

4-1-2020

The Right of Health between The International Conventions and The Social Practices : A Field Study of Sample Opinons of Citizens in Giza Governorate.

Hanan Mohamed Hafez

Teacher in the Sociology Department Faculty of Arts - Cairo University

Follow this and additional works at: <https://jfa.cu.edu.eg/journal>

Recommended Citation

Hafez, Hanan Mohamed (2020) "The Right of Health between The International Conventions and The Social Practices : A Field Study of Sample Opinons of Citizens in Giza Governorate.," *Journal of the Faculty of Arts (JFA)*: Vol. 80: Iss. 2, Article 19.

DOI: 10.21608/jarts.2020.100065

Available at: <https://jfa.cu.edu.eg/journal/vol80/iss2/19>

This Original Study is brought to you for free and open access by Journal of the Faculty of Arts (JFA). It has been accepted for inclusion in Journal of the Faculty of Arts (JFA) by an authorized editor of Journal of the Faculty of Arts (JFA).

الحق في الصحة بين المواثيق الدولية والممارسات المجتمعية دراسة ميدانية لآراء عينة من المواطنين في محافظة الجيزة(*)

د/ حنان محمد حافظ

مدرس بقسم الاجتماع

كلية الآداب - جامعة القاهرة

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على آراء بعض المواطنين حول مدى حصولهم على أسس الحق في الصحة وفقاً، لما حددته المواثيق الدولية، والدستور المصري. وقد طُرحت عدة تساؤلات متعلقة ببعض تلك الأسس، كمدى توافر الخدمة الصحية، ومدى إمكانية وصول المواطنين إلى المعلومات المتعلقة بالقضايا الصحية، ومدى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، فضلاً عن مدى تمتعهم بمقومين أساسيين للصحة؛ كالمسكن، والظروف المهنية الملائمان صحياً. بالإضافة إلى وجهة نظرهم، فيما يتصل بالواجبات التي ينبغي أن يقوموا بها تجاه رعاية صحتهم. وقد استندت هذه الدراسة إلى منهج المسح الاجتماعي باستخدام العينة، كما تم استخدام طريقة المقارنة بين ريف وحضر محافظة الجيزة.

كما اعتمدت هذه الدراسة على استمارة الاستبيان، وتم اختيار عينة متنوعة قوامها (٣٣٠ مفردة)، واستندت إلى أسلوب التحليل الكمي للبيانات، برنامج "SPSS". وتوصلت النتائج - بشكل عام - إلى أن هناك فجوة بين ما ورد حول الحق في الصحة في المواثيق

(*) مجلة كلية الآداب جامعة القاهرة المجلد (٨٠) العدد (٣) أبريل ٢٠٢٠

الدولية، وبين الممارسات المجتمعية. فعلى الرغم من توافر المرافق الصحية، سواء في الريف أو الحضر، إلا إنه هناك عدة مشكلات متعلقة بمؤشر توافر الأدوات اللازمة للعلاج، المرهونة بالوضع الطبقي للمواطنين (من أفراد العينة)، كالكوادر الطبية الماهرة، والأجهزة الطبية الحديثة التي تحظى بها المستشفيات الخاصة، وتعاني من نقصها المستشفيات الحكومية.

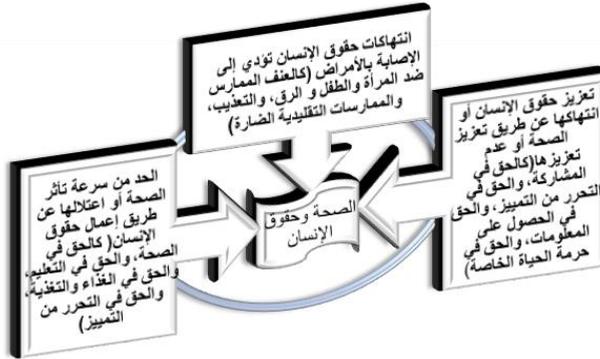
The Right of Health between The International Conventions and The Social Practices : A Field Study of Sample Opinons of Citizens in Giza Governorate.

This study aims to identify the opinions of some citizens on the extent to which they have access to the bases of the right of health, as defined by international conventions and the egyptian constitution. A number of questions have been raised concerning some of these bases, as availability of health service, and the extent to which citizens have access to information on health issues, and the quality of the health service provide to them, as well as, their enjoyment of two basic health pillars such as housing and proffestional conditions. In addition to their point of view regarding the duties they should perform towards the care of their health. This study was based on the social survey methode ,using the sample .a comparison method was used between the rule and urban areas of Giza governorate . The study was also based on the questionnaire , a sample (330) was selected, and based on quantitative data analysis" SPSS" programme . The finding – generally- found that there was a gap between what was reported on the right of health in international conventions and societal practices . Despite of the availability of health facilities in urban and rural areas ,there are several problems related to the availability of necessary tools for treatment ,depends on the class status of citizensas, skilled medical cardes, and modern medical equipment enjoyed by private hospital, and suffer from lack of government hospitals

المدخل إلى الدراسة

يعد موضوع حقوق الإنسان من الموضوعات الحيوية التي فرضت نفسها، على كافة الأصعدة الاجتماعية، والسياسية، والدولية والمحلية، وأصبح ميدانًا خصبًا للجدل المعرفي؛ بسبب تشابك قضاياها، وتداخل مفهومه لدى المواطنين بدرجات شرائحهم المختلفة، مع مفهوم المواطنة، على اعتبار أن مضمون مفهوم المواطنة يشير إلى مجموعة من الحقوق الكاملة التي يتمتع بها المواطن، وفي المقابل هناك واجبات، يتعين عليه القيام بها. ويعد الحق في الصحة - كما جاء في المواثيق الدولية- من أهم الحقوق الاجتماعية، التي ترتبط بالحقوق الأخرى، سواء السياسية والمدنية من جانب، أو الاجتماعية والاقتصادية من جانب آخر، بل إنه مما لا شك فيه أن الخلل الذي يصيب التمتع بهذا الحق، يتردد صداه على إمكانية الوفاء بالحقوق الأخرى. وقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى ذلك الارتباط، والعلاقة المتداخلة بين الصحة، وحقوق الإنسان بشكل عام، ووضّح ذلك من خلال الشكل (أ).

(منظمة الصحة العالمية: ٢٠٠٢، ص ٨).



شكل (أ)

أمثلة على العلاقات القائمة بين الصحة وحقوق الإنسان

ومن ثم، تتضح أهمية تناول قضية حق المواطن في الصحة، وأبعادها المختلفة، من خلال دراسة ميدانية؛ لرصد آراء بعض مواطني المجتمع

المصري، حول هذا الحق؛ بهدف الوصول إلى التباين بين ما ورد - بشأنه - في المواثيق الدولية، والدستور المصري، وما هو قائم في الواقع المعاش. وبناءً عليه يمكن تقسيم محاور الدراسة إلى خمسة محاور أساسية، ينطلق المحور الأول من محاولة تحديد إشكالية الدراسة في ضوء الولوج إلى الحق في الصحة ما بين الاتفاقيات الدولية، والدستور المصري من ناحية، والواقع من ناحية أخرى. كما سيُتطَرَّق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة في المحور الثاني. وفي المحور الثالث، نسعى للتعرف على مفاهيم الدراسة. أما المحور الرابع، فسيُتعرَّض التراث النظري، والإمبيرقي الذي اهتم بتناول هذا الحق، كحق من حقوق المواطنة، والسعي إلى استخلاص أهم القضايا التي يمكن أن تستند إليها هذه الدراسة. وأخيراً المحور الخامس، الذي يتناول الدراسة الميدانية؛ لرصد، وتحليل آراء بعض المواطنين حول مفهوم الحق في الصحة، وأبعاده المختلفة، فضلاً عن عدم إغفال وجهة نظرهم إزاء الواجبات التي يمكن أن يقوموا بها؛ لدعم الحصول على هذا الحق.

أولاً: الحق في الصحة ما بين الاتفاقيات الدولية والدستور المصري والواقع: إشكالية الدراسة

سيُتناول - من خلال الجزء - مفهوم الحق في الصحة كما ورد في الاتفاقيات الدولية، والدستور المصري على مرّ مراحل التاريخ المختلفة، فضلاً عن أهم المشكلات المرتبطة بالخدمات الصحية في الواقع المصري، وكيف يمكن صياغة إشكالية هذه الدراسة في إطار هذا التناقض بين ما تقره تلك الاتفاقيات، والدستور، وبين الواقع المعاش، وما قد يحمله من مشكلات، وعقبات تنتقص من تمتع المواطنين بهذا الحق.

أ - الحق في الصحة في الاتفاقيات الدولية:

تعرضت العديد من اتفاقيات حقوق الإنسان لتنظيم الحق في الصحة، بدءاً من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (عام ١٩٤٨)، حيث نصت المادة

(٢٥) على حق جميع الأشخاص في مستوى معيشي كاف، بما فيها الضمانات المتعلقة بالصحة والسلامة، واعتبرت هذا الحق أحد مكونات المستوى المعيشي الكافي الذي يرتبط بحقوق أخرى مثل: الحق في الغذاء، والمسكن، والملبس، والخدمات الطبية، والاجتماعية. كما ذكرت المادة رقم (١٢) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (١٩٦٦)، بأن لكل إنسان الحق في أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة سواء كانت الجسمية أو العقلية. (نوار بدير: ٢٠١٨، ص ص ١٣-١٧).

علاوة على ذلك، أظهر إعلان الحق في التنمية (ديسمبر ١٩٨٦) الترابط بين جميع حقوق الإنسان، حيث أشارت المادة الثامنة للإعلان إلى ضرورة أن تتخذ الدول جميع التدابير اللازمة لأعمال الحق في التنمية، كتكافؤ الفرص للجميع في إمكانية وصولهم إلى الموارد الأساسية، والتعليم، والخدمات الصحية، والغذاء، والإسكان، والعمل، والتوزيع العادل للدخل. وتشجيع المشاركة الشعبية في جميع المجالات، بوصفها عاملاً مهماً في التنمية، وفي الأعمال التام لجميع حقوق الإنسان. (Alessandra Sitta :PP 11-15).

وقد أشارت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية (التعليق رقم ١٤، ٢٠٠٠) إلى أنه يتعين لإعمال هذا الحق، وفقاً لنصوص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، قيام الدولة بالعديد من الالتزامات، باعتبار أن الحق في الصحة يعتبر أحد الحقوق الأساسية التي ترتبط بشكل وثيق بالحقوق الأخرى، ويتعين على الدولة تعزيز الظروف التي يمكن للأفراد العيش فيها ضمن حياة صحية.

كما تضمن هذا التعليق إرشادات مفصلة للدول في هذا الشأن، وحددت السمات المترابطة الأساسية لهذا الحق، وهي كالتالي: (الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (<http://www.escr-net.org>))

١- التوافر: يجب أن توفر الدول العدد الكافي من مرافق الرعاية الصحية العاملة العامة، والفردية على كامل أراضيها، فضلاً عن توفير المياه

المأمونة، ومرافق الصرف الصحي، والموظفين الطبيين، والمهنيين المدربين الذين يتقاضون أجرًا منصفًا، والعقاقير الأساسية.

٢- إمكانية الوصول: تتسم إمكانية الوصول بأربعة عناصر أساسية، وهي: عدم التمييز، وإمكانية الوصول المادي، وإمكانية الوصول بالمنظور الاقتصادي، وإمكانية الوصول إلى المعلومات. (يتعين على الدول أن تكفل لكل شخص الحق في التماس المعلومات المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها، من غير أن يُخل ذلك بسرية البيانات الطبية).

٣- المقبولية: ينبغي أن تُحترم كل المرافق الصحية الأخلاق الطبية، وثقافة الأفراد والمجتمعات.

٤- الجودة: ينبغي أن تكون المرافق الصحية ملائمة من الناحيتين العلمية، والطبية، وذات نوعية جيدة. وهذا الأمر يتطلب من جملة أمور أخرى، توفير العقاقير والمعدات اللازمة، وموظفين طبيين ماهرين، ومرافق المياه والصرف الصحي المأمونة.

كما اقتضى التعليق العام بأن الحق في الصحة لا ينطوي على توفير خدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب فقط، بل ينطوي، أيضاً، على محددات الصحة الدفينة منها: توفير المياه النقية والصالحة للشرب، وإمدادات كافية من الأغذية، والمساكن الآمنة، وظروف مهنية، وبيئة صحية. (منظمة الصحة العالمية: ٢٠١٧)

علاوة على ذلك، هناك العديد من الاتفاقيات الدولية التي تعرضت للحق في الصحة ضمن نصوصها، سواء أكان لجميع الأفراد بشكل عام، أم لفئات ضعيفة بالمجتمع بشكل خاص، وأكدت أن الدولة من واجبها أن تتخذ العديد من الخطوات الضامنة لإنفاذ هذا الحق على المستوى الوطني والدولي، ولكافة الأفراد وبمختلف جوانبه. (نوار بدير: ٢٠١٨، ص ص ١٣-١٧).

ومن أمثلة هذه الاتفاقيات: اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (CEDAW, 1979)، واتفاقية حقوق الطفل (CRC, 1989)، والاتفاقية الدولية لحماية حقوق العمال المهاجرين وأفراد أسرهم. (المجلس القومي لحقوق الإنسان: ٢٠١٨، ص ١٨).

ومن ثم، يمكن القول إن الاتفاقيات السابقة قد أوضحت الارتباط الوثيق بين الحق في الصحة، والحقوق الأخرى، وخصوصاً، ما سبق الإشارة إليها بمحددات الصحة، كالمسكن، والغذاء، فضلاً عن تأكيدها على ضرورة التزام الدول بإعمال هذا الحق، وقد نص الدستور المصري على هذا الحق عبر مراحل تاريخية مختلفة.

ب- الحق في الصحة في الدستور المصري:

لم تعرف الوثائق الدستورية المصرية قبل عام ١٩٥٦، ما أصبح يعرف حالياً في الفقه الدستوري باسم "الحقوق الاقتصادية والاجتماعية"، وخاصة المتعلقة بالصحة - باستثناء المادة رقم (٢٣) من دستور عام ١٩٢٣، والتي نصت على حق الرعاية الصحية - ثم جاء دستور ثورة يوليو الصادر في يناير عام ١٩٥٦، بطائفة واسعة من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية شملت حوالي ٣٩ مادة، كان من أبرزها حق الرعاية الصحية والاجتماعية والتعليم وغيرها، وعلى نفس النهج تقريبا صدرت الوثائق الدستورية اللاحقة لثورة يوليو (دستور ١٩٦٤، ودستور ١٩٧١).

ومن أبرز مواد دستور ١٩٧١، المتعلقة بالرعاية الصحية المادة رقم (١٦) والتي نصت على كفالة الدولة للخدمات الثقافية، والاجتماعية، والصحية، والمادة رقم (١٧) التي نصت مرة أخرى على كفالة الدولة لخدمات التأمين الصحي والاجتماعي. وبعد صدور هذا الدستور، صدر القانون برقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥، والتعديلات المختلفة التي أُدخلت عليه في أعوام ١٩٧٧، و١٩٨٠، و١٩٨١، و١٩٨٤، و١٩٨٧ والذي عمد على التوسع في تحديد قائمة المخاطر التي تغطيها مظلة التأمين من جهة، وكذلك بالنسبة للفئات المشمولة

بالرعاية، والتي تحددت في فئات العاملين المدنيين بالجهاز الإداري للدولة، والهيئات، والمؤسسات العامة، والوحدات الاقتصادية.

ومنذ ذلك الحين أصبحت الرعاية الصحية جزءاً أساسياً من الحقوق الدستورية للأفراد والجماعات في البلاد، ولم تعد مجرد خدمة اختيارية بل هي التزام دستوري على كافة مؤسسات الدولة تقديمه دون شروط تنقص من صلاحية تقديم هذه الرعاية. (عبد الخالق فاروق: مرجع سابق، ص ٣٧-٣٩).

