

المكان والصحة: تحليل سوسيولوجي للامساواة المكانية في الصحة

Place and Health: A Sociological Analysis of Spatial Inequalities in Health

لخميسي بخوش^{1*}، مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، (جامعة باتنة 1)

lekhemissi.bakhouch@univ-batna.dz, <https://orcid.org/0009-0009-1999-5929>

بشيرة عالية²، مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، (جامعة باتنة 1)

bachira.alia@univ-batna.dz, <https://orcid.org/0009-0002-3258-1412>

2024-11-22	تاريخ القبول	2024-06-23	تاريخ الاستلام
------------	--------------	------------	----------------

ملخص

تعد الصحة محورا أساسيا لجودة الحياة وتقدم المجتمعات تتأثر بعدة عوامل، وفي العقود الأخيرة ركزت الأبحاث على دور العوامل المكانية والجغرافية في التأثير على الصحة والرعاية الصحية، مؤكدة على أهمية دراسة التفاوتات المكانية لتحديد الأولويات الصحية وتوجيه السياسات بفعالية، وتغني الصحة السلامة الجسدية، العقلية، العاطفية، والاجتماعية، وهي ليست مجرد غياب للمرض إذ تتأثر بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية وتعتبر حقا أساسيا للإنسان، حيث يرى المنظور الماركسي للصحة أن الفرد ككيان اجتماعي يتأثر بالطبيعة والبيئة، وأن الأمراض تنتج عن التنظيم الاجتماعي والظروف المعيشية. كما تؤكد الأبحاث الحديثة على أهمية التفسيرات السياقية والجماعية للموقع الجغرافي للصحة، مشيرة إلى ضرورة دراسة البيئة الثقافية والاجتماعية لفهم تأثير القيم والمعتقدات على الرعاية الصحية، بينما تبرز النظريات المختلفة أهمية العلاقات والتفاعل بين البيئة المادية والاجتماعية في تحديدها، فمن المؤكد أن الظروف البيئية والبنية التحتية تتسبب في تفاوتات كبيرة في الصحة بين المناطق المختلفة، ولتحقيق المساواة يجب تبني سياسات صحية قائمة على نهج متعدد التخصصات.

الكلمات المفتاحية: الصحة؛ العوامل المكانية؛ اللامساواة الصحية.

Abstract

Health is essential for quality of life and societal progress, influenced by social, economic, cultural, and environmental factors. Recent research highlights the role of spatial and geographical factors in health and healthcare access, stressing need to study spatial disparities to guide policies effectively. Health is defined as physical, mental, emotional, and social well-being, not just the absence of disease, and is shaped by social and economic development. From a Marxist perspective, individuals are influenced by nature and social organization, with diseases stemming from living conditions. Studies emphasize the impact of cultural and social environments on healthcare, highlighting the role of relationships and interactions between physical and social settings in shaping health outcomes. Environmental and infrastructure disparities create significant regional health inequalities. Achieving health equity requires policies based on a multidisciplinary approach integrating sociology, geography, and public health.

Keywords: Health; Spatial Factors; Health Inequality.

* المؤلف المراسل

مقدمة

تعتبر الصحة أحد الجوانب الأساسية لجودة الحياة، فهي تقييم لرفاهية المجتمعات واحدى القواعد التي تعبر عن مستوى رقي وتقدم الأمم، تتأثر سلبا أو ايجابا بعدة عوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية وبيئية، فمن المهم فهم تأثير هذه العوامل في وضع الأفراد ومجتمعاتهم، حيث بينت العديد من الدراسات مدى ارتباط العوامل الاجتماعية بمستوى الصحة العامة، ومع ذلك تأتي الأبحاث الحديثة للتركيز على العوامل المكانية والجغرافية والتي تؤثر بشكل فعال على مستوى الرعاية الصحية للمجتمع، ومن خلال تأثير السمات الاجتماعية والثقافية للمكان، مثل: الدخل، التعليم، والتنوع الثقافي على جودة حياة أفضل، يتم التأكيد على هذه العوامل بشكل أكبر من خلال تجربة الصحة والمرض التي يخوضها الأفراد والمجتمعات، وكذلك للوصول إلى الرعاية الصحية اللازمة.

والتي تتطلب مواجهة كل ما من شأنه أن يعيق تحقيق أفضل جودة للصحة، كقضية اللامساواة المكانية والتي تحمل أهمية كبيرة ممثلة في الفروقات والتفاوتات في الخدمات الصحية بين أفراد المجتمع الواحد، إذ أنه ومن خلال فهم الفوارق البشرية والمكانية يمكن تحديد الفجوات والثغرات المتعلقة بالخدمات والرعاية الطبية، من أجل فهم أفضل لكل الظروف التي قد تؤثر سلبا على الصحة، كما يمكن توجيه الموارد المادية وجهود الكوادر المختصة نحو تحقيق العدالة والمساواة، قصد ضمان وصول جميع أفراد المجتمع إلى الرعاية الجيدة والمتخصصة، وهو ما تسعى اليه كل الأنظمة السياسية في أي مجتمع كان، لأن ضمان التغطية الصحية الجيدة والمساواة الاجتماعية كفيل بتحقيق الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي.

وعلى العكس من ذلك فإن موضوع اللامساواة المكانية يطرح بظلاله الكثير من التباينات والشعور بالنقص بين شرائح مختلفة من المجتمع لعدم قدرتها على الوصول (كيف يتاح لمقيم بمنطقة حضرية كبرى الاستفادة من جميع الخدمات الطبية: معاناة، علاج، أشعة وتحاليل، أدوية ومتابعة... الخ، وعلى العكس منه لا يتوفر ذلك لمقيم في منطقة خارج المنطقة الحضرية إن لم نقل ريفية و/ أو قروية).

ومن ثمة فإن تسليط الضوء على مستويات التفاوت المكاني/الجغرافي وعلاقته بالنتائج الصحية ضرورة ملحة لفهم العوامل المؤثرة في الفوارق الصحية، بما في ذلك العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية، والتي تلعب دورا في توزيع الصحة والمرض، والوصول إلى الخدمات الصحية المتاحة، كما تمكننا من تحديد الاحتياجات والموارد اللازمة لضمان العدالة في الرعاية الصحية، والتأكد من توجيهها بشكل مناسب للمناطق المحتاجة فعلا، وكذا توجيه البرامج الصحية والاجتماعية للتركيز على المناطق المحرومة والهشة لدعمها في تحسين الحالة الصحية والتكفل الطبي. إن إيجاد سبل جديدة لتحقيق الرفاه في مواجهة الهشاشة في الخدمات الصحية يمثل تحديا لجميع الأفراد بغض النظر عن موقعهم الجغرافي، يشمل هذا التحدي إحصاء وتحليل الاختلافات والعوائق المنهجية والعمل على تقليص الفوارق الاجتماعية والاقتصادية.

