحة والإصابة بالاعتلال، فغالبا ما يؤدي نقص خدمات التوجيه ورعاية الأطفال في المناطق النائية إلى ظهور فجوة اللامساواة في الأوضاع الصحية وتعميق الفروقات الاجتماعية غير العادلة بين أفراد المجتمع .

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن تعاضل التفاوت بين الحضر والريف والمناطق والمدن المختلفة، والاختلافات غير المقبولة بين الأغنياء والفقراء، تؤدي جميعها إلى اللامساواة وعدم العدالة والانصاف في الوصول والحصول على الخدمات الصحية الأساسية واللازمة بجودة مناسبة، كما خلصت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين العوامل الجغرافية: طريقة السفر من وإلى المنطقة، توافر البيئة التحتية في محافظة الإقامة، إمكانية وجودة الوصول إلى الرعاية الصحية.

وبشكل عام يتمتع المرضى القادرون على الوصول إلى المرافق سيرا على الأقدام بجدية ورعاية صحية أفضل من أولئك الذين لا يستطيعون فعل ذلك، وبالتالي تؤكد صحة الفرضية الثالثة والتي تقرر أن الحوافز الجغرافية المتعلقة بمكان الرعاية الصحية من عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية في منطقة المزرعة بتبسة.

خاتمة:

إن الخلاصة المركزية التي توصلنا إليها في هذه الدراسة تؤكد صحة الفرضيات التي وضعناها وتمت صياغتها كإجابات مؤقتة على تساؤلات البحث المطروحة في الاشكالية، حيث تظهر أن عوامل اللامساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية لا يمكن فهمها وتفسيرها إلا من خلال مجموعة من المحددات الأساسية.

وتشمل هذه المحددات: المستوى الاقتصادي والمعيشي، مستوى الدخل، المستوى التعليمي، الوعي الثقافي بالمرض والصحة، مكان الإقامة، نوع الجنس... وغيرها. وتُعد الحوافز المتعلقة بالوصول

العادل إلى الخدمات الصحية جزءاً لا يتجزأ من هذه العوامل، ولا يمكن الحديث عن اللامساواة في الرعاية الصحية بمعزل عن السياق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي المكاني الذي تنشأ فيه.

وتشير المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية إلى نظام يتم فيه تخصيص وتوزيع خدمات الرعاية الطبية بناءً على: الحاجة، الموقع الجغرافي، الوضع الاجتماعي والاقتصادي، وحتى الثقافي. فمن حق كل فرد في المجتمع بغض النظر عن مكان إقامته أو مستواه المادي والاجتماعي، أن يحصل على الخدمة الصحية المناسبة في الوقت المناسب. وأن تحسين الوصول العادل والمتاح إلى الخدمات الصحية يعتمد أساساً على تحسين المحددات المسؤولة عن تلك الحواجز، ووضع برامج التنمية المستدامة التي تراعي المساواة الاجتماعية والاقتصادية وتكافؤ الفرص.

ومن هذا وذاك نقول أن مفهوم الصحة والخدمات الصحية في الوقت الراهن اتسع ليشمل: الأبعاد الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، والبيئية، ذات الصلة بحياة الناس. وبالتالي فإن النهوض بالتنمية الصحية واستدامتها وتقليص الفوارق الصحية يتطلب أولاً تحسين الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر بعمق في حياة الأفراد والمجتمعات باختلاف خلفياتهم الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، والبيئية.

ومن هنا يمكننا اقتراح جملة من التوصيات لدراسات وأبحاث أخرى تفيد وتكشف واقع اللامساواة المكانية في الوصول إلى الخدمات الصحية:

تطوير وتحسين البنية التحتية للرعاية الصحية في المناطق النائية والمحرومة لضمان الوصول العادل للخدمات الصحية.

تنظيم حملات توعية لتثقيف المواطنين حول أهمية الرعاية الصحية وكيفية الوصول إليها، مع التركيز على الفئات الأكثر عرضة للتمييز.

تعزيز التعاون بين القطاعات المختلفة، مثل: التعليم، الإسكان والبيئة لتوفير ظروف حياة أفضل تؤثر إيجابياً على الصحة.

تقديم دعم مادي ومعنوي للفئات ذات الدخل المحدود، لتمكينها من الوصول إلى الخدمات الصحية الضرورية.

الاستثمار في البحوث الصحية والابتكارات التكنولوجية، لتحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية وتوسيع نطاقها.

وضع سياسات وتشريعات تدعم المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية وتكافؤ الفرص، مع متابعة تنفيذها بفعالية.

تعزيز الشراكات مع المنظمات الدولية للاستفادة من الخبرات والموارد في تطوير النظام الصحي المحلي.

في الأخير، ومن خلال تنفيذ هذه المقترحات، يمكن تحقيق نظام صحي عادل ومستدام يعزز الصحة الجيدة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية، ويساهم في الاستقرار السياسي وتحقيق التنمية المستدامة في البلاد.

قائمة المراجع والمصادر:

ابراهيم سعد الفواز. (2021). العدالة وامكانية الحصول على الرعاية الصحية. مجلة حكمة. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا. (2018). دليل بناء القدرات لتحليل وقياس اللامساواة الاجتماعية والاقتصادية في المنطقة العربية. بيروت، لبنان، الاسكوا ESCWA، الامم المتحدة. ديانى مراد. (2014). حرية مساواة اندماج اجماعي. بيروت، لبنان: المركز العربي للابحاث ودراسة السياسات.

عبد السلام الدويبي. (2006). علم الاجتماع الطبي. عمان، الاردن: دار الشروق للنشر والتوزيع. مريزق عدمان، محمد بوحديدة، ومحمد عدمان. (2019). العدالة الصحية بين التنظير وغبن الواقع (دراسة للواقع الجزائري). مجلة الاصاله للدراسات والبحوث، الصفحات 55-67. Black, D. (1982). *Inequalities in Health; Black Report, london*. LONDON: Penguin Books.

F., T., & Terry.F, B. (2015). *Expanding Access to Health Car*. New York.USA: Routledge . taylor and francis group.

G.McCartney.F. (2019). defining health and health inequalities .NIH.