ثم جاء دستور ٢٠١٤، قد نصت المادة (١٨) منه على أن: "لكل مواطن الحق في الصحة، وفي الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها، والعمل على رفع كفاءتها، وانتشارها الدستوري العادل. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن ٣% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية... وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكه، أو إعفاءهم منه طبقاً لمعدلات دخولهم.... وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء، وهيئات التمريض، والعاملين في القطاع الصحي، وتخضع جميع الهيئات الصحية والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون". (دستور مصر الصادر عام ٢٠١٤، ص ٦-٧).

ج- المشكلات التي تواجه الخدمات الصحية في مصر

على الرغم من تأكيد الدستور المصري على هذا الحق عام ٢٠١٤ - على النحو المشار إليه سابقاً- إلا أنه رُصدت عدة مشكلات تواجه الخدمات الصحية في مصر، يمكن تصنيف تلك المشكلات التي طُرحت بعد إصدار هذا الدستور، على النحو التالي:

١- مشكلات تشريعية: معظم القوانين المنظمة للمهن الطبية، والمساعدة

صدرت أغلبها منذ ما يزيد عن أربعين عامًا، كما أن تكنولوجيا الصحة اختلفت كليًا عما كانت عليه سابقًا. فضلاً عن أن تضاعف عدد الأطباء، وتعددت المهن الطبية أدى لتعدد التشريعات، وتداخلها مما يمثل عقبة تواجه الخدمات الصحية، سواء للمستفيدين من الخدمة أو مقدميها.

٢- **مشكلات متعلقة بالتمويل والرؤية:** أدى ضعف التمويل إلى غياب العدالة في الخدمات الصحية المقدمة للمواطن. كما يعتبر انخفاض الاستثمار في القطاع الصحي أهم سبب في ارتفاع الإنفاق الخاص من المواطنين على الصحة، وهو ما أسفر عن زيادة هيمنة القطاع الخاص على الصحة، وأعطى طابعاً تجارياً للخدمة الصحية المقدمة. (وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان: ٢٠١٦، ص ص ٧-٨).

ويمكن الإشارة هنا إلى الإنفاق العام للدولة على الصحة، من خلال الجدول (أ) على النحو التالي:

جدول (أ)

الإنفاق العام للدولة على الصحة، طبقاً للموازنة العامة للدولة (٢٠١٧ / ٢٠١٨) و

(٢٠١٨ / ٢٠١٩)

الوحدة بالمليون جنيه

١٩/١٨	١٨/١٧	البيان
١٤٢٤٠٢٠	١٢٠٧١٣٨	الإنفاق العام للدولة
٦١٨١١	٥٤٩٢٢	الإنفاق العام على الصحة
٤,٣	٤,٥	نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الإنفاق العام

(وزارة الصحة والسكان: ٢٠١٩، ص ١٧٩).

ويتضح من الجدول السابق، أنه على الرغم من أن الإنفاق العام على الصحة في السنتين الأخيرتين مطابق لما نص عليه دستور ٢٠١٤ - وهو ألا يقل عن ٣% من الناتج القومي الإجمالي - فإنه يتصف بالضعف، وترتب عليه العديد من المشكلات.

٣- مشكلات تتعلق بتقديم الخدمة: ضعف أداء العاملين، وخاصة في مستوى الرعاية الصحية الأولية نتيجة ضعف مهاراتهم، وكفاءتهم العلمية؛ بسبب التوزيع الجغرافي غير الملائم، وضعف الأجور، والحواجز المالية مع غياب معايير الجودة والسلامة المهنية خاصة في الوحدات الريفية ووحدات الرعاية الأولية. (وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان: مرجع سابق، ص ٧-١٠).

ومن ثم، أصبحت هناك حاجة للتعرف على مدى تأثير تلك المشكلات التي تعاني منها الخدمة الصحية في مصر، على آراء بعض المواطنين حول مدى تمتعهم بالحق في الصحة، كما ورد في الاتفاقيات الدولية، وخاصة بالنسبة للأسس التي عرضها التعليق رقم ١٤ لسنة ٢٠٠٠، والتي أيضاً ورد بعضها الدستور المصري، والمتمثلة - بشكل عام - في توافر الخدمة، وإمكانية الوصول إليها، وجودتها؛ لذا تتجسد إشكالية هذه الدراسة في تساؤل أساسي، وهو: ما هي آراء بعض المواطنين حول مدى حصولهم على أسس الحق في الصحة؟

ثانياً: الإجراءات المنهجية للدراسة

أ- هدف الدراسة وتساؤلاتها الأساسية

يتجسد الهدف الأساسي لهذه الدراسة في التعرف على آراء بعض المواطنين حول مدى حصولهم على أسس الحق في الصحة وفقاً، لما حددته المواثيق الدولية، والدستور المصري.

وسيطرَح - من منطلق هذا الهدف - عدة تساؤلات على النحو التالي:

١- ما هي آراء المواطنين (من أفراد عينة الدراسة) حول مدى تمتعهم بالمسكن الآمن، والظروف المهنية الصحية (كمقومين من المقومات المرتبطة بالصحة)؟

٢- ما هي آراء المواطنين لمدى توافر الخدمة الصحية لهم؟

٣- ما هي آراء المواطنين لمدى إمكانية وصولهم للمعلومات المتعلقة بالقضايا الصحية؟

٤- ما هي آراء المواطنين لمدى جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم؟

٥- ما طبيعة الواجبات التي ينبغي أن يقوم بها هؤلاء المواطنون تجاه الرعاية الصحية من وجهة نظرهم؟

ب - منهجية وأدوات جمع بيانات الدراسة

تعد هذه الدراسة دراسة وصفية، وقد استندت إلى منهج المسح الاجتماعي باستخدام العينة، فضلاً عن استخدام طريقة المقارنة بين ريف و حضر محافظة الجيزة، حيث أُخْتِيرت هذه المحافظة؛ نظراً لجمعها بين المواطن الريفي والمواطن الحضري. هذا طُبِّقَت الدراسة تم في ثلاث قرى تابعة لمركز منشأة القناطر بمحافظة الجيزة، وهي: (كفر حجازي، ووردان، ونكلا)، وثلاثة أحياء تمثل الحضر في المحافظة نفسها، وهي: (الدقي، وإمبابة، والمهندسين).

- وبالنسبة لأدوات جمع البيانات: فقد اعتمدت الدراسة على استمارة الاستبيان التي انقسمت عناصرها إلى سبعة عناصر أساسية، بدأت بالبيانات الأساسية للمبحوثين، مروراً بتناول مقومين من مقومات الصحة (كالمسكن الآمن صحياً، والظروف المهنية الصحية)، فضلاً عن أسس الحق في الصحة، وانتهاءً بالواجبات التي ينبغي أن يقوم بها المبحوث تجاه الرعاية الصحية من وجهة نظره.

ج- وفيما يتصل بعينة الدراسة وخصائصها: أُخْتِيرت عينة متنوعة قوامها (٣٣٠ مفردة)، وفقاً لمعايير تتفق مع أهداف الدراسة؛ حيث روعي فيها تمثيل الأفراد، وفقاً لمتغيرات اجتماعية متعددة: (كالنوع، والعمر، والحالة التعليمية، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، والدخل، ومحل الإقامة "ريف- حضر"، الشريحة الاجتماعية "من وجهة النظر الذاتية للمبحوثين").

د- وفيما يتعلق بالمجال الزمني للدراسة: فقد استغرقت هذه الدراسة تسعة أشهر تقريباً، وذلك من منتصف شهر أكتوبر عام ٢٠١٨، حتى منتصف شهر يوليو عام ٢٠١٩.

هـ- أساليب تحليل وتفسير البيانات: اعتمدت هذه الدراسة على أسلوب التحليل الكمي للبيانات، وبرنامج "SPSS". أما فيما يتعلق بالتفسير، فقد استخدمت التفسيرات الكمية للبيانات في ضوء الأوضاع المجتمعية، وانعكاساتها على مجال الرعاية الصحية، فضلاً عن المقولات النظرية حول قضية المواطنة والصحة.

ثالثاً: مفاهيم الدراسة

أ - المواطنة Citizenship

لغويًا المواطنة مشتقة من كلمة وطن، وهو بحسب كتاب لسان العرب لابن منظور: "الوطن هو منزل تقيم به، وهو موطن الإنسان ومحلّه". (ابن منظور: ص ٤٨٦٨).

ويشير مفهوم المواطنة في النظرية السياسية والقانونية إلى حقوق وواجبات الفرد المنتمي إلى الدولة القومية أو دولة المدينة. وكان المواطن يعد - في بعض الفترات التاريخية - عضواً في مدينة، أي في مجتمع حضري يتسم باستقلال نسبي عن مساعلة الحاكم والدولة.... ويذهب بعض المؤرخين إلى أن المواطنة قد اتسع نطاقها عند تطبيق الديمقراطية، فأصبحت تتضمن تعريفاً أوسع نطاقاً للمواطن بصرف النظر عن اعتبارات النوع، أو السن، أو الانتماء السلالي. ولقد تجدد الحديث عن هذا المفهوم في إطار الدولة الحديثة، وبصفة خاصة خلال الثورتين الفرنسية والأمريكية، ومع الوقت أصبح تعريف المواطنة يهتم تدريجياً بالحقوق بصورة أكبر من الواجبات. ويشير مصطلح المواطنة - في العصر الحديث - عادة إلى المؤسسات والهيئات التي تنظم هذه الحقوق في دولة الرفاهية.

وفي علم الاجتماع استمدت نظريات المواطنة المعاصرة أصولها من

كتابات مارشال، الذي عرف المواطنة بأنها "تلك المكانة التي يتمتع بها شخص ما باعتباره عضوًا كامل العضوية في مجتمع معين". (جون سكون، جوردون مارشال: ٢٠١١، ص ص ٢٤٩ - ٢٥٠).

ب- حقوق الإنسان Human Rights

يُعرف الحق بأنه: "ما يخول للشخص أن يملك، أو يفعل، أو يتلقى من الآخرين بدعم من القانون". وحقوق الإنسان، هي: "الضمانات القانونية العالمية التي تحمي جميع الأفراد، أو الجماعات - لكونهم بشرًا - من الأفعال، وحالات الإهمال التي تعرقل حياتهم الأساسية، وتمس كرامتهم الإنسانية". (حسام الدين جاد الرب: ٢٠١١، ص ص ٩٧-٩٨).

وبناءً على التعريف السابق، هناك من يرى أن المواطنة ما هي إلا رافد من روافد حقوق الإنسان، في حين يذهب البعض الآخر إلى أن المواطنة هي نابعة من الداخل الوطني، بينما حقوق الإنسان ذات طبيعة كونية، نابعة من البيئة الخارجية. (صديق عفيفي، وناصر علي: ٢٠١٣، ص ٨٥).

وحول فكرة عالمية حقوق الإنسان، فهناك ضرورة لقبول هذه الفكرة، التي تتفق مع طبيعة الحضارة الإنسانية في مرحلة تطورها الحالي، حيث إن هذه العالمية لا تعني عدم الإيمان بالتعددية الثقافية، أو تجاهل التنوع الثقافي؛ لأن هذا التنوع يضيف للفهم العالمي لحقوق الإنسان، فهي تضمن سلامة إدراك تلك الحقوق، وفهمها، واحترامها، باعتبارها فكرة نابعة من الصفات الداخلية العميقة التي يشترك فيها جميع البشر، وهي بالتحديد: كرامتهم، وشعورهم بالانتماء. (أحمد مجدي حجازي: ٢٠٠٩، ص ١١٤).

ج- الصحة Health

الصحة حسب التعريف الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (WHO) هي: "حالة من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد عدم وجود المرض أو العصر". (حسام الدين جاد الرب: مرجع سابق، ص ١٤٠).

وقد ورد مفهوم الصحة في موسوعة علم الإنسان، حيث تم التأكيد على أن معايير الصحة ومفاهيمها تتباين ليس جغرافياً وثقافياً فحسب، وإنما تاريخياً أيضاً؛ حيث تتعرض للتغير الذي يطرأ على أنماط الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وكذلك على نظم ومستويات الرعاية الصحية السائدة في كل بيئة. (شارلوت سيمور سميث: ١٩٩٢، ص ص ٤٦١ - ٤٦٢). ويرتبط مفهوم الصحة- في هذه الدراسة- بمفهومي الرعاية الصحية، والخدمة الصحية.

د- الرعاية الصحية Health Care

أوضحت منظمة الصحة العالمية أن الرعاية الصحية تشير إلى: "كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر على صحة الفرد، بجانب الرعاية الطبية".

ومن ثم يمكن القول إن هناك أبعاداً عديدة لنظم الرعاية الصحية، فبالإضافة إلى العيادات الداخلية والخارجية تتدخل عوامل أخرى مثل:

- العوامل الاقتصادية: التي تحدد الحجم اللازم من الموارد الاقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية، وكيفية توزيعها.
- العوامل السياسية: المتعلقة بأولويات توزيع الموارد في الخطط الصحية، وصور التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي.
- العوامل الاجتماعية: التي تؤثر على أسلوب تغذية الأفراد، والمفاهيم السائدة إزاء الخدمات الصحية المتوافرة. (علي محمد المكاوي: ٢٠١٦، ص ٥٣)

أما بالنسبة لمصطلح "الرعاية الطبية " فقد قسم ناميروف R.Numerof الرعاية الطبية إلى ثلاثة أنواع، هي: الرعاية الأساسية (الخدمات العلاجية والوقائية الأساسية)، وخدمات المستشفيات (تضم العلاج فيها والعلاج التخصصي وأيضاً داخل عيادات الأخصائيين)، ثم أخيراً المراكز الطبية عالية

التخصص (كمراكز القلب، والكلى والكبد، والعيون وغيرها). (عبد الخالق فاروق: ٢٠١٣، ص ٣٦).

هـ- الخدمة الصحية Health Service

تعني الخدمة الصحية: "كافة أوجه الرعاية للمريض من تقديم الدواء، والغذاء، والمعاملة الجيدة، والأخصائي الاجتماعي". (علي محمد المكاوي: مرجع سابق، ص ٥٤).

و- الرأي العام Puplic Opinion

أشير إلى مفهوم الرأي العام من خلال موسوعة علم الاجتماع التي أوضحت أنه "مفهوم غير محدد تحديداً دقيقاً، ويستخدم بعدة طرق، ولكن الأرجح أن يشير - بوجه عام- إلى موافقة أو عدم موافقة قطاع معين من المجتمع عن بعض المواقف أو السلوكيات العامة". (جون سكوت، وجوردن مارشال: ٢٠١١، ص ١٨٠).

ويمكن في هذا الصدد طرح تعريفٍ إجرائيٍّ للحق في الصحة، كما تعكسه هذه الدراسة، على النحو التالي: "تمتع المواطن بكافة الأسس التي تكفل له رعاية صحية جيدة، من حيث توافر أدوات هذه الرعاية، وإمكانية الوصول إلى معلومات بشأنها، وقبولها في المجتمع الذي ينتمي إليه، وجودتها".

كما يمكن هنا طرح تعريفٍ إجرائيٍّ للممارسات الاجتماعية، على النحو المقصود منه في هذه الدراسة، وهي: "الأفعال، أو الإجراءات التي تتخذها الدولة، والمواطنون أنفسهم في المجال الصحي، وتؤثر بشكل أو بآخر على مدى تمتع هؤلاء المواطنين بالحق في الصحة".

رابعاً: المواطنة والحق في الصحة: التراث النظري والإمبيريقى

سَيَتَأَوَّل - من خلال هذا الجزء - ثلاث قضايا مترابطة، وهي، الأولى: الصحة كحق من حقوق المواطنة، والثانية: قضية المواطنة الصحية. والثالثة: مستقبل علاقة الصحة بالمواطنة. وسوف يُنطَرَق في البداية إلى المقولات

النظرية المتعلقة بكل قضية منهم، ثم سيتم الولوج إلى الدراسات السابقة التي عبرت بشكلٍ أو بآخر عن تلك المقولات. وأخيراً ستُوضَّح أهم القضايا النظرية التي ستستند إليها هذه الدراسة، بدايةً من صياغة الإشكالية، حتى تفسير النتائج.