ولمعرفة أهمية دراسة المكان وعلاقته بالصحة، يتبادر إلى أذهاننا التساؤل التالي:

هل تؤثر العوامل المكانية على توزيع الخدمة الصحية وجودتها؟

ما هي الآليات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤدي إلى تباينات صحية بين مختلف المناطق؟ وعليه وللإجابة على هذا التساؤل سنقوم بالبحث في دور المكان والصحة في تشكيل أنماط المساواة الصحية من منظور سوسيولوجي، وذلك من خلال استعراض النظريات السوسيولوجية المفسرة لهذه العلاقة وتبيان الأدلة التجريبية المتعلقة بالاختلافات المكانية في مؤشرات الصحة من خلال التطرق إلى التراث الأدبي.

1. أهمية الدراسة

تكمن أهمية دراسة المكان والصحة ومختلف التفاوتات المكانية في الصحة إلى فهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة والتي تسهم في التفاوتات الصحية بين المناطق، مما يساعد في تطوير استجابات سياسية أكثر عدلا وتوازنا، وضمان توزيع أفضل للرعاية الصحية. كذلك تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على الفجوات الصحية والكشف عن التباينات، مما يساعد في تحديد المناطق الأكثر احتياجا لتحسين الرعاية الصحية اللازمة من خلال دعم العدالة الاجتماعية وتسهيل الضوء على أهمية تحقيقها في توزيع الخدمات الطبية، مما يعزز الثقافة الصحية والوعي بالمساواة كجزء من العدالة الاجتماعية.

ناهيك على أن هذه الدراسة تساعد في زيادة الوعي بين المجتمع والباحثين حول تأثير العوامل المكانية والبيئية على الصحة، مما يدفع نحو مزيد من الأبحاث والاهتمام بهذا المجال، حيث يمكن أن تستفيد الجهات الحكومية وصناع القرار من نتائج هذه الدراسات والأبحاث في تحديد العوامل والمناطق الأكثر احتياجا لتحسين الحالة الصحية، حيث أنه ومن خلال فهم المساواة المكانية في الصحة يدفع هؤلاء إلى تحسين جودة الحياة للأفراد في المناطق المحرومة عن طريق توفير خدمات ورعاية صحية أفضل وأكثر كفاءة، وبهذا الشكل تساهم الدراسة الحالية في تحقيق فهم شامل للعلاقة بين المكان والصحة وتوجيه الجهود نحو تطوير مجتمع أكثر صحة وعدالة.

2. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى تحليل الفوارق الصحية المكانية وتوصيف هذه التباينات بين المناطق الجغرافية المختلفة وتحديد العوامل المؤثرة فيها، كما تؤكد على فهم العوائق البيئية والاقتصادية والاجتماعية التي تحول دون الوصول المتساوي إلى خدمات الرعاية الصحية. وتهدف هذه الدراسة أيضا إلى كيفية تأثير العوامل الاجتماعية والبيئية والاقتصادية مثل: الدخل، التعليم والموقع الجغرافي، ونوعية الاسكان على الصحة في مختلف المناطق، والوصول إلى تحديد الفئات السكانية الأكثر ضعفا، وكذا المناطق التي تعاني من أعلى معدلات المساواة الصحية، بهدف توجيه الموارد والسياسات نحوها.

كما تهدف الدراسة كذلك إلى تعزيز وتدعيم البحث العلمي من خلال المساهمة في الأدبيات العلمية حول الصحة والمكان من خلال توفير بيانات وتحليلات جديدة يمكن أن تفيد الأبحاث المستقبلية، فمن خلال فهم ومعالجة جوانب المساواة الصحية قد نصل إلى تحقيق مستوى أفضل من الصحة العامة وتحسين جودة الحياة.

3. مفاهيم الدراسة

1.3 تعريف المكان

يعتبر المكان مفهوما أساسيا في مجالات العلوم الاجتماعية، حيث يلعب دورا رئيسيا في فهم الجغرافيا، فقد قام العديد من العلماء بتعريف المكان بطرق مختلفة، إذ ووفقا لقاموس أكسفورد الانجليزي فإن المكان يكون امتدادا مستمرا ينظر اليه مع أو بدون اشارة إلى وجود كائنات حية أو لا، وهو الفاصل بين النقاط أو الأشياء، والتي يمكن اعتبارها ذات بعد واحد أو اثنين أو ثلاثة.

المكان هو بقعة فريدة من نوعها في الكون، وهو الفاصل بين هنا وهناك، وهو ما يسمح للناس بتقدير القريب والبعيد، فالأماكن لها نهاية لكن تتداخل منطقيا لأن الحدود مُعرّفة، يكون المكان هو كرسي أو مبنى، أو حي أو منطقة، أو قرية أو مدينة، أو منطقة حضرية أو ريفية، أو ولاية أو بلد، هذا التدرج هو السبب في صعوبة تقرير ما كتبه علماء الاجتماع على وجه الخصوص عن المكان، لأن التخصص يقطع الظواهر إلى أجزاء منعزلة، كعلم الاجتماع الحضري، علم اجتماع الريفي، علم اجتماع الضواحي...إله، إن متابعة المكان في حد ذاته يعني التساؤل عن القواسم المشتركة بين هذه الأماكن ذات النطاق المتفاوت وكيف تختلف؟. (Gieryn, 2000 p.453)

المكان والبشر يشكلان اللبنة الأساسية أو الشروط اللازمة لبناء أي مجتمع إنساني، ونظرا لأهمية المكان تناوله بعض رواد علم الاجتماع انطلاقا من حقيقة أنه لا مجتمع بلا مكان، وأن المكان هو الذي يحدد طبيعة العلاقات، فالمكان هو أكبر مصدر لبناء الواقع الاجتماعي إذا ما أضيف اليه بعد الزمان، فهما الوسيط الذي تحدث من خلالهما الحياة الاجتماعية.

إن المفهوم الثقافي والاستخدام الاجتماعي لمصطلح المكان يعرف من خلال الأسلوب الأمثل الذي يعكس به استخدام المكان وتوزيعه لملامح البناء الاجتماعي، ويعرف المكان بوصفه السياق الجغرافي والمعماري الذي يمارس فيه السلوك، وهناك من يعرفه أيضا بأنه الكيان الاجتماعي الذي يحوي على خلاصة التفاعل بين الانسان ومجمعه، ويعرف اجتماعيا من خلال ثلاث خصائص أو سمات: الموقع الجغرافي، الصورة المادية، والمعنى والقيمة التي تضاف إلى هذا المكان، فالشكل المادي أو الموقع الجغرافي لا يصبح مكانا إلا من خلال اضافة معنى عليه، فالمكان مهم للجماعة وعلاقاتها المتعددة، فكل جماعة تريد أن تضمن استمرار وجودها تسعى لصنع أماكن لها، ومثل هذه الأماكن لا تعكس فقط مسرح تفاعلاتها الاجتماعية بل تطبع رموز هويتها وتحدد معالم ذكرياتها وتمنحها الوجهة والاتجاه. (علي أمين، 2023، صفحة 09)

ومما سبق نقول بأن "المكان" هو المساحة الاجتماعية التي نتفاعل فيها مع الآخرين ونبني علاقاتنا معهم ومع المجتمعات المحيطة، إنه نتيجة الجهود الشاقة والمتواصلة في بناء العلاقات والحفاظ عليها من خلال تواجدها وتفاعلنا مع أشياء متنوعة في هذه البنية المجتمعية، ويمكن أن توجد جميع أنواع الأماكن المختلفة والتي قد ترتبط ببعضها البعض، وبالتالي يمكننا من خلال المكان أن نفهم المزيد عن العمل الاجتماعي.

2.3 تعريف الصحة

هناك مفاهيم عديدة للصحة، لكنها بشكل عام موحدة في مفهوم منظمة الصحة العالمية: "الصحة هي حالة من السلامة الجسدية والعقلية والعاطفية والاجتماعية". الصحة ليست مجرد غياب المرض أو الإعاقة، وهي تشمل الصحة ثلاث مكونات: الصحة البدنية، الصحة العقلية، والصحة الاجتماعية، ولا يمكن فهم معنى الصحة إلا عندما يتم فهم العناصر المذكورة أعلاه بشكل كامل.

يرجع علماء الاجتماع والصحة والمرض إلى كونها ظاهرة اجتماعية، بالإضافة إلى طابعها البيولوجي، ويلعب المكان محددًا هامًا في تطور مفهومها تبعًا للعلاقة بين البيئة المكانية والمجتمع. إذ تلعب الصحة دورًا مهمًا في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات، ووفقًا لوجهة نظر مشتركة فإن التنمية المستدامة لكل دولة أو مجتمع تعتمد بشكل أساسي على نوعية الموارد البشرية، ولا يمكن لأي بلد أو مجتمع أن يتطور إذا لم يكن شعبه يتمتع بصحة جيدة ومتعلمًا ويتمتع بالمعرفة والمهارات اللازمة، فالصحة مهمة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية في كل بلد وهي واحدة من أبسط حقوق الإنسان، لذلك يجب أن يُنظر إلى الصحة على أنها ثروة من ثروات الإنسان والمجتمع أكثر من أي ثروة مادية.

فلم يكن لدى البشرية منذ فترة طويلة إجماع على هذا المفهوم، حيث تعد الصحة عاملًا مهمًا للحياة، لذلك ليس من المستغرب أن يعرف كل مجتمع في العالم تقريبًا الصحة من وجهات نظر مختلفة، مثل: الطب وعلم الاجتماع والاقتصاد وما إلى ذلك، فمنذ العصور القديمة كان للصحة مفهوم شامل نسبيًا لا ينظرون إلى صحة الإنسان على أنها قوة بدنية فحسب بل أيضًا على أنها راحة في الحياة الروحية.

ووفقًا للفلسفة القديمة، يتكون الكون من خمسة عناصر: الأرض والماء والنار والهواء والجزء الأثيري من السماء، والتي تشكل العناصر الأساسية لجسم الإنسان، ومع ذلك في جسم الإنسان لا تعتمد الحياة على مكونات الجسم الخمسة فحسب، بل أيضًا على الوجود الطبيعي للحواس والروح والنفس، لذلك فالشخص السليم هو الشخص الذي لديه توازن العناصر في الجسم.

منذ القدم كان لدى الغرب مفاهيم حول الصحة وأعتبر صحة الإنسان عبارة عن مركب معقد يتكون من عوامل كثيرة. وهي مفاهيم نظرية حول بنية وأداء الجسم البشري وضعها الأطباء والفلاسفة اليونانيون والرومان القدماء. وقد ارتقت هذه النظرية إلى مستوى جديد نظريًا وعمليًا بفضل أبقرات (الذي يعتبر أبو الطب)، الذي فصل الطب عن تأثير الدين والثيوقراطية. ووفقًا لهذه النظرية، يتكون جسم الإنسان من أربع مواد أساسية تسمى الأخلاط. وتوازن هذه المواد الأربع هو الشرط الأساسي للإنسان السليم. والمرض هو نتيجة زيادة أو نقص مادة واحدة على الأقل من هذه المواد الأربع، والسوائل الأربعة هي: الدم، والصفراء السوداء، والصفراء، والمخاط – وهي تتوافق مع العناصر الأساسية الأربعة التي يتكون منها الكون: الأرض، والماء، والنار، والهواء (محدثات تغيرات في الطبيعة مثل الدفء والبرودة والحرارة والجفاف) ووفقًا له، فإن المرض والصحة هما نتيجة تغيرات مادية في الجسم، تتعلق في الأخير بالمكان الحاوي لهذه العناصر.

وفي المنظور الماركسي حول صحة الإنسان وعلى الرغم من عدم مناقشة الصحة بشكل مباشر، فإن أولئك الذين يتبعون المنظور الماركسي يأتون من وجهة نظر عالمية مادية تماماً ومنهجية جدلية إيجابية: الإنسان هو كيان اجتماعي وبيولوجي. وعلى أساس وراثته، تؤكد الماركسية أن الإنسان هو نتاج تطور طويل الأمد من العالمين الطبيعي والبيولوجي. حيث أكد كارل ماركس في كتابه "المخطوطة الاقتصادية الفلسفية لعام 1844" أن الإنسان ينشأ من الطبيعة، وهو جزء من الطبيعة، ومرتبطة بالطبيعة، لذلك يحتوي الإنسان دائماً على عناصر الطبيعة – أي العناصر البيولوجية. إلى جانب التأكيد على أن الإنسان يجب أن يتبع القوانين البيولوجية وقوانين الطبيعة مثل العثور على الغذاء والماء من الطبيعة؛ في صراعه من أجل البقاء، يجب على جسم الإنسان أن يطيع قوانين البيئة، قوانين الطفرات، التطور... ولأن الإنسان نتاج الطبيعة والمجتمع، فهو يتأثر بالمجالات الطبيعية والاجتماعية وقوانين تغييرها.