١- الصحة كحق من حقوق المواطنة

يرى جاك دونللي أن الحق في الغذاء، والعناية الصحية، كحقوق اجتماعية، ضرورة لحماية الحياة مثلما هو الحق السياسي والمدني. (جاك دونللي: ٢٠٠٦، ص ص ٤٦ - ٤٩).

وقد ظهرت فكرة المواطنة الاجتماعية في كتابات مارشال، حيث أكد أن الحقوق القانونية، والسياسية، والاجتماعية، والاقتصادية جوانب أساسية للمواطنة، وأضاف أن الحقوق القانونية، أو الحقوق المدنية، هي التي تمكن الفرد من المشاركة بحرية في حياة المجتمع، مثل: (حقوق الملكية والحقوق التعاقدية، والحق في حرية التعبير، والتفكير والممارسة الدينية). والحقوق السياسية، هي حق سكان المدينة من المشاركة في حكومة المجتمع (كالحق في التصويت). أما الحقوق الاجتماعية والاقتصادية، فهي تلك التي تمكن الفرد من المشاركة في الرفاهية العامة للمجتمع، مثل: (حقوق الرعاية الصحية، والتعليم). (Danielle Groleau :2011 ، p811).

وخلال القرن العشرين أصبحت المواطنة الاجتماعية مقبولة بشكلٍ أوسع، ولم تعد حركات الحقوق المدنية تقتصر على المطالب القانونية، أو السياسية، ولكنها عالجت، أيضاً، القضايا الاجتماعية. وقد كان الليبراليون المحدثون من المدافعين الرئيسيين على المواطنة الاجتماعية، حيث أشاروا إلى أن العوائق الاجتماعية - ومن بينها المرض- لا تعوق فقط التنمية الشخصية، ولكنها تقوض إحساس المواطنة. (أندرو هيوود: ٢٠١٣، ص ص ٣٥٧ - ٣٥٩).

ويمكن القول إن دعم الحق في الصحة، يرتبط بمجموعة من العوامل الأساسية - سبق الإشارة إليها من خلال الاتفاقيات الدولية، كالمسكن والغذاء-

فهناك تأكيد تاريخي على أن المرض هو منتج اجتماعي للإسكان السيئ، والغذاء غير الكافي، وانخفاض مستويات التعليم.

وقد أوضح سامسان Samasan، وتيرنر Tuner، وماكيوم Mackeaum أن في القرنين التاسع عشر، وبداية العشرين، كان هناك تحسن في معدلات الوفيات (وخاصة بين الأطفال) نتيجة للتحسن في مستوى المعيشة (النظام الغذائي والتعليم والإسكان)، أي إن زيادة العمر المتوقع منذ الولادة مؤثر عام للمواطنة. كما توصل رودولف فيرشو - الذي كان يعمل في مجال أوبئة التيفود في أربعينيات القرن العشرين - إلى أن التحسينات في الظروف الاجتماعية كانت أساساً مهماً للصحة الجيدة. (Bryan S. Turner: Op.Cit, PP 401-405).

١-١- دراسات تناولت الصحة كحق من حقوق المواطنة

سوف نتناول عدة دراسات اهتمت بتوضيح الحق في الصحة، كأحد الحقوق الأساسية في إطار دراستها لموضوعي المواطنة، وحقوق الإنسان، ثم الولوج إلى بعض الدراسات التي اهتمت أيضاً بتقييم نظم الخدمة الصحية - بشكل عام- على النحو التالي:

تعرضت دراسة "الأمن الإنساني ومنظومة حقوق الإنسان"، إلى الأمن الصحي كأحد محاور الأمن البشري، وكشفت نتائجها، أن الأمن الصحي - كشأن محاور الأمن البشري - يواجه تهديدات خاصة به كسوء التغذية، والعيش في بيئة غير سليمة، وخاصة شرب المياه الملوثة، كما أن في البلدان النامية والصناعية على حد سواء تكون التهديدات للأمن الصحي أكبر عادة لبيئة أشد الناس فقراً، كنتاج لعدم عدالة توزيع الخدمة الصحية، وخاصة في الريف. (محمد أحمد علي العدوي: ٢٠١٠، ص ص ١٤١ - ١٥٨).

وقد طرحت، أيضاً، دراسة "مفهوم المواطنة والبدو في مصر: قبائل أولاد على نموذجاً" تلك التهديدات التي تواجه الرعاية الصحية في الريف، وقد أجريت في قرية جزاية بمحافظة الجيزة، حيث استندت إلى الإخباريين، والملاحظة، والمقابلة كأدوات لجمع البيانات، وكشفت النتائج أن سكان القرية

يعانون من التلوث البيئي، على صحتهم، وأسهم في تفاقم هذه المشكلة عدم وجود شبكة صرف صحي؛ مما أدى إلى انتشار القمامة، والمستنقعات، والحشرات التي تهدد صحة الأطفال، والنساء، كما لا يوجد بالقرية مستشفى تواجه هذه الأمراض، بينما يوجد بها وحدة صحية يقتصر دورها على تطعيم الأطفال لتواضع إمكاناتها. (حنان حافظ: ٢٠١٢).

بالإضافة إلى ذلك، هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بشكل أساسي بوضع الخدمة الصحية في الريف، أو بالمقارنة مع أنماط أخرى من المجتمعات في مصر، وتوصلت لنتائج مماثلة حول أوجه القصور في الخدمة الصحية في الريف تحديداً، كدراسة "الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية: دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي" والتي أجريت في محافظة الجيزة على اعتبار أنها تضم القطاعات الاجتماعية الثلاثة، وهم: القطاع البدوي (بمركز الصف)، والقطاع الريفي (بمركز العياط)، والقطاع الحضري (مدينة الجيزة). واعتمدت الدراسة على المنهج الأنثروبولوجي، بجانب دراسة الحالة للاستفادة منها في الوقوف على النسقين الطبيين الرسمي وغير الرسمي. وقد أوضحت بعض النتائج أن أطباء المستشفيات الحضرية أكثر فهماً وتعاطفاً مع جمهور المرضى الفقراء المترددين على الوحدات الصحية؛ ويرجع ذلك إلى أن التفاوت في الدخل والمستوى الاقتصادي والاجتماعي واضح في المدينة، بحيث لا يلجأ إلى المستشفى العام إلا الطبقات الدنيا، بينما يعيش أطباء الريف أبناءه، ويسمعون عن سفرهم إلى الدول البترولية، وارتفاع مستوى أجورهم اليومية في قراهم. كما أن الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع البدوي أكثر ثراءً من نظيرها بالمجتمعين الريفي والحضري، نتيجة لصعوبة ظروف البيئة، والبعد المكاني عن أقرب مؤسسة صحية أو عيادة خاصة. (على المكاوي: ١٩٨٨).

واستكمالاً للدراسات التي أجريت في الريف المصري، هناك دراسة تنسق الخدمة الطبية في المجمع المحلي: دراسة أنثروبولوجية في إحدى القرى التي

طُبقت، أيضًا، بمحافظة الجيزة، بقرية "ناهيا" إحدى القرى التابعة لمركز إمبابة. وقد استهدفت التعرف على الأبعاد التي تسهم في عدم تحقيق الاستفادة الطبية الكاملة داخل النسق أو خارجه. وقد أُسْتُدِّدَ إلى المنهج الأنثروبولوجي، ومنهج دراسة الحالة، واستخدمت المقابلات المتعمقة لعينة الدراسة المتمثلة في وحدات المعيشة، ومع أفراد النسق الطبي الرسمي، فضلًا عن الاعتماد على الملاحظة، والملاحظة بالمشاركة. وقد أوضحت النتائج أن هناك تعايشًا في الريف المصري بين نسقي الخدمة الطبية الرسمي وغير الرسمي، فأفراده يتعاملون مع كلا النسقين من أجل تحقيق الفائدة الطبية. كما أن هناك ازدهارًا للاتجاه نحو الطب الشعبي في الطبقات العليا والدنيا في مجتمع البحث - وإن اختلفت أهداف كل فريق - في المقابل هناك خلل وقصور في الأداء في نسق الخدمة الطبية الرسمية، وهو ما يبرر الإقبال المتزايد على الطب الشعبي، والنسق الطبي غير الرسمي عمومًا. (نجوى محمود عبد المنعم: ٢٠٠٥).

وكان البعد الطبقي وعلاقته بالصحة في الريف - تحديدًا - حاضرًا أيضًا في نتائج دراسة "المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري: دراسة ميدانية بإحدى قرى محافظة أسيوط" والتي استخدمت منهج المسح الاجتماعي بالعينة، وأُجريت في قرية "موشا". وقد كشفت نتائجها أن هناك فروقًا دالة إحصائية لكل مؤشرات الوعي الصحي وبين المستويات الاقتصادية المختلفة، وذلك لصالح المستوى الاقتصادي المرتفع، حيث ينشغل الفرد في المستويات الاقتصادية الدنيا بالبحث عن لقمة العيش ويترك الأمور المتعلقة بصحته. فضلًا عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية - بالنسبة لتلك المؤشرات - وفقًا للنوع (لصالح الإناث)، والمستويات التعليمية (لصالح الأعلى في المستوى التعليمي مقارنة بالمستويات الأقل)، ومتغير السن (لصالح الفئات العمرية الأكبر سنًا). (عبد التواب جابر أحمد: ٢٠١٧).

وإذا كانت الدراسات السابقة أَلقت الضوء على سوء الأوضاع الاجتماعية، التي تنعكس سلبيًا على التمتع بالحق في الصحة، وتحديدًا في

الريف، أو بمقارنته بأنماط المجتمعات الأخرى، فقد عكست دراسة "حقوق الإنسان والتنمية البشرية في مصر" الانتهاكات التي لحقت بهذا الحق بشكل عام، من خلال تقارير حقوق الإنسان لمنظمتين مصريتين، وهما المجلس القومي لحقوق الإنسان، والمنظمة المصرية لحقوق الإنسان المقدمين إلى المجلس الدولي لحقوق الإنسان في إطار العرض الدوري الشامل (٢٠٠٦ - ٢٠٠٩). وقد استندت إلى المنهج المقارن للمقارنة بين تقريرتي المنظمتين، فضلاً عن المقابلات مع بعض أعضاء المنظمتين. وقد كشفت النتائج أن المجلس القومي لحقوق الإنسان ركز على توضيح النجاح النسبي للحكومة في زيادة نطاق المستفيدين من التأمين الصحي، ثم أضاف أن هناك معاناة للمواطنين في الحصول على حقوقهم الاقتصادية، والاجتماعية بشكل عام، بينما أوضح تقرير المنظمة المصرية لحقوق الإنسان أنه لا يزال حق المواطن المصري في الصحة يتعرض لانتهاكات شتى تتمثل في: ضعف الخدمات داخل المنشآت الصحية العامة، والخاضعة لإشراف الدولة، وتقشي ظاهرة الإهمال الطبي المترتبة عليها، وعدم توافر آليات العلاج على نفقة الدولة بالصورة الكافية، وعدم توافر الكوادر الطبية المؤهلة من أطباء، وممرضين، ومساعدين. (حنان حافظ: ٢٠١١).

وقد جاءت دراستان لتوضحا ردة فعل بعض المواطنين المصريين على تلك الانتهاكات التي أصابت الحق في الصحة، الدراسة الأولى هي: "المواطنة والإصلاح السياسي" حيث حاولت هذه الدراسة تحديد هل المواطنة هي المدخل الرئيس لعملية الإصلاح السياسي في مصر أم أن الإصلاح السياسي هو الذي ينعكس ويؤثر على المواطنة؟ وركزت على الفترة ما بين (٢٠٠٣ - ٢٠٠٨). وقد اعتمدت على اقتراب تحليل النظم لديفيد إيستون. وكشفت النتائج أنه مع إعلان الحركة المصرية للتغيير "كفاية" في ٢٠٠٤، بدأ عصر الاحتجاج الجماهيري، وكان من هذه الحركات ذات المطالب الاقتصادية والاجتماعية، حركات للمطالبة بتحسين الوضع الصحي في مصر، كحركة

"أطباء من أجل التغيير" للدفاع عن حقوق الأطباء، ومواجهة أوضاع الخدمات الصحية المتدهورة، وحركة "الدفاع عن حق المواطن في الصحة" التي تسعى إلى توعية، وحشد المواطنين لمواجهة خصخصة التأمين الصحي. (حنان كمال: ٢٠١٣).

أما الدراسة الثانية فهي بعنوان: "الاندماج الاجتماعي والمواطنة النشطة: مصر بعد ثورة ٢٥ يناير نموذجًا" حيث استهدفت اختبار عدة فروض، منها: أن أوضاع الاستبعاد الاجتماعي في مصر قبل ثورة ٢٥ يناير قد انعكست على ظهور أزمة المواطنة، وأن المواطنة النشطة تسهم في تشكيل مقومات الاندماج الاجتماعي في مصر بعد هذه الثورة. واعتمدت هذه الدراسة على منهج إعادة التحليل. وقد كشفت النتائج العامة للدراسة بالنسبة لمؤشر الصحة، أن المعاناة من الاستبعاد الاجتماعي في مصر قد بلغت ذروتها قبل ثورة ٢٥ يناير، حيث انتشرت مظاهر اللامساواة الاجتماعية، وأيضًا ظهر التفاوت في المؤشرات الصحية، وهو ما يعكس حالة من التقصير في أداء الأنساق الاجتماعية، والتعليمية، والصحية لوظائفها. وقد أكدت الدراسة في إطار توضيحها لمقومات الاندماج الاجتماعي أن مجموعة الحقوق الإجمالية، كالصحة والتعليم لا تقل أهمية عن الحقوق السياسية والمدنية في معالجة مشكلات الحرمان، والهامشية، واللامساواة. (علي عبد الرازق جليبي: ٢٠١٣).

ومن ثم، نجد أن الدراسات السابقة قد تعرضت للحق في الصحة، وعالجت الانتهاكات التي أصابت هذا الحق بشكل عام، والخلل في بعض أسسه بشكل خاص، وذلك في إطار تناولها للحقوق الاجتماعية للمواطنة، دونما الإشارة بشيء من التفصيل إلى جميع تلك الأسس، مثلما تسعى هذه الدراسة إلى توضيحها، بجانب علاقتها بالخصائص الديموجرافية لأفراد العينة، والتي تؤثر بشكل أو بآخر على تمتعهم بهذا الحق.

٢- قضية المواطنة الصحية

يمكن القول - في البداية- إن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر

عام ١٩٤٨، قد اهتم اهتمامًا خاصًا بمشاركة المواطن في السياسات العامة، وهو ما تبين من نصوص المواد التي تضمنها وهي: ١٩، و٢٠، و٢١. (Ahmed Magdi Hegazy: 2019, p11). وهنا يشير مفهوم المواطنة الصحية إلى مشاركة المواطنين في تعزيز الصحة، وإدارة الخدمات الصحية كحق من حقوق المواطنة. وسوف نحاول توضيح مدى إمكانية تحقيق ذلك نظريًا، وواقعيًا على النحو التالي:

أشار كيكبوش Kichkush إلى أنه عند الحديث عن الديمقراطية، ينبغي أن نضع في الاعتبار أن المساواة في الحصول على الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين، سواء كانت حقوق الرعاية الصحية مدرجة في الدستور أم لا. كما يمكن للمواطنين المشاركة في إدارة الخدمات الصحية، لتحقيق أقصى قدر ممكن للوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة. (Danielle Groleau:2011, p811).

ويمكن القول إن الحديث عن مشاركة المواطن في صنع القرار في النظام الصحي كان حاضرًا دوليًا منذ ٣٠ عامًا، أو نحو ذلك، إلا أنه قد جادل كثيرون حول أن مشاركة المواطنين في تعزيز الصحة، وغيرها من الأنشطة المرتبطة بالإدارة، والتخطيط في الصحة العامة ليست أمرًا متاحًا للجميع. ففي الواقع، إن الأشخاص المنتمين لطبقات عليا في المجتمع هم فقط المفوضون للمشاركة في إدارة الخدمات الصحية، بينما يمثل هذا الأمر تحديًا للفئات المستضعفة، وإن كان ممكنًا تحقيق ذلك، مثلما حدث في جمعية الصحة العقلية، والتي أوضحت أن مرضى هذه الجمعية استطاعوا المشاركة في إدارة خدمات الصحة العقلية، من خلال احترام الجمعية لحقوقهم في المشاركة في المجتمع كمواطنين فاعلين، وهذه المشاركة كانت خطوة مهمة لهؤلاء المرضى تحديدًا، لما يواجهونه من إقصاء اجتماعي يومي؛ بسبب وصمة العار المرتبطة بهذا النوع من المرض.

كما أوضح النقاش أن هذه المشاركة تعتمد على قدرة هؤلاء المواطنين

على اتخاذ القرارات السليمة في النظام الصحي، وغالبًا ما يقال في هذا الشأن إن العاملين في مجال الصحة هم الأشخاص الذين لديهم القدرة على تقديم معرفة علمية حول ما الذي يشكل رعاية وخدمات صحية جيدة، وهو ما يعني أن المواطنين العاديين لديهم القدرة على المساعدة في صياغة السياسات الصحية إذا كان لديهم فهم جيد لهذا النوع المعقد من المعرفة.

علاوة على ذلك، فإن مشاركة المواطنين في إدارة الصحة يمكن أن تتم من خلال دمج معرفة المواطنين عن مرضهم وخبراتهم عن الخدمة الصحية إلى المعرفة الصحية، وهو ما يمكن أن يسهم في حل المآزق المعروفة في تدعيمها لعدم المساواة الصحية التي تؤثر على الفئات المستضعفة، ومنها:

أ- **المآزق الأول:** المرتبط بظاهرة اللوم على الضحايا. فهناك العديد من برامج تعزيز الصحة تقشل في تغيير السلوكيات الصحية للفئات الضعيفة التي يستهدفونها، ونتيجة لذلك، يُلقى اللوم على هذه الفئات.

ب- **المآزق الثاني:** إن عدم المساواة الاجتماعية في حد ذاتها تعد انتهاكًا للحقوق الأخرى للمواطنين (القانونية والمدنية والسياسية)، فلا بد من يكون الحد الأدنى من الموارد متاحًا لجميع المواطنين، بالإضافة إلى شبكة أمان تضمن الحد الأدنى من الدخل والتعليم والصحة والسكن، حتى يتمكن جميع الأفراد من ممارسة حقوقهم.

ج- **المآزق الثالث:** وصمة العار الاجتماعي تجاه العديد من الفئات الضعيفة (كمرضى الصحة العقلية، والعاطلين عن العمل، وشريحة الدخل المنخفض في المجتمع، والمهاجرين) والتي تتأثر بعدم المساواة في الرعاية الصحية، فمن المعروف أن وصمة العار هذه تؤثر سلبًا على الوصول إلى الرعاية الصحية، ومن الطرق المعروفة لمواجهة هذه الوصمة الشعور بالانتماء إلى المجتمع، وعدم الشعور بالتمييز، وأنهم مواطنون من الدرجة الثانية.

د- **المآزق الرابع:** إن الإجراءات والخدمات الصحية غالبًا ما تُنفَّذ مع افتراض

أن الجماعات المستهدفة تمتلك القوة لتغيير سلوكياتها، وهذا الموقف يتصف بالسذاجة، ويؤدي إلى فشل إجراءات وخدمات الصحة العامة، مع إلقاء اللوم على الضحايا الظاهر، ويمكن حل هذا المأزق من خلال محور الأمية الصحية على النحو المحدد من قبل منظمة الصحة العالمية وهو: "قدرات ومهارات الفرد المعرفية والاجتماعية على الوصول، وفهم واستخدام المعلومات الصحية بطرق تعزز الحفاظ على الصحة جيدة". وحركة محور الأمية الصحية هي أساس لتحسين الصحة، والحد من عدم المساواة من خلال تمكين كل من الأفراد، والمجتمعات المحلية من صنع قرارات مستنيرة، وأخلاقية حول صحتهم. (Danielle PP 811-815) Groleau:OP.CIT,

وتأكيداً لأهمية المعرفة في المجال الصحي، فقد أشار فوكو في كتابة الشهير "المراقبة والمعاقبة" إلى أن القوة أو المعرفة لا ينفصلان، وهذه المقولة لها صدى خاص فيما يتعلق بقضايا المواطنة وعدم المساواة الصحية التي تواجه الفئات السكانية الضعيفة. وأضاف فوكو أن المعرفة والقوة يكملان بعضهما البعض في التحكم في العلاقات الاجتماعية داخل مؤسسات، كالسجون، والمدارس، وبالطبع المؤسسات الطبية، فعلى سبيل المثال، الأطباء في كثير من الأحيان يُعتبرون الخبراء الوحيدين، بينما المرضى بمثابة حديثي الولادة بالنسبة لمشاكلهم الصحية، وغالباً ما تعد معرفة المريض غير كاملة، أو غير صالحة، وبالتالي تُتجاهل، ويُعتمد على الخبرة الطبية، وهذه الهيمنة للمعرفة الطبية تترجم لعلاقة أبوية بين الطبيب والمريض.

ومن ثم، فإن المواطنة الصحية تؤكد أهمية دمج مشاركة المواطنين في عملية إنتاج المعرفة الصحية، تلك المعرفة التي تؤثر عليها المحددات الاجتماعية والثقافية لهؤلاء المواطنين وخاصة المستضعفين الذين يتعرضون للإقصاء الاجتماعي، وعدم المساواة في تلقي الخدمة الصحية. (p815) (Danielle Groleau:OP.CIT,

٢-١- دراسات اهتمت بمشاركة المواطنين في الخدمة الصحية "المواطنة الصحية"

اتضح مما سبق، أن مشاركة المواطنين في تعزيز الصحة، وإدارة الخدمة الصحية "مفهوم المواطنة الصحية" تمثل حقاً من حقوق المواطنة، وعلى الرغم من ذلك، لم يُطرح هذا الموضوع بشكل مباشر في الدراسات العربية - وفقاً لما توصلت إليه الدراسة الراهنة- واهتمت بتناوله بعض الدراسات الأجنبية، كما سيتضح فيما يلي:

هناك دراستان طرحتا قضية مشاركة المواطنين في الخدمة الصحية، من خلال تحليل الأدبيات التي تناولت هذا الموضوع، الدراسة الأولى بعنوان: "المشاركة التنظيرية في تعزيز الصحة: عرض الأدب"، وقد استهدفت تحليل المقالات النظرية التي تهتم بالمشاركة في تعزيز الصحة، والتي اعتمدت بشكل أساسي على استخدام النظرية الاجتماعية. وقد انطلقت من افتراض، وهو أن تعزيز الصحة يستند إلى ضرورة مشاركة المواطنين، والمجتمعات في تنفيذ سياسات، وبرامج الصحة؛ لتحديد القضايا الصحية التي تهم الأشخاص المعنيين، وإنشاء برامج تأخذ في الاعتبار قيمهم، وممارساتهم. وجمعت بيانات من مقالات من ٢٠٠٠ إلى أبريل ٢٠٠٩. وقد أوضحت النتائج أن سبع مقالات استفادت بشكل كبير من النظرية الاجتماعية في هذه الفترة، لتوضيح المشاركة في تعزيز الصحة، واعتمدت هذه المقالات على نظريات اجتماعية مختلفة، كالنظرية النقدية لهابرماس (١٩٨٤)، وما بعد البنيوية لفوكو (١٩٩٧)، ونظرية الممارسة لبورديو (١٩٨٤)، ونظرية الحداثة. كما أن القضايا الصحية تحتاج إلى مناقشة نشطة من جانب الأفراد، تتعلق ببيئتهم الاجتماعية، والسياسية؛ للحصول على نتائج إيجابية قد تؤدي إلى العمل الجماعي في هذه المجال. علاوة على اتفاق النظريات الاجتماعية على أن استراتيجيات تعزيز الصحة يجب أن توفر مساحات "مفتوحة" بحيث يمكن للأشخاص العاديين تحديد قضاياهم، ومناقشتها، بينما يقوم المتخصصون بدور

مساند. كما حظي مفهوم "محو الأمية الصحية" باهتمام متزايد، وهو ما يعكس أهمية تطوير البحث التجريبي في هذا المجال، بالتركيز بشكل خاص على تعزيز الصحة التشاركية. وكشفت النتائج أن هناك اهتمامًا آخر للتطوير يهتم بتحليل المشاركة في السياقات التنظيمية مثل: الصحة في مكان العمل، والمدارس، والمستشفيات. (Benjamin Marent, Rudolf Forster and Peter Nowak: 2012).

أما الدراسة الثانية، فهي "تحدي مشاركة المواطنين في النظم الصحية في جنوب أوروبا: عرض الأدب" وقد اهتمت بتحليل المشاركة العامة في النظم الصحية في بلدان جنوب أوروبا. وأُخترت: (إسبانيا، واليونان، وإيطاليا، والبرتغال)، واستندت إلى مراجعة الأدبيات للمنشورات (المجلات العلمية، وفصول الكتب) من ١٩٩٨ إلى ٢٠١٥ في البلدان الأربعة، اشتملت (٥٢) مطبوعة، بجانب البحث في المواقع الإلكترونية عن الوثائق المتصلة بالخطط الصحية الوطنية، والإقليمية والمبادرات التشريعية في البلدان الأربعة. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة أن مشاركة المواطنين تعد موضوعًا متكررًا على جداول الأعمال الوطنية والأطر القانونية للنظم الصحية في مختلف بلدان جنوب أوروبا، ومع ذلك، لا تزال المشاركة في صنع القرار في مجال الصحة مقصورة على التشريعات، مع القليل من حرية التعبير في الممارسات الفعلية. كما كان للأزمة المالية منذ عام ٢٠٠٨ في جنوب أوروبا تأثير على المشاركة في الصحة، حيث أدى نقص الدعم المالي إلى الحد من استمرارية العديد من التجارب السابقة في هذا الصدد. ومن ناحية أخرى، فإنه بالرغم من أن بعض الدراسات بدأت في التركيز على هذا البعد من المشاركة، فإنها لا تزال نادرة. (Ana Rpqal Natos, Mauro Serapionnio: 2017).

علاوة على ذلك، هناك دراسة أُجريت في البرازيل بعنوان: "التمثيل الاجتماعي للمواطنة من خلال المرضى: الآثار المترتبة على الرعاية في المستشفى" وقد استهدفت التعرف على طرق تنفيذ الرعاية الصحية على اعتبار

أن الحق في الصحة هو أحد حقوق المواطنة. وقد بلغت عينة الدراسة (٣١) مريضاً داخل قسم الطب الباطني بمستشفى جامعي. وقد أوضحت النتائج أنه بالرغم من أن مفهوم المواطنة يشتمل على مشاركة المواطنين في الرعاية الصحية؛ لأنهم أصحاب حقوق، فإن المستشفى - كمؤسسة - لا تسمح للمرضى بالمشاركة في رعاية أنفسهم. كما أن العلاقات بين المهنيين، والمرضى وعائلاتهم بحاجة إلى تعزيز يمتد إلى ما وراء السلطوية، والبعد الأبوي لهذه العلاقات. وأضافت أن المعرفة الطبية مدخل لا غنى عنه للصحة العامة، كالمعرفة المتعلقة بالأدوية، وينبغي أن تسهم وسائل الإعلام في نشر هذه المعرفة، بحيث تتجاوز أسوار الجامعات، ومؤسسات البحث، وتصبح في متناول جميع السكان بشكل عام، وهو ما يسهم في وعي المرضى بالتطورات الجديدة فيها؛ مما يعزز من مشاركتهم في عملية الرعاية الصحية. (Flavia Pacheco de Araujo, Marta Sauthier, Marcia de Assuncao Ferreire: 2016)

ويتضح مما سبق، أن مشاركة المواطنين في تعزيز الصحة، وإدارة الخدمات الصحية تواجه تحديات حتى في الدول التي اهتمت بهذا الأمر في تشريعاتها، وهو ما يبرر ندرة الدراسات الأجنبية، والعربية التي تناولت هذه القضية، بل إن الدراسات العربية اقتصرت على تقييم مدى توافر، الخدمة الصحية، وجودتها في الأساس.

٣- مستقبل علاقة الصحة بالمواطنة

تعرضت العلاقة التاريخية بين الصحة والمواطنة لتحديد منذ أوائل الثمانينيات؛ نظراً للتوسع العام لاقتصاديات المجتمعات الصناعية، وتطبيق سياسة الخصخصة، وهو ما يفترض أن الأفراد سوف يدفعون مقابل ما دياً نظير تلقيهم خدمات الرعاية الاجتماعية، وسوف يسهم القطاع التطوعي (كالمؤسسات الخيرية الكبيرة) إسهاماً كبيرة في القطاع الوطني، ويتحمل الأفراد المسؤولية عن صحتهم، من خلال تبني طريقة مناسبة لنمط حياة صحي، كممارسة التمارين الرياضية بانتظام، واتباع نظام غذائي صحي، والامتناع عن التدخين.

وقد أوضحت عدة دراسات العلاقة بين الحرمان الاجتماعي، والاقتصادي، والمرض؛ حيث أوضح علماء الاجتماع أن سبب ارتفاع معدلات الإصابة بسرطان الرئة بين رجال من الطبقة العاملة يرجع إلى سوء الإسكان، وعدم كفاية التعليم، والتلوث الصناعي، وانخفاض الدخل. Bryan S. Turner: (Op.Cit, PP 401-405).

وقد أشار كوبورن Coburn (٢٠٠٠) في مقال له حول "عدم المساواة في الدخل والتماusk الاجتماعي والوضع الصحي" إلى العواقب السلبية العميقة لليبرالية الجديدة على الصحة، حيث أوضح أنها ستقلل من سلطة الدولة، مما يجعل من الصعب على الحكومات تحقيق أولويات الرفاهية، في الوقت نفسه، يزيد ذلك من عدم المساواة الاجتماعية، ويقلل من مستويات التماسك الاجتماعي في المجتمع. وهذه التغييرات من شأنها أن تقلل من احترام الذات، وانخفاض الثقة الاجتماعية بين قطاعات من المجتمع التي تتعرض لنمو عدم المساواة الاجتماعية، وهو ما سينعكس على الصحة عن طريق خفض المناعة ضد المرض. ومن ثم، تتبع أهمية هذا المقال من توضيحه للصلة المباشرة بين النمو العالمي لليبرالية الجديدة وتراجع التماسك الاجتماعي، وتآكل صحة الأفراد (Bryan S.Turner : Op.cit, pp.409-410).

من ثم، أُثير نقاش حول تحول الصحة كسلعة، في ظل تلك التغييرات العالمية، حيث أشار كل من بودلارد (١٩٩٨)، ويومان (٢٠٠٠) إلى أن فكرة الصحة قد تعرضت للخطر كونها حقًا اجتماعيًا، حيث يكشف الاعتماد في الرعاية في المستشفى، ووفقا لحالة دفع المريض على الأهداف غير العادلة للسياسات القائمة على السوق. كما أضاف بودلارد أنه في إطار تلك السياسات يعد الجسم أفضل كائن استهلاكي في المجتمعات الاستهلاكية، حيث توجد العديد من السلع الصحية المتاحة، مثل: الجراحة المتخصصة، ومستحضرات التجميل، والمنتجات الغذائية الصحية، والأطعمة الصحية، والمكملات الغذائية، ومنتجات التنظيف، والطب البديل، وعضوية الصالة الرياضية، وغيرها من

الخدمات المتعلقة باللياقة البدنية. (Margaret Lysaght 2009).

وتتبع خطورة هذا الأمر من منطلق أن الرؤية السوسيلوجية للمواطنة تعتبرها أداة لتأسيس النظام الاجتماعي العام الذي يتألف من علاقات إيجابية مستقرة بين مواطنين يتساوون في الحقوق والواجبات. (أحمد زايد: ٢٠١٠، ص ١٧). وهو ما يعني أن أي خلل في تلك المساواة في أي حق من حقوق المواطنة، سينعكس سلباً على هذا النظام.