ومن خلال منظور جدلي حول العلاقة بين الإنسان والمجتمع، وذلك باستخدام المنهج المادي الجدلي. رأى إنجلز المرض كمظهر ونتيجة مباشرة للسعي وراء الأرباح بغض النظر عن السلامة الصناعية وجودة الغذاء. لقد أوضح نقطتين أساسيتين: أولاً، المرض ليس نتاج طبيعة فردية أو حادث، بل نتاج التنظيم الصناعي؛ ثانياً، رفض المفاهيم اللاهوتية التي تفسر الظلم الاجتماعي وأكد أن المرض والاعتلال هما في المقام الأول نتاج الظروف الاجتماعية، وليس حوادث لا يمكن للكائنات الحية السيطرة عليها، فقد اعتبر إنجلز إنتاج المرض في علاقته بالفقر وظروف المعيشة الحضرية، باعتباره نتاجاً للثورة الصناعية وحقوق الملكية الاجتماعية والنظام الاجتماعي (ماركس و إنجلز، 2016، الصفحة 122)

4. في سوسولوجيا المكان

يعد جورج زيمل أحد أكثر علماء الاجتماع الكلاسيكيين تأثيراً في مجال علم اجتماع المكان، من خلال كتابه الذي صدر عام 1908 بعنوان: "علم الاجتماع: تحقيقات في أشكال الاتصال"، تناول زيمل قضايا تطور المدن والفصل بين أماكن الترفيه في المجتمعات الاقتصادية الحديثة، على الرغم من أن المكان لعب لفترة طويلة دوراً ثانوياً في تطوير النظريات الاجتماعية والاقتصادية، فقد أصبح من الواضح في أواخر الثمانينيات أن بعض التغيرات الاجتماعية لا يمكن تفسيرها بشكل كاف دون إيلاء اهتمام أكبر للمكونات المكانية للحياة، ويشار إلى هذا التحول في الرؤية بالمنعطف الطوبولوجي، حيث يركز مفهوم المكان على الأشكال التنظيمية للتجاور والاختلاف بين الأماكن وتأثيراتها المتبادلة، سواء في المساحات الصغيرة من الحياة اليومية أو على مستوى الأمم أو العالم.

إن الاهتمام النظري المتزايد في العلوم الاجتماعية قد تأسس بشكل رئيسي من قبل علماء الاجتماع الناطقين باللغة الإنجليزية والفرنسية والفلاسفة والجغرافيين البشريين، ومما يثير الاهتمام بشكل خاص مقالة ميشيل فوكو حول: "الفضاءات الأخرى"، والتي يعلن فيها عن عمر المكان، ويشير إلى أن المكان الذي نعيش فيه يخرجنا من أنفسنا ويشكل تآكلاً لحياتنا وزماننا وتاريخنا، ويصف فوكو الفضاء بأنه غير متجانس ويؤكد أننا نعيش ضمن مجموعة من العلاقات.

ومن خلال عمله الأساسي: "إنتاج المكان" قدم هنري لوفيفر النظرية المكانية الماركسية، والتي اعتمد عليها لاحقا مفكرون مثل: ديفيد هارفي، ومانويل كاستيلز، وإدوارد سوجا وآخرون. إن النظريات الماركسية التي تعتمد على المحددات البنوية مثل: الرأسمالية أو العولمة التي تؤدي إلى تجانس الأماكن، تواجه نظريات العمل التي تؤكد على أهمية مكانة الأجسام المادية، وترى أن الأماكن هي هياكل ذاتية البناء، وإن كانت محددة سلفا تقليديا، ومن الأمثلة على ذلك نظرية المكان لعالم الاجتماع الألمانية مارتينا لوف.

في السنوات الأخيرة، حظيت المقاربات المستمدة من خطاب ما بعد الاستعمار باهتمام متزايد، وعلى النقيض من المفاهيم الماركسية الجديدة تؤكد الجغرافية البريطانية دورين ماسي وعالم الاجتماع الألماني هيلموت بيركينج على تنوع السياقات المحلية وعلاقة المكان بمعرفتنا بالعالم. (Risager, 2006 p.106)

5. ثنائية المكان والصحة

منذ أوائل التسعينات كان هناك اهتمام كبير بدور المكان في تشكيل التجارب الصحية للناس، ونشأت نقاشات حول خصائص المكان من خلال التفسيرات المتعددة للموقع الجغرافي للصحة، كما استندت عليه الكثير من الأبحاث حول التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية، أين اقترح الباحثون ثلاث أنواع من التفسيرات وهي: التركيبية والسياقية والجماعية.

- **فالتفسيرات التركيبية** تنبها إلى خصائص الأفراد المتمركزين في أماكن معينة (البعد والقرب من الخدمات الصحية) بواسطة فهم العوامل السلوكية والثقافية للأفراد، كما سيؤدي إلى فهم تأثير هذه العوامل مثل: عادات الأكل والنشاط البدني وسلوكيات البحث عن الرعاية الصحية إلى كيفية الاستجابة للمشكلات الصحية والعناية الصحية الشخصية.

- **التفسيرات الجماعية** تلفت انتباهنا إلى السمات الاجتماعية والثقافية والتاريخية للمجتمعات وتعمل على فهم مجموعة المعتقدات، التقاليد، العادات المشتركة، وكيفية التعامل مع مشكلات المرض والثقافة الصحية، في حين السمات المادية للبيئة التي يتقاسمها جميع السكان في المكان أو المنطقة تشمل جودة الهواء، الماء، البيئة، المناخ، وتوضح تأثير الظروف البيئية مثل تلوث الهواء والمياه والتربة بين المناطق الحضرية وبينها وبين المناطق الريفية، وكذا تقييم جودة البنية التحتية الصحية وحجم الإنفاق على الصحة في المناطق المختلفة. (Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002 p.130)

- **التفسيرات النسبية** إن أهمية دراسة البيئة الثقافية والاجتماعية للمنطقة والمكان، يكمن في معرفتنا بما يحمله أفراد المجتمع من قيم، معتقدات، ومفاهيم تقود المظاهر الاجتماعية السائدة في المنطقة، وبالتالي تأثيرها في أداء وتنفيذ عمليات الرعاية الصحية المقررة، إن لكل مجتمع من المجتمعات خصائص تجعله مميزا عن المجتمعات الأخرى، وذلك إما نتيجة لعوامل بيئية، حضارية، ثقافية أو نتيجة للعادات والتقاليد المتوارثة إنها نتاج تأثير المجتمع والمكان، هذه المتغيرات الثقافية والاجتماعية لها تأثير على النشاط الصحي ومعدلات المرض، فسمات البنية التحتية المادية والأداء الاجتماعي الجماعي قد يؤثر على الصحة فهي أساس التفكير في كيفية تأثير الأماكن على الصحة.

ناهيك على تأثير الخلفية الثقافية للسكان وموقعهم الجغرافي وتعدد واختلاف عادات وتقاليده كل منطقة عن الأخرى، والتي تشكل اختلافا في التركيبة السكانية ونوع وطريقة التواصل عبر فضاءات المشاركة في التنمية، مثلما عبر عن ذلك المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حيث تم الاعتراف بالعلاقة الوثيقة بين السكان والتنمية من جهة، ومن جهة أخرى إدخال بعد نوعي في البرامج المتعلقة بالمكان والسكان لاسيما في مجال الصحة، لتبقى نتائج سياسات الصحة متفاوتة وعملية تقييمها يجب أن يراعي فيها الحالة الصحية للأفراد والتوزيع المكاني المتميز، إلا أنه من المعروف في البلدان النامية أن المناطق الحضرية تتميز بمستوى أحسن من حيث تجهيز الخدمات الصحية مما هو عليه في المناطق الريفية وكذا المناطق الهشة من المجتمع. (لعشيشي و هاشم، 2023، الصفحة 491-492)