٣-١- دراسات اهتمت بقضية سلعة الخدمة الصحية

تطرقت العديد من الدراسات إلى سلعة الخدمات الصحية، من خلال الولوج إلى المقارنة بين القطاع العام، والقطاع الخاص في هذا المجال، وعدم المساواة الاجتماعية في تلقي الخدمات الصحية الجيدة.

وفي البداية سوف نُعَرِّض دراستان حاولتا تقييم السياسة الصحية في المجتمع المصري بشكل عام وتطرقت إلى هذه القضية، الدراسة الأولى: جاءت بعنوان: "تقييم السياسات العامة كآلية لتطوير استطلاعات الرأي العام: دراسة حالة السياسات الصحية في مصر". واستهدفت هذه الدراسة تقييم السياسات الصحية، كواحدة من أهم السياسات العامة لأي دولة، على اعتبار أن تحسن الحالة الصحية للمواطن يعد مدخلاً مهماً لتحسين كافة مؤشرات التنمية الأخرى. وقد اعتمدت على نماذج التقييم الأساسية في أدبيات السياسات العامة، ومنهج دراسة الحالة في الفترة من تسعينيات القرن الماضي، وحتى ٢٠٠٦. وكشفت بعض نتائجها أن معظم المواطنين يفضلون استخدام العيادات الخاصة سواء في الحضر أو الريف أو من طبقات المجتمع الفقير، لاعتقادهم أنها تقدم خدمة أفضل. والعكس صحيح بالنسبة لاستخدام المستشفيات، حيث إن غالبية المواطنين يفضلون المستشفيات الحكومية لتفادي النفقات الباهظة في القطاع الخاص. كما أن ارتفاع السكان الفقراء بالدعم الدوائي المقدم من الدولة يعد محدوداً حيث يصعب على الفقراء الاستفادة منه. (ممدوح مصطفى إسماعيل: ٢٠٠٧).

أما الدراسة الثانية فهي: "تحسين النظام الصحي في مصر" وتعد هذه الدراسة، دراسة تجريبية، طُبِّقَتْ في محافظة القاهرة. وقد بلغت العينة (٢٢٥٠ طبيباً) يعملون في وزارة الصحة والمرافق الخاصة. حيث أُجريت الدراسة في مركز زينهم للرعاية الصحية، ومستشفى المنيرة العام، ومستشفى خاص (مستشفى الحكمة). وقد كشفت نتائج الدراسة، أن أكثر من نصف الأطباء من أفراد العينة ٦،٧٠% اتفقوا على أن هناك نقصاً في موارد النظام الصحي، كما يرى الأطباء أن الهيكل التنظيمي وإدارة النظام الصحي لا تزال بحاجة إلى إصلاح، ونوعية الموارد البشرية في هذا النظام بحاجة إلى تحسين، حيث إن حوالي ٣٨% من أفراد العينة يرون أن تقديم الخدمة الصحية يتم عن طريق التجربة والخطأ، وليس القاعدة العلمية. فضلاً عن أن التعليم المستمر لا يزال اختياراً فردياً بين الأطباء بدلاً من أن يكون شرطاً، وهو ما يعكس على تحسين المعرفة والمهارات الصحية للقوى العاملة، حيث ذكر أكثر من ٨٠% من الأطباء أن نقص فرص التدريب المستمر، وانخفاض مرتبات القطاع العام؛ أدى إلى لجوئهم للقطاع الخاص. وغالباً ما يحتفظ الطبيب بوظيفته بالقطاع العام بجانب عمله بالقطاع الخاص. وأضافت هذه الدراسة أن الأطباء على علم بمشاكل النظام الصحي؛ لذلك ينبغي أن توجه آراؤهم لصانعي السياسة لوضع استراتيجيات فعالة لتحسين هذا النظام. (M.Kamal Elden :2016) (Nesreen).

من ثم، نجد أن نتائج الدراستين بينت أن المقارنة بين المستشفيات الحكومية والقطاع الخاص، تأتي لصالح الأخير، وذلك وفقاً لاعتقاد المواطنين (كما أشارت الدراسة الأولى)، وبناءً أيضاً على رأي الأطباء، وذلك من ناحية ارتفاع المرتبات بهذا القطاع (كما ذهبَت الدراسة الثانية).

بالإضافة إلى ذلك، هناك بعض الدراسات التي أُجريت في بعض المجتمعات العربية، والتي اتفقت نتائجها مع نتائج الدراستين السابقتين، كدراسة: "تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين

الصحي في الأردن" والتي استهدفت تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين في القطاع الصحي (العام والخاص) من خلال قياس متغيرات تتعلق بمستوى الخدمات الصحية؛ كإجراءات استقبال، ومعاملة الجهاز الطبي والتمريض، ونظام العمل، والتوعية الصحية، ومستوى التأمين الصحي. وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين من التأمين الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة منخفض، كما أن مستوى التأمينات الصحية المقدمة في القطاع الخاص أفضل من القطاع العام، لأن القطاع الصحي الخاص ربحي، ويحاول تقديم أفضل الخدمات الفندقية والعلاجية للمرضى. (فراس محمد الرواشدة، وزيايد محمد الصاوي: ٢٠١٠)

وقد أوضحت دراسة "تقييم أداء الخدمات الصحية في المستشفيات العامة الليبية العاملة بمدينة بنغازي" الوضع المتدني للمستشفيات العامة، حيث استهدفت هذه الدراسة التعرف على الأسباب التي تعيق ممارسة المسؤولين في المستشفيات لمهامهم. وأجريت في خمس مستشفيات عامة بمدينة بنغازي، بالاستناد إلى استمارة الاستبيان. وكشفت نتائجها أن معظم مسؤولي المستشفيات من الأطباء والأطباء المساعدين والفنيين، غير أن طبيعة العمل تحتاج إلى العلوم الإدارية، كما أن أداء العديد من الأنشطة دون المستوى المطلوب، كذلك إهدار المال العام، خصوصاً الأدوات الطبية في شكل سرقات والاستخدام السيئ لها. (بركات أحمد عبد القادر: ٢٠١٥)

كما توصلت دراسة " قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان، من وجهة نظر المرضى والمراجعين" إلى نتيجة مماثلة للدراسة السابقة، حيث أجريت هذه الدراسة في المستشفيات التعليمية الكبرى في ولاية الخرطوم. وأُعتمِد على استمارة الاستبيان. وتوصلت نتائجها إلى أن هناك إدراكًا تامًا لدى المرضى والمراجعين لمستويات جودة الخدمات الصحية الواجب توافرها في المستشفيات الحكومية، بالإضافة إلى عدم توافر المستلزمات المادية اللازمة والضرورية لتقديم الخدمات الصحية في هذه المستشفيات، وكذلك عدم

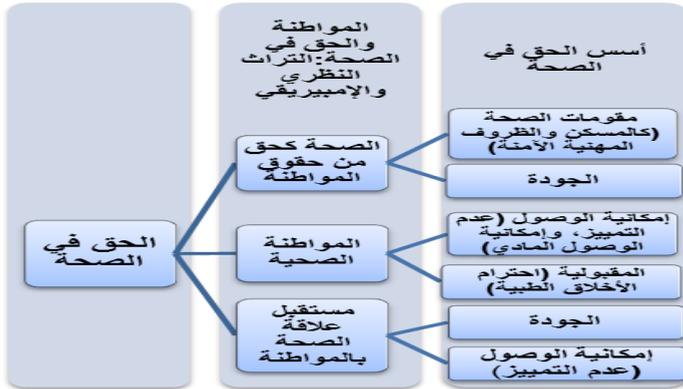
توافر الكوادر المؤهلة، والتي تفضل العمل في القطاع الصحي الخاص. (محمد نور الطاهر: ٢٠١٥).

علاوة على ذلك، هناك دراسة أُجريت في إحدى الدول الأوروبية، تحديداً في أيرلندا، وجاءت بعنوان "ثروتك هي صحتك: دراسة عن تسليع الخدمات الصحية في أيرلندا"، وقد استهدفت التعرف على مدى تحقيق الرعاية الصحية كحق اجتماعي في المجتمع الأيرلندي، ومدى تحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة للمرضى في القطاعين، العام والخاص من المستشفيات. وأُعتمد على إجراء مقابلات شبه مقننة مع بعض الأطباء، والممرضات، والعمال داخل تلك المستشفيات. وقد كشفت نتائجها أن تسليع الرعاية الصحية أثر على الحقوق الصحية للشعب الأيرلندي، فنوعية الخدمات الصحية في أيرلندا تعتمد بشكل متزايد على التكلفة والقدرة على الدفع. وعلى الرغم من أهمية الصحة في المجتمع، فإن تحولها إلى سلعة قد قلل من وضعها، حيث أصبح التعامل مع طالبي الخدمات الصحية كمستهلكين في كلا القطاعين. كما أن حافز الربح المحيط بتقسيم الخدمات الصحية كسلعة لا يؤدي دائماً إلى المساواة في علاج المرضى. فضلاً عن أن خدمات المستشفيات العامة تعاني من ضعف الموارد. ومن هنا، فإن الرعاية الصحية تسببت في وجود علاقة متضاربة بين الصحة كحق والصحة كسلعة في السوق، حيث لم تعد الصحة حقاً لا جدال فيه، ومتاحة بالتساوي لجميع الشعب، بغض النظر عن المكانة الاجتماعية والاقتصادية للمرضى. وقد أوصت هذه الدراسة ضرورة أن يراجع صانعو السياسة الأيرلندية الآثار الصحية والاجتماعية المترتبة على سلعة الصحة؛ من أجل تعزيز الحفاظ على التماسك الاجتماعي للمجتمع الأيرلندي (Margaret Lysaght: 2009).

وقد اتضح - من خلال استعراض الدراسات السابقة - أن ما أشارت إليه المقولات النظرية السابقة حول تلقي الرعاية الصحية الجيدة مقابل قدرة المريض على الدفع المادي، أو ما يمكن أن يُطلق عليه "سلعة الخدمة الصحية"، غير

قاصر على المجتمع المصري فقط، بل في بعض المجتمعات العربية، وفي دولة أوروبية "كأيرلندا".

ومن ثم، يمكن القول إن القضايا السابقة، قد ناقشت أسس الحق في الصحة - بشكلٍ أو بآخر - حيث ركزت كل قضية على تناول بعض تلك الأسس. فنجد من خلال قضية الصحة كحق من حقوق المواطنة، كُشِفَ عن علاقة الحق في الصحة بالحقوق الاجتماعية لأخرى التي تمثل مقومات للصحة، أو ما يُطلق عليها محددات الصحة الدفينة، مثل المسكن، والظروف المهنية اللآمنة، فضلاً عن مناقشة العديد من الدراسات - التي اندرجت تحت هذه القضية- مشكلات الخدمة الصحية التي تقلل من جودتها. أما بالنسبة لقضية المواطنة الصحية، فإن تناولها لإمكانية مشاركة المواطنين في إدارة الخدمات الصحية، كشف عن عدم المساواة، والتمييز فيما بين هؤلاء المواطنين في إمكانية الوصول لتلك الخدمات. فضلاً عن تطرقها إلى مؤشر "المقبولية" المتمثل في احترام الأخلاق الطبية التي من ضمنها دمج معرفة المواطنين عن مرضهم وخبراتهم إلى المعرفة الصحية. وفيما يتعلق بقضية مستقبل علاقة الصحة بالمواطنة، والحديث عن سلعة الخدمة الصحية، فقد أُلقت الضوء إلى قضية التمييز، وعدم المساواة بين المواطنين في إمكانية الوصول لخدمة صحية جيدة، الأمر المتصل بمؤشري الجودة، وإمكانية الوصول. ويوضح الشكل (ب) ما سبق ذكره، على النحو التالي:



الشكل (ب)

تناول التراث النظري والإمبيرقي للمواطنة والصحة أسس الحق في الصحة

وبناءً على ما سبق، يمكن استخلاص القضايا التالية، والتي سوف تستند إليها الدراسة الراهنة:

أ- يرتبط الحق في الصحة ارتباطاً وثيقاً بالحقوق الاجتماعية للمواطنة، وهي ما يُطلق عليها المحددات الدفينة للصحة، كالمسكن، والظروف البيئية، والمهنية الملائمة. ولا يمكن التمتع بهذا الحق دون أن تستقيم أحوال تلك المحددات بشكلٍ أو بآخر.

ب- يتصل الحق في الصحة، أيضاً، بالحقوق القانونية والسياسية للمواطنة، كإصدار التشريعات الخاصة بالقضايا الصحية، والتي من شأنها أن تعزز التمتع بهذا الحق تحت مظلة مواد قانونية تكفل تحقيق ذلك.

ج- لمتغير الطبقة دور حيوي بالنسبة للحق في الصحة، فتعد الطبقة محدداً أساسياً للصحة متمثلة في نمط الحياة بشكل عام، وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة من حيث توفر هذه الخدمة، وإمكانية الوصول إلى معلومات بشأنها، فضلاً عن جودتها.

د- أثارت بعض القضايا المتعلقة بالحق في الصحة (كالمواطنة الصحية)، و(محو الأمية الصحية) جدلاً دولياً حول إمكانية تحقيقها، وتمثل هذه القضايا تحدياً في المجتمعات العربية بشكل عام، والمجتمع المصري

بشكل خاص، ففي ظل الحديث عن نقص موارد مالية وبشرية، يصعب التطرق إلى ضرورة مشاركة المواطنين في إدارة الخدمة الصحية - على النحو الذي أُشير إليه سابقاً- إلا أنه لا يزال تحقيق ذلك ممكناً.

هـ- تعبر سلعة الخدمة الصحية عن مستقبل العلاقة بين الصحة والمواطنة، وهو ما يهدد اعتبار الصحة حقاً اجتماعياً، ويدعم ضرورة مشاركة المواطنين لمعرفة التدابير التي يمكن اتخاذها؛ لحماية هذا الحق.

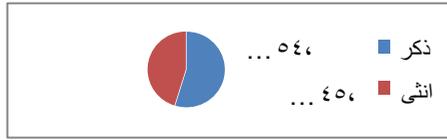
خامساً: آراء بعض المواطنين حول أسس الحق في الصحة في المجتمع المصري: الدراسة الميدانية

سُتعرض نتائج الدراسة وتناقش من خلال التطرق إلى آراء بعض المواطنين (من أفراد العينة) لمقومين من المقومات الاجتماعية والاقتصادية للصحة، وهما: (المسكن، والظروف المهنية الملائمة)، ثم سيُكشف عن آرائهم حول أسس الحق في الصحة. ويمكن القول إنه على الرغم من تداخل تلك الأسس، إلا إنه سوف يتم عرض كل منها على حدة للتوضيح. بالإضافة إلى محاولة التعرف على الواجبات التي يمكن أن يقوم بها المواطنون مقابل حصولهم على هذا الحق من وجهة نظر المبحوثين. وسوف يُتناول في البداية خصائص عينة الدراسة.

١- خصائص عينة الدراسة:

تبين من التحليل الكمي للبيانات أن خصائص العينة تتمثل فيما يلي:

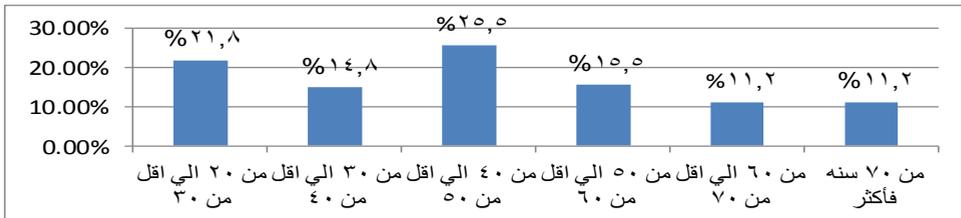
١- النوع: تبين من النتائج أن نسبة الذكور التي بلغت ٥٤,٨% من إجمالي عينة الدراسة، أعلى من نسبة الإناث والتي بلغت ٤٥,٢% من إجمالي عينة الدراسة (انظر الشكل رقم ١). وهذه النتيجة تتسق - إلى حد كبير- مع نسبة الذكور إلى الإناث بمحافظة الجيزة - بشكل عام- وفقاً لتعداد مصر عام ٢٠١٧، حيث بلغت نسبة الذكور ٥٢%، ونسبة الإناث ٤٨% . (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: ٢٠١٩، ص ١٦).