وبتعبير سيكولوجي فإن علاقة المكان والصحة تبنتها العديد من النظريات الطبية، البيئية، والاجتماعية من خلال الجمع بين الصحة والايكولوجيا، بين الأطباء والبيطريين، علماء البيئة والاقتصاديين، علماء الاجتماع والديموغرافيا، مهندسو برامج التخطيط الحضري... وغيرهم، لفهم ودراسة كيفية تأثير تغيرات النظام البيئي والمحيط على صحة الإنسان، بمعنى كيف لهذه التأثيرات البيئية المحيطة بالإنسان أن تؤثر على مستوى صحة الأفراد والمجتمعات في حدود مناطق جغرافية بعينها دون الأخرى، أين ترتبط جودة البيئة المحيطة مثل: مختلف أشكال التلوث، ووجود المساحات الخضراء وغير ذلك بشكل مباشر بالصحة، وفي مطلع عام (2003) صاغ جان ليبيل ثلاثة ركائز للصحة البيئية وهي: البحث والمشاركة والإنصاف، وبمرور الوقت توسع المركز الدولي للأبحاث التنموية ليشمل ستة مبادئ بدلا من الثلاث ركائز الأصلية، هذه المبادئ هي: التعددية المنهجية، المشاركة، المساواة بين الجنسين، العدالة الاجتماعية، التفكير المنهجي، والاستدامة والبحث من أجل العمل. (Forget & Lebel, 2001 p.53)

من ناحية أخرى تشير نظرية رأس المال الاجتماعي إلى أن العلاقات الاجتماعية والثقة بين أفراد المجتمع تعمل على تحسين المستوى الصحي والدعم الناتج عن الروابط الاجتماعية القوية في أي مجتمع، يؤدي حتما إلى الوصول إلى عمليات الصحة الجيدة وينعكس على مستوى صحتهم، وعليه ينظر "kawachi" وهو من أبرز الباحثين الذين أولوا دراسة علاقة رأس المال والصحة العامة أهمية كبرى، حيث نشر مع باحثين آخرين نتائج دراسة في المجلة الأمريكية للصحة العامة، شملت حوالي 167 ألف شخص في 39 ولاية أمريكية، وقد بينت الدراسة أن مؤشرات رأس المال الاجتماعي مثل: الثقة، القابلية عند الأفراد للتطوع والمساعدة، انتشار العضوية في الجمعيات، ومدى المساهمة في النشاطات المدنية، لها علاقة قوية مع المستوى الصحي للأفراد وللتجمعات التي تمت دراستها، وفي دراسة سابقة ظهرت بوضوح العلاقة القوية بين مؤشرات رأس المال الاجتماعي ومعدل الوفيات بشكل عام، وقد ربطت الدراسة وبشكل محدد بين مؤشرات لرأس المال الاجتماعي ومعدلات الوفيات من الأمراض المزمنة، خاصة أمراض القلب عند الرجال في الولايات المتحدة الأمريكية، وبأن ضعف أو انعدام الروابط الاجتماعية أدى إلى زيادة احتمالات الوفاة من 02 إلى 03 مرات مقارنة مع الأشخاص الذين يتمتعون بروابط اجتماعية قوية. (أبو قرع، 2011، الصفحة 35)

كما تقدم النظرية البنوية التفاعلية فهما معمقا لكيفية تشكيل البيئة المادية والاجتماعية في المناطق السكنية لظروف الصحة والرفاه، وتؤكد هذه النظرية على أن البنى والممارسات الاجتماعية تتفاعل مع البيئة المادية في إنتاج أنماط من اللامساواة الصحية، فالخصائص المادية للأماكن مثل: البنية التحتية والخدمات المتاحة تشكل فرصا للوصول إلى الرعاية والممارسات الصحية للسكان، وفي الوقت نفسه تؤثر هذه الممارسات والعلاقات الاجتماعية في المناطق على تشكيل البيئة المادية وتوزيع الموارد الصحية. (Gieryn, 2000 p.36)

من ناحية أخرى تناقش نظرية الفضاء والمكان كيف أن الفضاءات والأماكن المادية ليست مجرد خلفيات سلبية بل هي عناصر فاعلة في التفاعلات الاجتماعية والممارسات الصحية، فالأماكن لا تعكس فقط الهياكل الاجتماعية والاقتصادية، بل تؤثر أيضا في تجارب الناس ومفاهيمهم عن الصحة والرفاه، وبذلك يمكن للأماكن أن تعزز أو تفوض أنماط السلوكيات الصحية للسكان. (Seamon & Sowers , 2008 p.49)

وإجمالا تؤكد هذه النظريات على أن المكان ليس مجرد إطار جغرافي محايد، بل هو جزء متكامل من الحياة الاجتماعية والصحية للأفراد والمجتمعات، وبالتالي فهم هذه العلاقة المعقدة بين المكان والصحة أمر بالغ الأهمية لتصميم سياسات صحية أكثر انصافا وشمولية. وبناء على ذلك يمكن القول أنه توجد علاقة ارتباطية بين النتائج الصحية والمكان، حيث تبين الكثير من الأدبيات أن هذه العلاقة تخص البيئة الطبيعية المحيطة وخصائص المجتمع المكانية، ومجموعة التقاليد والعادات والدين ومختلف السلوكيات الفردية المرتبطة بالصحة والمرض، وكذا الأدوار الفاعلة حيال ذلك، وأن الفروق في الدرجات كان أكثر وضوحا بين سكان الريف والمدينة والمناطق الحضرية والمدن وفيما بين الأحياء والجوار وبين الأصحاء والمرضى. (بن غدفة، 2009، الصفحة 57)

6. العوامل الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على الصحة من منظور مكاني

لدراسة المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة وجب الرجوع إلى السلوكيات الفردية والجماعية المشكلة لها، من خلال تخصصات علم الوراثة، علم الأمراض، البيولوجيا، الاقتصاد، علم النفس، وعلم الاجتماع وغيرها، لأن أي نظرية اجتماعية يمكن أن توفر توجهات أكثر صلابة حول المكان الذي يجب أن ننظر فيه وكيفية التفكير في مثل هذه التأثيرات، ومنه يجب النظر إلى مفاهيم المسببات والتداخل، ووضع طريقة أكثر ملاءمة لدراسة عوامل الخطر والأمراض، وإعادة صياغة جذرية لكيفية تفكيرنا في أسباب المرض والوقاية منه، فكثير من الأبحاث تقدم مساهمة قيمة هامة لا يمكن إنكارها في البحث عن طرق جديدة لفهم دور البنية المكانية والاجتماعية في تحسين الرعاية الصحية في مواجهة الفقر، العنصرية، والحرمان ضد اللامساواة المكانية.