شكل رقم (١)

التوزيع النوعي لمفردات العينة

٢- العمر: حُدِّدَ عمر أفراد العينة بأن يبدأ من ٢٠ عامًا، على اعتبار أن هذه النوعية من الدراسات تتطلب أن تُجرى على البالغين في سن العمل (ويختلف تحديد هذا السن فأحيانًا يبدأ من السادسة عشر، أو الثامنة عشر، أو العشرين وحتى الستين فأكثر)، وكافة البالغين الذين تجاوزت أعمارهم سن التعليم الإلزامي (جون سكوت، وجوردون مارشال: ٢٠١١، ص ١٨٠). وقد تبين أن النسبة الأكبر من أفراد العينة تقع في الفئة العمرية ما بين (٤٠ إلى أقل من ٥٠ عامًا) والتي بلغت ٢٥,٥%، تليها الفئة العمرية ما بين (٢٠ إلى أقل من ٣٠ عامًا) بنسبة ٢١,٨%، ثم تأتي الفئات العمرية الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٢).



شكل رقم (٢)

التوزيع العمري لمفردات العينة

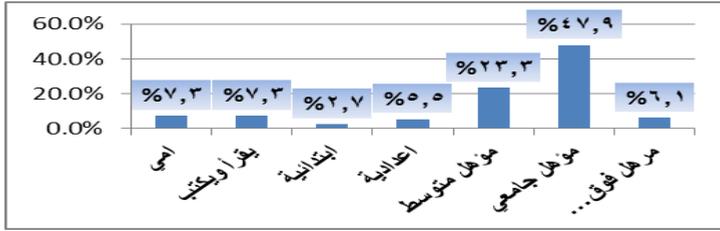
٣- محل الإقامة: تبين أن غالبية أفراد العينة من سكان الحضر، حيث بلغت نسبتهم ٧٧% من أفراد العينة، في المقابل بلغت نسبة أفراد العينة من سكان الريف ٢٣%. (انظر الشكل رقم ٣).



شكل رقم ٣

توزيع مفردات العينة وفقاً لمتغير الإقامة (ريف- حضر)

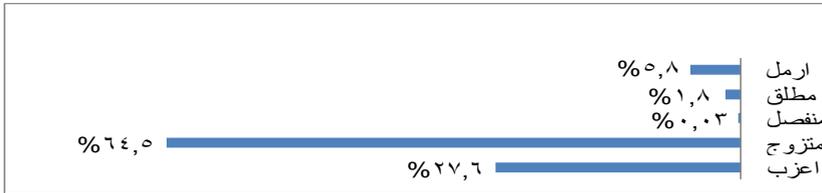
٤- الحالة التعليمية: اتضح أن النسبة الأكبر من أفراد العينة من فئة الحاصلين على مؤهل جامعي، حيث بلغت ٤٧,٩%، تليها فئة المؤهل المتوسط بنسبة ٢٣,٣%، بينما جاءت الفئات الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٤)



شكل رقم (٤)

توزيع مفردات العينة وفقاً لمتغير الحالة التعليمية

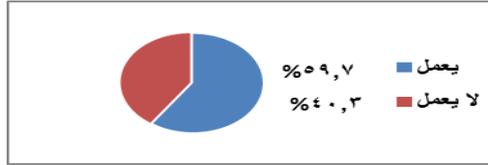
٥- الحالة الاجتماعية: تبين من النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد العينة من المتزوجين، حيث بلغت ٦٤,٥% من إجمالي أفراد العينة، يليها نسبة فئة العزاب التي بلغت ٢٧,٦%، ثم جاءت الفئات الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٥)



الشكل رقم (٥)

توزيع أفراد العينة وفقاً للحالة الاجتماعية

٦- الحالة المهنية: تبين من النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد العينة ممن يعملون، حيث بلغت ٥٩,٧% من إجمالي أفراد العينة، مقابل ٤٠,٣% لا يعملون. (انظر الشكل رقم ٦).



شكل رقم (٦)

توزيع مفردات العينة وفقاً لمتغير الحالة المهنية

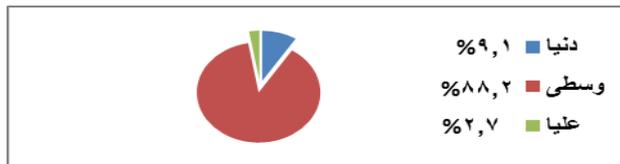
-الدخل الشهري: تبين أن النسبة الأكبر من مفردات العينة (ممن يعملون)، فئة دخلهم من (١٠٠٠ إلى أقل من ٣٠٠٠) بنسبة ٥٩,٤%. (انظر الشكل رقم ٧).



شكل رقم (٧)

توزيع مفردات العينة وفقاً لمتغير الدخل الشهري

٧-الطبقة التي ينتمي إليها المبحوثون (من وجهة نظرهم): أشارت غالبية أفراد العينة إلى أنهم ينتمون إلى الطبقة الوسطى بنسبة ٨٨,٢%، ثم يليهم أفراد العينة الذين يرون أنهم ينتمون إلى الطبقة الدنيا بنسبة ٩,١%، بينما الذين ذهبوا إلى أنهم ينتمون إلى الطبقة العليا فقد بلغت نسبتهم ٢,٧%. (شكل رقم ٨)



شكل رقم (٨)

توزيع مفردات العينة وفقاً لمتغير الطبقة

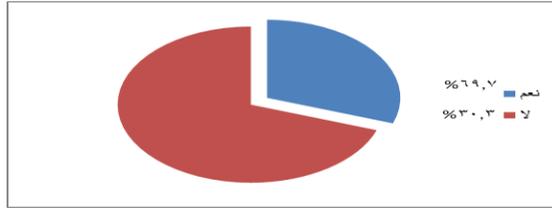
ومن ثم نجد أن هناك تقارباً إلى حد ما بين نسبة الذين رأوا أنهم ينتمون إلى

الطبقة العليا، ونسبة فئة الدخل من ٩٠٠٠ فأكثر - وهي ٢,٧%، و ٣,٦% على التوالي- وهو ما يعني أن ما دون هذه الفئة من الدخل (٩٠٠٠ فأكثر) يرون أنهم ينتمون إلى الطبقة الوسطى، والدنيا.

٢- بعض المقومات الاجتماعية والاقتصادية للصحة:

أ- مدى ملائمة المسكن صحياً: يعد الحق في المسكن الملائم عاملاً أساسياً للتمتع بالحقوق الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية بشكل عام، وليس الحق في الصحة فقط. (الشبكة العالمية للحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية: مرجع سابق).

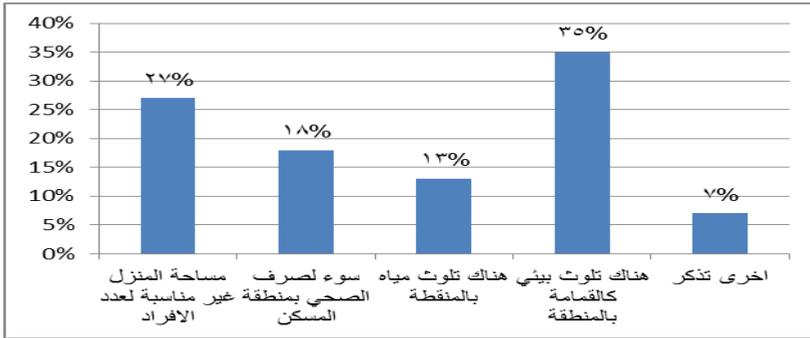
وقد تبين من النتائج أن النسبة الأكبر من إجمالي أفراد العينة ترى أن مسكنها ملائم من الناحية الصحية، حيث بلغت ٦٩,٦%، مقابل نسبة ٣٠,٣% لا يرون ذلك (انظر الشكل رقم ٩)



شكل رقم (٩)

آراء المبحوثين حول ما إذا كان مسكنهم ملائماً صحياً

وحول أسباب رؤية أفراد العينة - الذين بلغت نسبتهم ٣٠,٣% - أن مسكنهم غير ملائم من الناحية الصحية، جاء في المرتبة الأولى "التلوث البيئي كالقمامة في المنطقة التي يسكنون فيها" بنسبة ٣٥%، ثم جاءت الأسباب الأخرى بنسب أقل، بما فيها ما أوضحه بعض المبحوثين - من خلال بند أخرى تذكر - كعدم دخول الشمس للمسكن، وقربهم من دخان المصانع. (انظر الشكل رقم ١٠). وقد أوضحت بعض الدراسات السابقة أن سوء الأوضاع السكنية - وخاصة التلوث البيئي- قد أدى إلى ظهور العديد من الأمراض لسكانها، كدراسة "مفهوم المواطنة والبدو" بمحافظة الجيزة أيضاً.

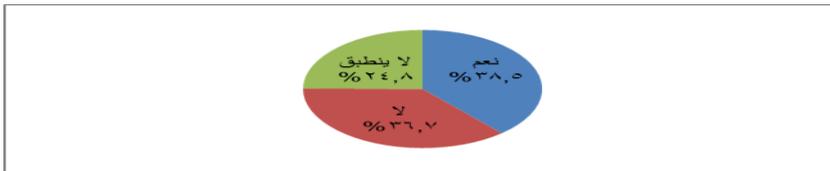


شكل رقم (١٠)

آراء بعض الباحثين حول أسباب عدم ملائمة مسكنهم صحياً

مدى ملائمة الظروف المهنية صحياً: بالنسبة لمدى ملائمة الظروف المهنية من الناحية الصحية لأفراد هذه العينة- بلغت نسبتهم ٥٩,٧% - فقد اتضح أن النسبة الأكبر - إلى حد ما- من أفراد هذه العينة يرون أن عملهم يسبب لهم متاعب صحية، وقد بلغت نسبتهم ٣٨,٥%. (انظر الشكل رقم ١١).

وهذه النتيجة تتسق مع ما أُشير حول أن الوفيات في مصر؛ نتيجة الإصابة بأمراض المهنة، تزيد على معدلات وفيات الحوادث المتجاوزة لنحو ٧ آلاف قتيل سنوياً، مما يعني أن الصحة المهنية تحتاج إلى إعادة نظر. (السلامة والصحة المهنية: <http://www.chi.edu.eg>، ص ١).



الشكل رقم (١١)

آراء الباحثين حول مدى ملائمة ظروفهم المهنية من الناحية الصحية

وحول ما إذا كان العمل يوفر لأفراد هذه العينة - من العاملين- تأمينا صحياً، فقد أشارت النسبة الأكبر من أفراد العينة وهي ٥٦,٣% إلى أن عملهم يوفر لهم تأمينا صحياً، في المقابل فإن نسبة ٤٠,٢% من أفراد هذه العينة لم

يتوافر لهم ذلك. وهي نسبة ليست بالقليلة، وخاصة أن التأمين الصحي يعد حقاً من حقوق المواطنين كافة، كما نص دستور ٢٠١٤، والمواثيق الدولية المتعلقة بالرعاية الصحية. (انظر الشكل رقم ١٢).



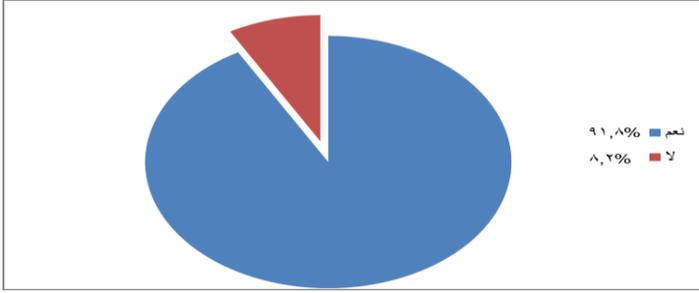
شكل رقم (١٢)

آراء المبحوثين حول ما إذا كان عملهم يوفر لهم تأميناً صحياً

٢- توافر الخدمة الصحية

يعد توافر الخدمة الصحية أول السمات الأساسية المرتبطة بالحق في الصحة، والتي تعني بضرورة توفير الدول العدد الكافي من مرافق الرعاية الصحية على كامل أراضيها.

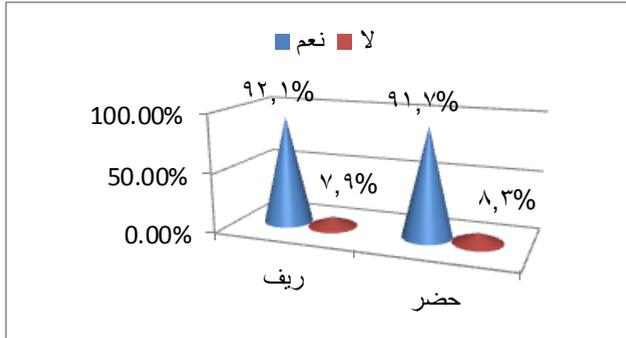
أ- مدى توافر المرافق الصحية بالقرب من المسكن: أشارت أغلبية أفراد العينة، وبلغت نسبتهم ٩١,٨% إلى أن هناك مرافق صحية قريبة من منطقة سكنهم، مقابل نسبة ٨,٢% لم يذهبوا إلى ذلك. (انظر الشكل رقم ١٣). وهذه النتيجة تتسق مع ما سبق أن أشارت إليه النسبة الأكبر من أفراد العينة حول ملاءمة مسكنهم من الناحية الصحية، وذلك على اعتبار أن من السمات التي حددتها لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية - في تعليقها العام رقم (٤) فيما يتصل بالحق في السكن - أن يكون موقع السكن يتيح الاستفادة من المرافق الصحية. (الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: مرجع سابق).



شكل رقم (١٣)

آراء الباحثين حول ما إذا كانت المرافق صحية (مستشفيات ومراكز وعيادات) قريبة من منطقة سكنك

وبالإضافة إلى ذلك، توصلت النتائج إلى أن مدى توافر المرافق الصحية القريبة من منطقة سكن الباحثين لم يتأثر بكونهم من الريف أو الحضر. وربما هذه النتيجة تتناقض مع ما سبق أن أُشير حول مشكلة عدم توافر المرافق الصحية بشكل كاف، وخاصة في الريف، وإن كانت جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تلك المرافق هو الجانب المكمل، والأهم لتوافر تلك المرافق، وهو ما سيُتطرق إليه لاحقاً. (انظر الشكل رقم ١٤).

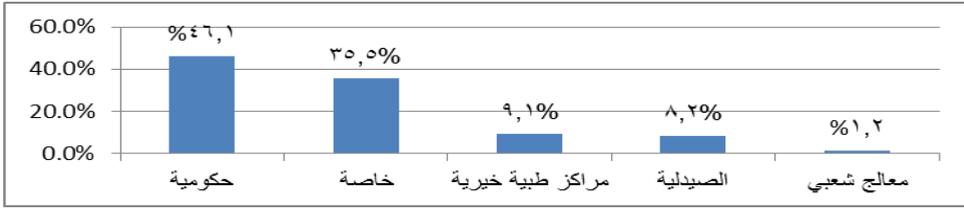


شكل رقم ١٤

العلاقة بين ما إذا كانت المرافق صحية (مستشفيات ومراكز وعيادات) قريبة من منطقة سكن الباحثين ومتغير محل الإقامة (ريف - حضر)

ب- نوعية المرافق الصحية التي يلجأ إليها الباحثون: أشارت النسبة الأكبر من إجمالي أفراد العينة إلى أنهم يلجئون إلى المستشفيات الحكومية، وبلغت

نسبتهم ٤٦,١% . (انظر الشكل رقم ١٥).

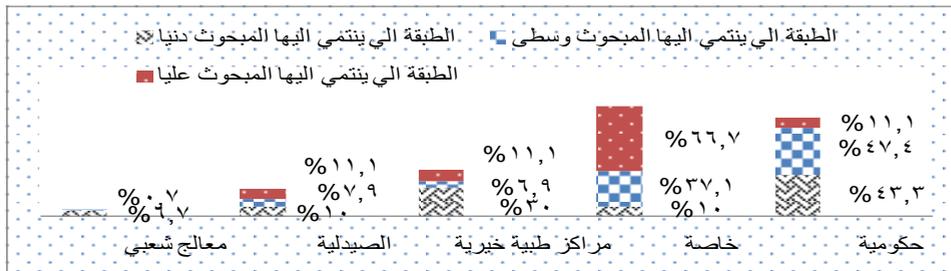


شكل رقم (١٥)

آراء المبحوثين حول نوعية المرافق الصحية التي يلجأون إليها في حالة المرض

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة "تقييم السياسة الصحية في مصر" حول تفضيل غالبية المواطنين للمستشفيات الحكومية؛ لتفادي النفقات الباهظة للقطاع الخاص، وخاصة أن أغلبية أفراد عينة الدراسة الراهنة قد أشاروا إلى أنهم ينتمون إلى الطبقة الوسطى من وجهة نظرهم، فضلاً عن دخل النسبة الأكبر من تلك العينة يتراوح ما بين (١٠٠٠ إلى أقل من ٦٠٠٠).

وقد أكدت النتائج المتعلقة بالعلاقة بين نوعية المرافق الصحية التي يلجأ إليها المبحوثون، والانتماء الطبقي (من وجهة نظرهم) النتيجة السابقة، حيث تبين أن نسبة ٤٧,٤% من أفراد عينة الطبقة الوسطى يلجأون إلى المستشفيات الحكومية، تليها الطبقة الدنيا بنسبة ٤٣,٣%. ومن ناحية أخرى، نجد أن نسبة ٦٦,٧% من أفراد العينة من الطبقة العليا يلجئون إلى المستشفيات الخاصة. (انظر الشكل رقم ١٦).



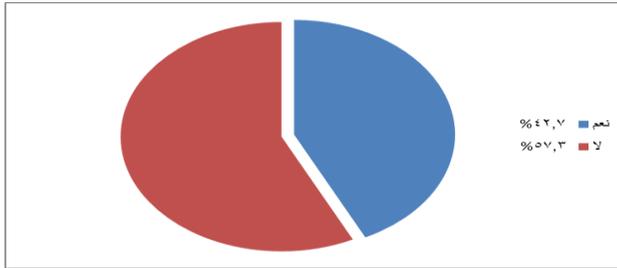
شكل رقم (١٦)

العلاقة بين نوعية المرافق الصحية التي يلجأ إليها المبحوثون في حالة المرض ومتغير الطبقة

وقد عكست النتائج السابقة حول العلاقة بين الصحة والطبقة، وتحديدًا نوعية المرافق الصحية والطبقة، ما تُثوّل حول سلعة الخدمة الصحية، وارتباط جودة هذه الخدمة بقدرة المريض على الدفع، على اعتبار تمتع المستشفيات الخاصة بجودة وإمكانات أعلى من الحكومية، وذلك ما سبق الإشارة إليه من خلال التوجه النظري، وبعض الدراسات السابقة.

ومن اللافت للانتباه هنا تراجع اللجوء إلى المعالج الشعبي، حيث جاء في المرتبة الأخيرة بالنسبة لنوعية المرافق الصحية التي يلجأ إليها إجمالي أفراد العينة، وهو ما لا يتفق مع نتائج بعض الدراسات، وخاصة التي أُجريت في الريف، كدراسة "نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي" التي ذهبت إلى أن قصور خدمات الطب الرسمي أدى إلى لجوء أفراد القرية - كانت إحدى قرى الجيزة أيضًا- إلى الطب الشعبي، ولكن هذه النتيجة تتفق ما سبق أن أشارت إليه غالبية أفراد عينة الدراسة الراهنة - سواء في الريف أو الحضر- حول توفر المرافق الصحية بالقرب من مسكنهم، وربما قد أسفر ذلك عن تراجع لجوئهم للمعالج الشعبي.

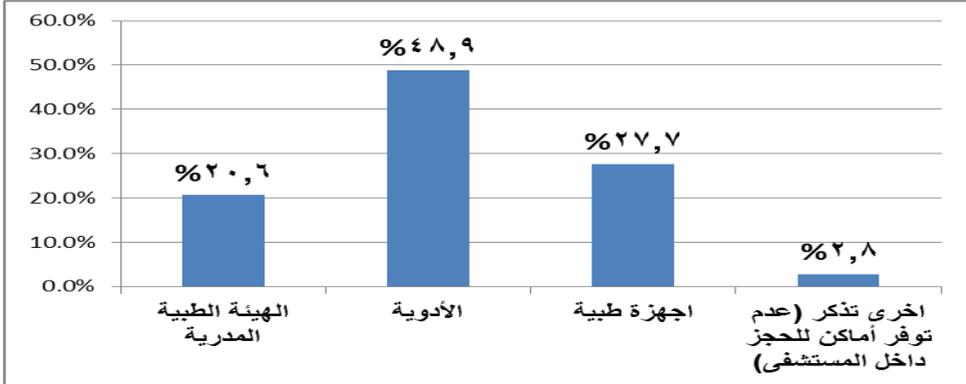
ج- مدى توافر الأدوات اللازمة للعلاج: أوضحت النسبة الأكبر من أفراد العينة، والتي بلغت ٥٧,٣% من إجمالي أفراد العينة أنهم لم تواجههم مشكلة من حيث توافر الأدوات اللازمة للعلاج. (انظر الشكل رقم ١٧).



شكل رقم (١٧)

آراء المبحوثين حول ما إذا كان واجهتهم مشكلة من حيث توفير أحد الأدوات اللازمة لعلاجهم

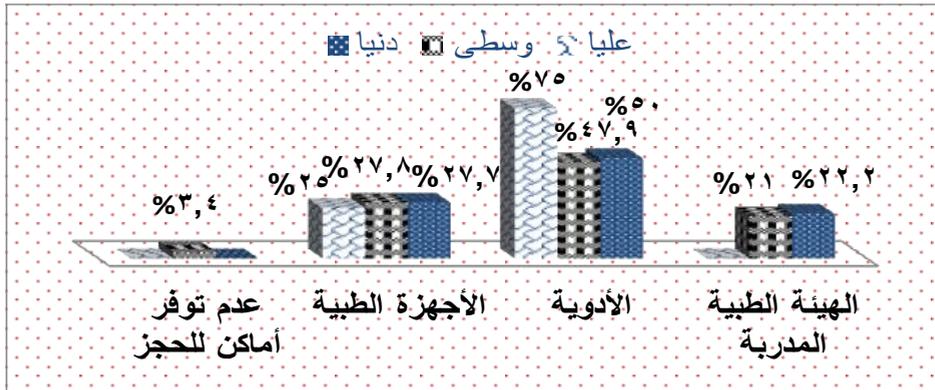
وفيما يتعلق بطبيعة الأدوات غير المتوافرة بالنسبة لأفراد هذه العينة - الذين ذهبوا إلى عدم توافر تلك الأدوات- فقد أتى على رأس قائمة هذه الأدوات غير المتوافرة بعض الأدوية، وذلك بنسبة ٤٨,٩%، ثم جاءت الأدوات الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ١٨)



شكل رقم (١٨)

آراء بعض المبحوثين حول طبيعة الأدوات التي لم تتوافر لعلاجهم

وحول العلاقة بين الطبقة، وما قد يواجهونه من مشكلات متعلقة بتوافر الأدوات اللازمة للعلاج - بالنسبة لأفراد العينة الذين بلغت نسبتهم ٤٨,٩% - فقد تبين من النتائج أن عدم توافر بعض الأدوية مشكلة تواجه جميع الطبقات، وفيما يتصل بعدم توافر بعض الأجهزة الطبية، فقد جاءت بنسب متقاربة إلى حد ما بين أفراد العينة من الطبقات المختلفة. أما فيما يتعلق بعدم توافر الهيئة الطبية المدرية، فلم يذكر أحد أفراد العينة من الطبقة العليا هذه المشكلة. ومن خلال بند أخرى تذكر أشار بعض أفراد العينة من الطبقة الوسطى فقط لمشكلة عدم توافر أماكن للحجز - في بعض الأحيان - داخل المستشفى لتلقي العلاج. (انظر الشكل رقم ١٩).



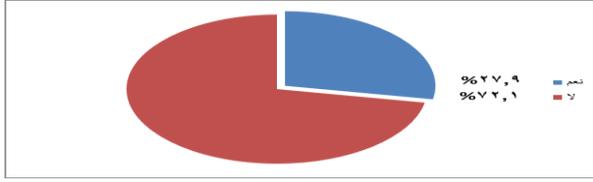
شكل رقم (١٩)

العلاقة بين طبيعة الأدوات التي لم تتوافر لعلاج بعض المبحوثين ومتغير الطبقة وتتنفق النتيجة السابقة مع نتائج العديد من الدراسات - السابق ذكرها - سواء في مصر أو بعض الدول العربية والأوربية أيضًا- التي أوضحت تفوق المستشفيات الخاصة عن المستشفيات الحكومية في الموارد المالية، والكوادر الطبية الماهرة، حيث سبق الإشارة إلى لجوء أفراد العينة من الطبقة العليا إلى المستشفيات الخاصة.

د- **توافر العلاج على نفقة الدولة:** ورد في إحصائيات وزارة الصحة والسكان الخاصة بتكاليف علاج المواطنين على نفقة الدولة بالداخل والخارج (١٩٩٩-٢٠١٦) أن عام ٢٠١٦ شهد زيادة عدد المرضى المنتفعين بالعلاج على نفقة الدولة بالداخل، عن الأعوام السابقة. ففي عام ١٩٩٩ بلغ عدد المرضى الذين تلقوا العلاج على نفقة الدولة ٣٦٩ ألفًا في الداخل، و ٦١٦ ألفًا بالخارج، وطوال تلك الأعوام بين هذين العامين ظل العدد ما بين الارتفاع والانخفاض. وفي عام ٢٠١٦ وصل عدد المرضى الذين تلقوا علاجًا على نفقة الدولة إلى ٢٢٦٤ بالداخل، بينما قل العدد بالخارج ليصبح ٦٢ ألف. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: ٢٠١٨، ص ١٨٣).

وحول ما إذا كان أفراد العينة قد تلقوا علاجًا على نفقة الدولة، فقد

أشارت غالبية أفراد العينة إلى أنهم لم يتلقوا العلاج على نفقة الدولة، وبلغت نسبتهم ٧٢,١% . (انظر الشكل رقم ٢٠)



شكل رقم (٢٠)

آراء الباحثين حول ما إذا كان قد سبق ان تلقوا علاجًا على نفقة الدولة

وقد سبق أن أوضح تقرير المنظمة المصرية لحقوق الإنسان عن الفترة من (٢٠٠٦ - ٢٠٠٩) - من خلال دراسة "حقوق الإنسان والتنمية البشرية" - عدم توافر آليات العلاج على نفقة الدولة بالصورة الكافية.

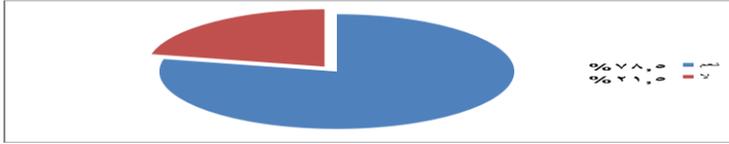
٣- إمكانية الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالقضايا الصحية

أشير سابقاً إلى تأكيد هذا المؤشر أنه يجب أن يتمتع كل شخص بإمكانية الوصول إلى المرافق والخدمات المرتبطة بالصحة، لا سيما الفئات الأكثر ضعفاً من غير أي تمييز، كما يتعين على الدول أن تكفل لكل شخص الحق في التماس المعلومات المتعلقة بالمسائل الصحية، والحصول عليها، ونقلها، من غير أن يُخل ذلك بسرية البيانات الطبية.

وقد أوضحت النتائج - من خلال مؤشر توفر الخدمة الصحية - التمييز في تقديم الخدمة الصحية، وفقاً لمستواهم الاجتماعي، وسنتناول - من خلال هذا الجزء- مدى إتاحة المصادر المتعلقة بأسس الرعاية الصحية، ومدى معرفة أفراد العينة بالمعلومات المتعلقة بالقضايا الصحية (كقانون التأمين الصحي الشامل الجديد)، والحملات الصحية (كحملة ١٠٠ مليون صحة)، والأدوية التي ثبت علمياً مخاطرها على الصحة، على اعتبار أن إمام المواطن يمثل هذه المعلومات يعد أحد أسس المشاركة في المنظومة الصحية بمفهوم المواطنة الصحية، كما ذهب فوكو إلى أن القوة والمعرفة لا ينفصلان، وخاصة

فيما يتعلق بعلاقة المواطنة بالصحة.

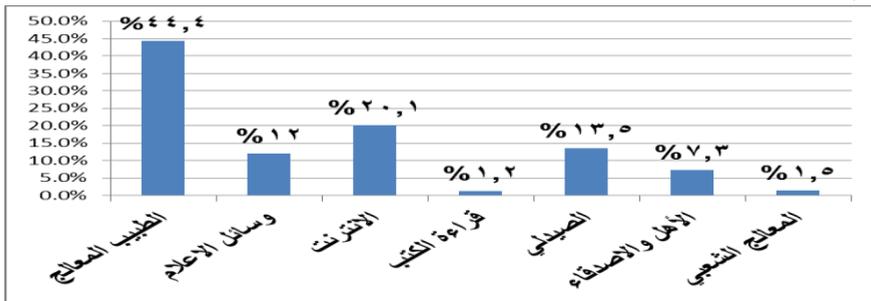
أ- مدى إتاحة المصادر المتعلقة بأسس الرعاية الصحية: أوضحت النتائج أن أكثر من نصف أفراد العينة قد أشاروا إلى أن هناك مصادر متاحة لهم للحصول على أسس الرعاية الصحية التي يحتاجونها، وقد بلغت نسبتهم ٧٨,٥%. (انظر الشكل رقم ٢١)



شكل رقم (٢١)

آراء الباحثين حول ما إذا كان هناك مصادر متاحة لهم للحصول على معلومات عن أسس الرعاية الصحية التي يحتاجونها

وفيما يتصل بالمصدر الأساسي للحصول على المعلومات الصحية بالنسبة لأفراد هذه العينة - الذين تتوفر لديهم مصادر معلومات أسس الرعاية الصحية- نجد أن الطبيب المعالج قد جاء في المرتبة الأولى بالنسبة لأفراد العينة. ثم جاء الإنترنت في المرتبة الثانية بنسبة ٢٠,١%، وهو ما يؤكد تعاضم اعتماد أفراد المجتمع على الوسائل التكنولوجية الحديثة (الإنترنت) حتى في معلوماتهم الصحية. ثم جاءت المصادر الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٢٢).