كما أن التركيز على مفهوم البيئة في شرح سبب مرض المنظومة الصحية ووصولها إلى نقطة اللامساواة، تحول إلى الاهتمام من دور عوامل الاعتلال المختلفة إلى المحددات الاجتماعية والاقتصادية في تفسيرها، ويتم التعامل معها كما لو أن أدوار كل منها في التسبب في الأمراض متماثلة، هذا ان لم تكن متطابقة تقريبا، إذ يتم مناقشة العوامل المؤثرة في البيئة المادية (نمط

السكن، الضوضاء المدن، نوع الغذاء والأكل، والمساحات الخضراء... الخ)، ثم العوامل في البيئة الاجتماعية (الوصم والعنصرية، الجندر، والطبقة الاجتماعية... الخ)، وهذا ما يلفت الانتباه إلى أن أدوار البيئة الاجتماعية يجب أن تكون مختلفة في تفكيرنا تجاه موضوع اللامساواة بالمكان.

من جهة أخرى يحاول منتقدو التوجه الحيوي للصحة القول بأن النموذج الطبي ينظر إلى الجسم البشري على أنه مجرد آلة أو شيء يجب إصلاحه عند حدوث خلل، ولا يأخذ في الاعتبار التأثيرات الأوسع على الصحة والسلوك المتعلق بها، حيث يتم التأكيد على المسؤولية الشخصية عن الصحة في مختلف الأنظمة، ولا ينفي التوجه الاجتماعي للصحة تأثير العمر، الجنس، الوراثة، والبيئة... الخ، ولكنه يرى أن الصحة والمرض هي منتجات متكاملة للعلاقة بين الشخص والبيئة في الواقع، ويؤكد على التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية ويضع السلوكيات وتجارب الصحة والمرض في سياقها فيما يتعلق بالحقائق اليومية لحياة الناس، وهو ما أكدته "مارموت" 2010 بالقول: إن النموذج الاجتماعي في مقاربة الصحة والمرض يتناول جميع مراحل استمراريتها والديناميكيات المرتبطة بهما طوال دورة الحياة، من خلال فهم وشرح ودراسة تأثير العوامل الخارجية على الفرد.

هذه المحددات التي يتم رسمها من خلال التأثيرات الاجتماعية، البيئية، والاقتصادية، والتي قد تكون إما وقائية للفرد أو تعرضه لخطر تدهور الصحة وبالتالي المرض، لها أهمية متفاوتة بالنسبة للأفراد والمجتمعات في سياقات أماكن مختلفة وفي أوقات مختلفة طوال دورة حياتها، لكنها تعترف بشكل عام بأن الصحة الخاصة بنمط الحياة الفردية جزء لا يتجزأ من الظروف الاجتماعية والمعيشية وظروف العمل. (Neruda, 2010 p.39)

وهذه العوامل مهمة لتجربة الصحة والمرض وكذلك الوصول إلى الرعاية الصحية والدعم الاجتماعي واستيعابها وتجربتها، وفي تقرير بارز لمنظمة الصحة العالمية عام 2021 حول المحددات العامة للصحة حث على ضرورة التركيز ليس فقط على الحد من الأمراض ولكن أيضا معالجة أسبابها الجذرية، ويشمل ذلك: معالجة المحددات الاجتماعية، البيئية، والاقتصادية للصحة معالجة منهجية، موضحا وجود اجحاف في العديد من الحصائل والتقارير الصحية داخل البلدان المنظوية تحتها، وتزايد الاعتراف بالأسباب أو المحددات الأولية لهذه الفوارق، وترتبط فرص التمتع بالصحة ارتباطا وثيقا بالظروف التي ينمو فيها الأفراد ويتعلمون ويعيشون، ويعملون ويشيخون، فتعرف أنها فوارق في الحالة الصحية بين فئات من الأفراد أو المجتمعات المحلية، فالظروف غير المتكافئة تعزز بعضها البعض وتتفاعل فيما بينها، مما يؤدي إلى انعدام المساواة بين الأجيال والذي يتسبب في إهمال مجتمعات محلية بأكملها. (منظمة الصحة العالمية، 2021)

كما أنه من المهم معرفة هذه التأثيرات القوية في تشكيل وتوزيع المرض دون الصحة في مجتمعاتنا، وقد يتطلب الأمر إعادة التفكير في فهم السبب وراء وجود مستويات عالية بشكل غير عادي من الاعتلال والانحراف وسوء المعاملة، والتمييز حسب العرق والإثنية واللون، ومعدلات الجريمة في المجتمع تجبرنا على مواجهة الحقيقة غير المريحة المتمثلة في أن العنصرية والتمييز والوصم على أساس مكان الإقامة ومنطقة العيش، وهي من العوامل الكبرى المساهمة في سيرورة وانتشار المرض واللامساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

7. عوامل اللامساواة المكانية في الصحة

إن العدالة المكانية ليست بالضرورة تحقيقا للمساواة المكانية، فيمكن تعريف عدم المساواة على أنه الاختلاف المرتبط بالعدالة الاجتماعية، وذلك لما يقوله ديفيد سميث، فالمجتمعات التي تهتم بالعدالة الاجتماعية تدرك هذه الاختلافات ويمكنها توثيق عدم المساواة المكانية، من خلال تمثيل تلك الاختلافات وفق نظرة استشرافية متوسطة وطويلة المدى وتوقع ظهور طوارئ جائحة كوفيد، وتتجلى عدم المساواة المكانية عندما يتركز الفقر وتتدنّى الخدمات، وتفتقر البنية الأساسية للشروط المطلوبة للعيش في مناطق جغرافية بعينها على نحو يحد من قدرة السكان على تغيير أوضاعهم اقتصاديا واجتماعيا بشكل يزيد من الفصل الطبقي- المكاني لحدود الفضاء الجغرافي. (Lobao & Saenz, 2002 p.79)

إذن فالمساواة تعني العدالة الاجتماعية أو الانصاف، إنه مفهوم أخلاقي يركز على مبادئ العدالة التوزيعية، ويمكن تعريف الإنصاف في مجال الصحة على نطاق واسع على أنه غياب الفوارق الصحية غير العادلة أو غير العادلة اجتماعيا، ومع ذلك ونظرا لأن العدالة الاجتماعية والانصاف يمكن تفسيرهما بشكل مختلف من قبل أشخاص مختلفين في بيئات مختلفة فليست هي نفسها العدالة، إن مفهوم العدالة معياري بطبيعته ويستند إلى القيمة، حيث يركز على الاهتمام على توزيع الموارد بعد العمليات التي تؤدي إلى نوع معين من عدم المساواة الصحية، أي عدم المساواة المنهجية في الصحة أو في محدداتها الاجتماعية بين الفئات الاجتماعية الأكثر والأقل تقدما. (Braveman & Gruskin, 2003 p.08)

إن نسبة اللامساواة المكانية عالية وأخذة في التزايد، حيث توجد تباينات بين المناطق الريفية والحضرية وبين المناطق المتمتعة وغير المتمتعة بميزة جغرافية، ففي المناطق النامية على سبيل المثال هناك تباين قيمته 31 درجة مئوية بين المناطق الريفية والحضرية في عدد الولادات التي يشرف عليها موظفو صحة مَهَرّة، وقد تكون اللامساواة بين المناطق إحدى العوامل الرئيسية التي تسهم في انعدامها العام في بعض البلدان، لاسيما إذا ما واکبها تقسيم عنصري أو إثني، مما يخلق أثرا غير متناسب على هاته المناطق في مواجهة الكوارث الطبيعية أو الأزمات.

من جانب آخر يؤدي انخفاض المستوى المعيشي حسب علماء الاقتصاد خاصة، خصوصا تدني مستوى دخل الأفراد والأسر إلى ظهور طبقية في توزيع الرعاية الصحية وعدم وجود مساواة بينهم وبين أصحاب الدخل المرتفع الذين يقصدون العلاج لدى الخواص، فالتوزيع غير العادل للثروة والفرص له أثاره على النتائج الصحية التي تظهر معها أشكال أخرى لعدم المساواة في الصحة العامة وهو ما يشكل حرمانا حقيقيا، حيث وجدت دراسة في المملكة المتحدة البريطانية أن الفجوات الصحية بين المناطق الفقيرة والغنية تزداد باطراد مع تفاقم التفاوتات المكانية في مستويات الحرمان. (Bambra, 2016 p.635-636)

وبطبيعة الحال يأتي الوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتبط بالدخل المنخفض كأحد الأدوار المهمة في انتشار التفاوتات في مجال الصحة، فكثير من ذوي الدخل المنخفض يعيشون في مناطق محرومة وأغلبها فقيرة إلى مرافق الرعاية الصحية اللازمة، اضافة إلى أوضاعها البيئية الصعبة كارتفاع

مستويات التلوث والجريمة وضعف البنية التحتية، مما يؤثر سلباً على الصحة وعملية التنمية الصحية، فقد أظهرت الأبحاث أن هناك تفاوتات كبيرة في مستويات الصحة بين المناطق المختلفة داخل المدن وبين الحضر والريف والتي غالباً ما ترتبط بعوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية.

(Macintyre, Ellaway, & Cummins, 2002 p.137)

في كتاب Marmot حول "الفجوة الصحية" وهو يرسم العمر المتوقع والمتوسط الخالي من الإقامة للأحياء في إنجلترا المصنفة حسب الحرمان من الأحياء، أكدت النتائج أن هناك تدرج اجتماعي ملحوظ، حيث أنه كلما كان الحي أكثر حرماناً كلما كانت الصحة أسوأ، فالتدرج أكثر انحداراً للحياة الصحية مما هو عليه بالنسبة لطول العمر المتوقع. (Marmot, 2017 p.537)

كذلك الحصول على التعليم الجيد يعتبر مهماً في تشكيل المسار الصحي للفرد والمجتمع، حيث يرتبط المستوى التعليمي المحقق ارتباطاً وثيقاً بصحة البالغين، وبالتالي فهو مؤشر قوي على عدم المساواة الصحية، وقد تكون هذه الآثار نتيجة مباشرة للتعليم، إذ يمكن أن ينشأ في المناطق الأكثر ثراء عدداً أقل من الناس في فقر مدقع، غير أن ذلك لا يمكن أن يفسر بسهولة التدرج في الصحة حسب مستوى التعليم، فهذا إما دل على شيء أنما يدل على أن الوعي الصحي مرتبط بمستوى تعليم جيد، فغالباً ما يواجه الأفراد الذين يعانون من محدودية فرص الحصول على التعليم حواجز متعددة، مثل: صعوبات وتعقيدات الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المناسبة، وعوائق في سلوك طلب الخدمة الصحية، لأن انخفاض الثقافة الصحية يجعل من الصعب فهم ومتابعة المعلومات الصحية واتخاذ قرارات العلاج والوقاية المناسبة، حيث تؤدي المهارات الوقائية اللازمة إلى ارتفاع نتائج صحية جيدة.

ومن المؤكد أن المستوى التعليمي يرتبط كذلك بالمستوى المعيشي والدخل والمنطقة، فكثيراً ما تؤكد الدراسات على أن المناطق العشوائية والبعيدة والمتخلفة التي تعاني الضعف والحرمان تؤدي إلى نتائج تعليمية ضعيفة وزيادة عدم الرضا وانخفاض فرص الرعاية الصحية، ويعتقد أن الأشخاص ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض يعيشون أسوأ من أولئك الذين يتمتعون بمكانة عالية، كما أن الفقراء ذوي المستوى التعليمي الضعيف أقل حظاً في العلاج والوصول إلى المرافق المخصصة عن غيرهم من الفئات الأخرى للمجتمع. (Baum, 2016 p.636)

تمتد جذور الفوارق العرقية والإثنية في الصحة إلى شبكة معقدة من الظواهر التاريخية والاقتصادية والجغرافية المختلفة، حيث تعمل الحواجز اللغوية والتفرقة على حساب لون البشرة والعرق تفاوتاً في نوعية الرعاية الصحية المقدمة، ومن العوامل الأخرى المساهمة في هذه اللامساواة، الوصم والتمييز خاصة أثناء تفاعل هؤلاء مع مقدمي الرعاية الصحية، ما ينجر عنه تردي مستويات الحالة الصحية للأفراد والأقليات العرقية والتجمعات الفقيرة والمهمشة اجتماعياً، حيث أظهرت دراسة أجريت في مدينة شيكاغو الأمريكية أن المناطق الفقيرة وذات الأقلية العرقية لديها معدلات أعلى للوفيات المبكرة والأمراض المزمنة مقارنة بالمناطق الغنية ذات الأغلبية من البيض. (Acevedo-Garcia, 2020 p.181)

وبطبيعة الحال فإن نفس هاته المحددات من المرجح أن تفسر الاختلافات في التفاوتات الصحية بين السكان الأصليين وغير الأصليين، وستكون العنصرية والتمييز والوصم أسبابا رئيسية للتوزيع غير المتكافئ، واستنتاجا يرفع في المؤشر النسبي لظاهرة اللامساواة، وبمرور الوقت تزداد أوجه عدم المساواة في الأمراض الحادة لكلا الجنسين في العشر سنوات الأخيرة.

(Khang, Lynch, Yun, & Lee, 2004 p.312)

هذا ما يشير إلى أن الفوارق الصحية بين الجنسين تحمل تعقيدات مهمة من جانب الحمل والوضع والرقابة اللازمة بالنسبة للنساء، وخاصة ما تؤكدته الكثير من الدراسات التي تنبهنا إلى وجود مخاطر متعلقة بالحمل في المناطق النائية والمجتمعات المهمشة، ويؤدي هذا الضعف الواضح في الوصول إلى الرعاية وثقافة وتقاليد العلاج في بعض المجتمعات إلى نتائج صحية كارثية، وغير آمنة. وتعتبر الرعاية الصحية على أساس المكان من بين المشكلات التي تواجه البلدان والمجتمعات الحديثة، فكثير من العوائق الجغرافية تحول دون الوصول المناسب والفعلي لخدمات الرعاية الصحية، حيث يؤدي الانقسام الحاد في الحضر والمدن بين المناطق الضعيفة وذات المستوى الصعب، وكذا المناطق البعيدة كالتجمعات الريفية إلى نقص في المرافق الصحية اللازمة وصعوبات التنقل لطلب الخدمات الصحية والتدخل الطبي المتخصص وزيادة تكاليف العلاج، إلى وجود مشكلات صحية متباينة وحواجز صحية سيئة وغير عادلة، فالعلاقة بين المكان والصحة هي موضوع بالغ الأهمية في الدراسة الاجتماعية للصحة، حيث يؤكد الباحثون على أن الموقع الجغرافي والخصائص البيئية للمناطق السكنية، لها تأثير مباشر على الوضع الصحي للسكان وإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية.

(Cummins , Curtis, Diez-Roux, & Macintyre, 2007 p.1825)

خاتمة ونتائج الدراسة

تؤكد قضايا اللامساواة الصحية أنها من المشاكل العويصة التي تقف في وجه التنمية، فهي تلعب دورا كبيرا في تحديد جودة الحياة وفرص أفراد المجتمع في نيل حياة كريمة، وأن المكان يعد من العوامل الرئيسة التي تؤثر في الحالة الصحية، وتظهر العديد من الأدلة التجريبية بوضوح أن للمكان دورا محوريا في تشكيل أنماط عدم المساواة الصحية، فهو من العوامل الرئيسة التي تؤثر على الصحة، إذ أن التفاوت في الظروف البيئية والبنية التحتية يؤدي إلى فروق كبيرة في درجات الرعاية الصحية بين المناطق المختلفة.

كما أن فهم الآليات التي تربط البيئة المادية والاجتماعية بالصحة أمر بالغ الأهمية لتصميم سياسات صحية أكثر انصافا وشمولية، ويتطلب ذلك تبني مقاربات عابرة للتخصصات من خلالها يمكننا معالجة وتحسين البنية التحتية الصحية، وفي نفس الوقت الاهتمام بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، من خلال تبني سياسات عادلة وتعزيز التوعية والتعليم، حتى تزول كل مظاهر اللامساواة الصحية لفائدة مجتمع أكثر صحة وعدالة.

وعليه يمكن تقديم جملة من الاقتراحات والتوصيات المستخلصة وأهمها:

- ✓ اجراء المزيد من البحوث لتحديد السياسات العامة والتدابير الوقائية اللازمة التي تعتبر ضرورة حيوية لتحسين صحة المجتمع بشكل شامل ومستدام، فالبحوث العلمية تلعب دورا رئيسيا في توجيه السياسات والبرامج الصحية وكذا تحقيق الأهداف الصحية العامة.
- ✓ تحديد الاحتياجات الصحية لتجنب الأمراض المنتشرة وتحديد المناطق الهشة التي تحتاج إلى رعاية صحية خاصة.
- ✓ تحديد التدابير الوقائية والتعليمية ووضع الأهداف العامة لتحسين الوضع الصحي للمجتمع.
- ✓ تعزيز الوقاية والتثقيف من خلال نشر الوعي والثقافة المرتبطين بالعمليات الصحية بين الناس من خلال تبني مفاهيم الوقاية من الأمراض وتعزيز ثقافة الحياة الصحية.
- ✓ تحقيق التنمية المستدامة من خلال الاهتمام بمقومات الصحة والعمل على تقييم تأثير البرامج والتدابير الوقائية على الاقتصاد والبيئة والمجتمع.
- ✓ الاستثمار الذكي في الصحة من خلال توجيه الأبحاث الصحية نحو الحلول الفعالة والمستدامة مما يساهم في تحقيق نتائج ايجابية في جودة الحياة للمجتمع.
- ✓ محاولة معالجة التفاوتات الصحية لتحسين صحة المجتمعات، من خلال الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والمتطلبات الاقتصادية في الأماكن المحرومة، والعمل على التوعية والتعاون المجتمعي للتغلب على التحديات المتعلقة بهذه العوامل الاجتماعية والتفاوتات الصحية.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. شريفة بن غذفة. (2009). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، 10(21)، 39-62.
2. عقل أبو قرع. (2011). رأس المال الاجتماعي والصحة العامة في الأراضي الفلسطينية. فلسطين: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية.
3. فاطمة الزهراء علي أمين. (أبريل، 2023). الوظيفة الاجتماعية للحارة المعاصرة: دراسة في سوسيولوجيا المكان. المجلة المصرية للعلوم الاجتماعية والسلوكية (07)، الصفحات 68-121.
4. كارل ماركس، و فريدريك إنجلز. (2016). الأيديولوجية الألمانية -مصادر الاشتراكية العلمية. (فؤاد أيوب، المترجمون) بيروت: دار الفارابي.
5. منظمة الصحة العالمية. (2021). المحددات الاجتماعية للصحة لتعزيز العدالة. جنيف: WHO. تم الاسترداد من <https://www.who.int/ar/publications/m/item/social-determinants-of-health-to-advance-equity>
6. نوال لعشيشي، و أمال هاشم. (2023). الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الانجابية في الجزائر لسنة 2018. مجلة أبعاد، 479-494.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

7. Acevedo-Garcia, D. (2020). the geography of child apportuntty why neighborhood matter for equeity. New York: Diversitydata Kids.
8. Lobao, L., & Saenz, R. (2002). Spatial Inequality and Diversity as an Emerging Research Area. Rural Sociology, 64(04), 497-511.
9. Bamba, C. (20016). Health Divides: Where You Live Can Kill You. London: Policy Press.
10. Baum, F. (2016). Health systems: how much difference can they make to health inequities? J Epidemiol Community Health(70), 635-636.
11. Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. J Epidemiol Community Health, 57(04), 08-254.
12. Cummins , S., Curtis, S., Diez-Roux, A., & Macintyre, S. (2007). Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. Social science & medicine (1982), 65(09), 1825–1838.
13. Forget, G., & Lebel, J. (2001). AN ECOSYSTEM APPROACH TO HUMAN HEALTH. Dans A. Group, Intrnational Journal of Occupational and Environmental Health (Vol. 07, p. S3). Ottawa: University of California.
14. Gieryn, T. (2000). A Space for place in sociology. Annual Review of Sociology, 463-496.
15. Khang, Y., Lynch, J., Yun, S., & Lee, S. (2004). Trends in socioeconomic health inequalities in Korea: use of mortality and morbidity measures. Journal of Epidemiology & Community Health(58), 308-314.

16. Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 125-139.
17. Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *Eur J Epidemiol*, 32(07), 537-546.
18. Neruda, P. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London: strategic review of health inequalities in england post.
19. Risager, K. (2006). *Language and Culture: Global Flows and local Coplexity*. London: British Library.
20. Seamon , D., & Sowers , J. (2008). Place and Placelessness, Edward Relph. *Human Geography*, 43-51.