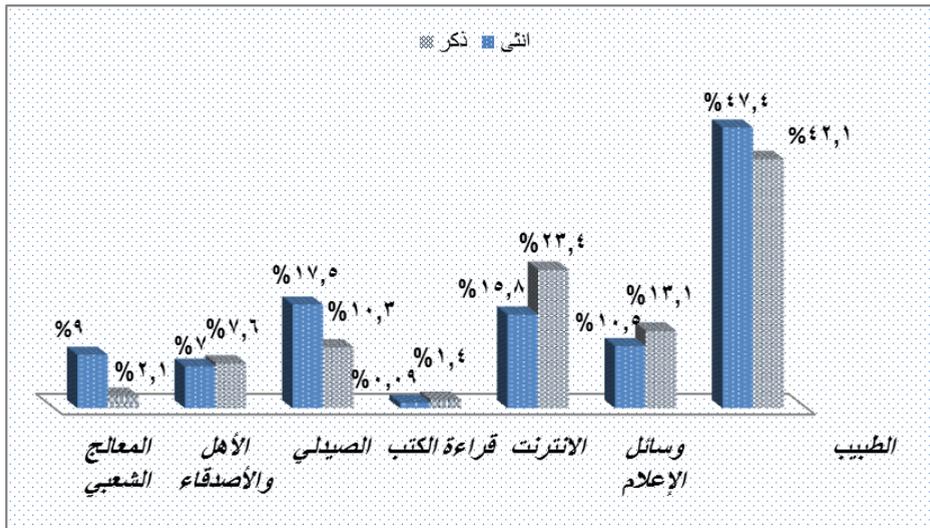


شكل رقم (٢٢)

آراء بعض الباحثين حول مصدرهم الأساسي للحصول على معلومات صحية

وبالنسبة للعلاقة بين خصائص أفراد هذه العينة - الذين أشاروا إلى أن هذه المصادر متاحة لهم- ومصادر حصولهم على تلك المعلومات، فقد أوضحت النتائج أنه فيما يتصل بمتغير النوع، نجد أن الطبيب المعالج جاء في المرتبة الأولى بالنسبة للذكور والإناث بنسبة ٤٧,٤%، و ٤٢,١% على التوالي. وتتفق النتيجة المتعلقة بالإناث مع دراسة أُجريت في المجتمع الأمريكي حول مصادر المعلومات الصحية للسيدات، وقد جاء مقدمو الخدمة الصحية أيضاً في المرتبة الأولى كمصدر لتلك المعلومات في هذه الدراسة، وهو ما يعكس زيادة الوعي الصحي للإناث المصريات (من عينة الدراسة). Caroline D. (Bergeron, et.el: 2017, p 10).

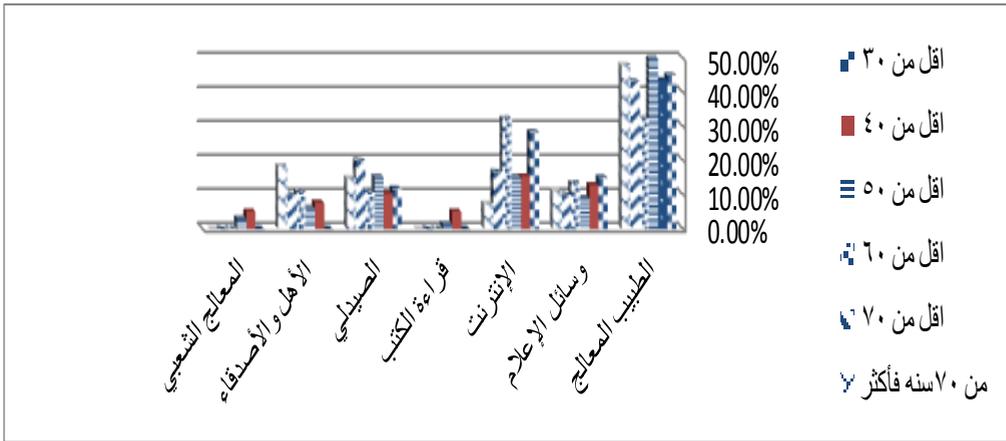
كما جاء الصيدلي في المرتبة الثانية بالنسبة للإناث بنسبة ١٧,٥%، واحتل الإنترنت المرتبة الثانية بالنسبة للذكور بنسبة ٢٣,٤%. (انظر الشكل رقم ٢٣)



شكل رقم (٢٣)

العلاقة بين مصادر حصول بعض المبحوثين على المعلومات الصحية ومتغير النوع

وفيما يتعلق بالعلاقة بين تلك المصادر والسن، فقد تبين أن الفئة العمرية من (٤٠ إلى أقل من ٥٠) أكثر الفئات الذي يعد الطبيب المعالج المصدر الأول بالنسبة لهم للمعلومات الصحية بنسبة ٥٠%، تليها الفئة العمرية من (٧٠ سنة فأكثر) بنسبة ٤٨,١%. أما بالنسبة للإنترنت، فتبين أن الفئة العمرية من (٥٠ سنة إلى أقل من ٦٠) هي الفئة الأكثر استخداماً له كمصدر لتلك المعلومات، بنسبة ٣٢,٤%، تليها الفئة العمرية (من ٢٠ سنة إلى أقل من ٣٠) بنسبة ٢٨,٣%. أما الصيدلي فقد تبين أن أكثر الفئات العمرية اعتماداً عليه كمصدر للمعلومات الصحية، هي الفئة العمرية (من ٦٠ إلى أقل من ٧٠)، بنسبة ٢٠%، تليها الفئة العمرية (من ٤٠ سنة إلى أقل من ٥٠) بنسبة ١٥,٢%. ثم جاءت المصادر الأخرى بنسب أقل لدى أفراد العينة من الفئات العمرية المختلفة. (انظر الشكل رقم ٢٤).

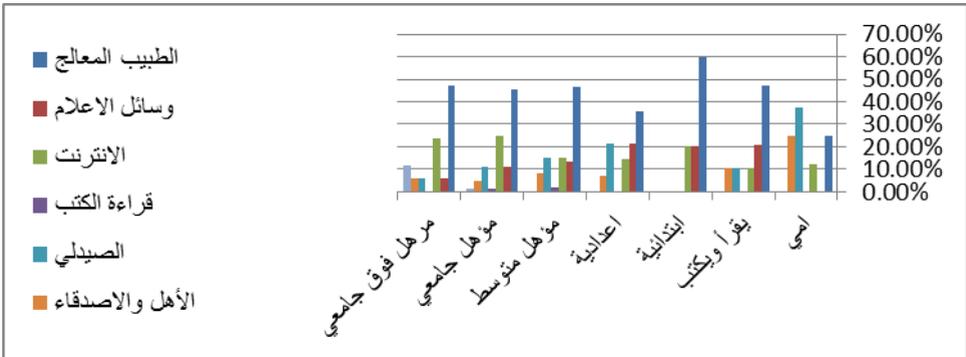


شكل رقم (٢٤)

العلاقة بين مصادر حصول بعض المبحوثين على المعلومات الصحية ومتغير العمر

توضح النتيجة السابقة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تلك المصادر والعمر.

وبالنسبة للعلاقة بين الحالة التعليمية، ومصادر الحصول على المعلومات الصحية، فنجد أن أكثر الفئات الذي يعد الطبيب مصدرهم الأول في المعلومات الصحية هم الحاصلون على الشهادة الابتدائية، وذلك بنسبة ٦٠%، يليهم فئة الذين يقرأون ويكتبون بنسبة ٤٧,٤%. أما فيما يتصل بالإنترنت، فتبين أن الفئات الأكثر تعليمًا هي الأكثر اعتمادًا عليه كمصدر لتلك المعلومات، حيث جاءت فئتا المؤهل الجامعي، وفوق الجامعي بأعلى نسب، وهي ٢٥%، و ٢٣,٥% على التوالي. وبالنسبة للصيدلي، فقد تبين أن الفئات الأقل تعليمًا هي الأكثر اعتمادًا عليه في هذا الأمر، حيث جاءت فئة الأميين بأعلى نسبة، وهي ٣٧,٥%، ثم يليها فئة الحاصلين على الشهادة الإعدادية بنسبة ٢١,٤%. (انظر الشكل رقم ٢٥).



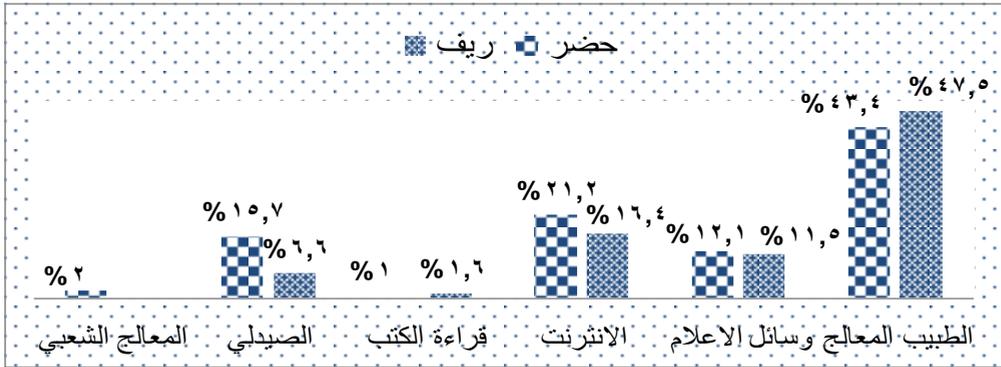
شكل رقم (٢٥)

العلاقة بين مصادر حصول بعض المبحوثين على المعلومات الصحية ومتغير الحالة التعليمية

وفيما يتصل بالعلاقة بين متغير محل إقامة (ريف- حضر) أفراد العينة، ومصدر الحصول على المعلومات الصحية، فنجد أن نسبة الريفيين الذين يرون أن الطبيب المعالج هو المصدر الأساسي لمعلوماتهم الصحية، أعلى من نسبة الحضريين حيث جاءت النسب ٤٧,٥%، و ٤٣,٤% على التوالي. وهذه النتيجة المتعلقة بالريفيين (من أفراد العينة) اختلفت عن النتيجة التي توصلت إليها دراسة أجريت حول: "المحددات الاجتماعية للوعي الصحي

في الريف المصري: دراسة ميدانية في إحدى قرى أسيوط" حيث أوضحت تلك الدراسة استمرار الكثير من الريفيين في استخدام الأدوية دون الرجوع للأطباء. (عبد التواب جابر أحمد محمد مكي: مرجع سابق).

وبالنسبة للإنترنت فوجد أن الحضرين أكثر اعتمادًا عليه من الريفيين، حيث جاءت النسب ٢١,٢%، و ١٦,٤% على التوالي. ثم جاءت المصادر الأخرى بنسب أقل بالنسبة لكل من الريفيين والحضرين من أفراد العينة. (انظر الشكل رقم ٢٦).



شكل رقم (٢٦)

العلاقة بين مصادر حصول بعض المبحوثين على المعلومات الصحية ومتغير محل الإقامة وإن دلت النتائج السابقة على شيء، فإنها تدل على زيادة ثقة مختلف فئات المجتمع بالطب الرسمي؛ كمصدر أساسي للمعلومات الصحية - حتى في الريف- ثم تأتي المصادر الأخرى لا تحمل دلالة إحصائية واضحة للعلاقة بين مصادر المعلومات الصحية، وخصائص أفراد العينة، فيما عدا مصدر الإنترنت الذي كشف عن خصائص مستخدميه، وهم الذكور - بنسبة قريبة إلى حد ما من الإناث- والشباب، والأكثر تعليمًا، والحضرين. وقد كشف أيضًا مسح أُجري حول الإنترنت كمصدر للمعلومات الصحية عن أن السيدات، والشباب، والأكثر تعليمًا هم الفئات الأكثر بحثًا عن المعلومات الصحية عبر الإنترنت. (Susan Koch Weser, et.al: 2010).

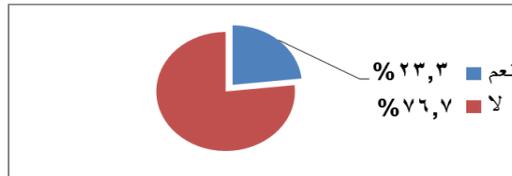
ب- مدى معرفة المبحوثين بقانون التأمين الصحي الشامل: سبقت الإشارة إلى ما نص عليه دستور عام ٢٠١٤ - المتعلق بالحق في الصحة- "بالتزام الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكه، أو إعفاءهم منه طبقاً لمعدلات دخولهم". وقد أُجريت دراسة بعنوان "مشروع التأمين الصحي الشامل في مصر"، والتي اعتبرت هذا المشروع من أهم المشروعات التي حلم بها المصريون خلال العقود الماضية. وقد كانت هناك تجارب لتحقيقه في عهد مبارك، إلا أنها باءت بالفشل؛ لافتقار التمويل، وإصدار الحكومة آنذاك - تحديداً عام ٢٠٠٧- قراراً بتحويل هيئة التأمين الصحي إلى شركة قابضة "أي تهدف للربح"، ولكن القضاء الإداري أصدر حكماً ببطلانه، وجاء في حيثيات الحكم: "أن كفالة الدولة للرعاية الصحية تحول دون أن يكون الحق في الصحة محلاً للاستثمار، أو المساومة، أو الاحتكار". ثم توالى المحاولات، وخاصة عقب ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١، حتى وافق البرلمان في نهاية ٢٠١٧ على هذا المشروع. وقد عرضت هذه الدراسة ما أثير من جدل وإشكاليات حول نصوص هذا المشروع، وخاصة المتعلقة بدفع المواطن جزءاً من تكلفة الحصول على الخدمة الصحية، بجانب قيمة الاشتراك الشهري في التأمين. (أمجد حمدي: ٢٠١٨، ص ١-٣، ص ٩).

ويبدو أن نظام التأمين الصحي يواجه عدة مشكلات ليس في مصر فقط، بل في العديد من الدول، حيث وجدت وكالة لسياسة الرعاية والبحث في الولايات المتحدة الأمريكية، أن ما يقرب من ١٣ مليون شخص - من بين ما يقرب من مليون أسرة - ذكروا أنهم واجهوا صعوبة أو تأخيراً في الحصول على الرعاية الطبية، أو لم يحصلوا على الرعاية التي يحتاجونها خلال عام ١٩٩٦، وقد أشار ١٩,٥% من هؤلاء أن السبب يعود إلى مشاكل التأمين مثل عدم وجود مساعدة من التأمين لنوع من الرعاية اللازمة، أو اللجوء إلى أطباء لا

يتعاملون مع التأمين في الدفع مقابل الرعاية. (عدلي محمود السمري، رولا عودة السوالفة: ٢٠١٥، ص ص ٥٢٠-٥٢١).

وهو ما اتضح - أيضاً- من خلال دراسة: "تأثير التأمين الصحي على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل" والتي قارنت بين "إندونيسيا، وناميبيا، وكوستاريكا، وغانا، وكولومبيا، والصين" من حيث الحالة الصحية. وكشفت النتائج أن هناك اختلافات مهمة بين هذه البلدان في الحالة الصحية، وخاصة اختلافهم في نسب إدماج المواطنين في التأمين الصحي، فأقلها ناميبيا وإندونيسيا والتي بلغت نسبتهما ٣٠%، و ٣٦% على التوالي، وأعلىها كولومبيا والصين، والتي بلغت نسبتهما ٨٠%، و ٩٠% على التوالي. كما أن البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل - محل الدراسة - لديها القدرة على تقديم نظام تأمين صحي واسع النطاق، ويحقق فوائد ملموسة للسكان، إذا ما عدل هذا النظام بصورة مستمرة للتكيف مع الظروف المتغيرة والتكنولوجيا. (Maria Luisa Escobar: 2010).

وفيما يتصل ما إذا كان أفراد العينة لديهم فكرة عن نظام التأمين الصحي الشامل الجديد، وهو ما يعد مؤشراً على مدى إلمامهم بالقضايا المتعلقة بصحتهم من ناحية، فضلاً عن محاولة التعرف على مدى إدماج المواطنين في القرارات الصحية، تطبيقاً لمفهوم "المواطنة الصحية" حتى وإن كان من خلال تسليط الضوء عليه إعلامياً، قبل إقراره قانونياً من خلال البرلمان. وقد أوضحت النتائج أن غالبية أفراد العينة، والتي بلغت نسبتهم ٧٦,٧% ليس لديهم فكرة عن نظام التأمين الصحي. (انظر الشكل رقم ٢٧).



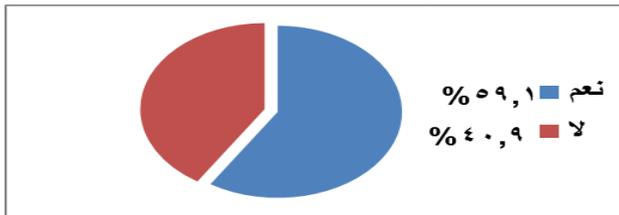
شكل رقم (٢٧)

آراء الباحثين حول ما إذا كان لديهم فكرة عن قانون التأمين الصحي الجديد

وتعكس النتيجة السابقة أنه قد تُتخذ قرارات بشأن القضايا الصحية، ولا يكون لدى نسبة كبيرة من أفراد المجتمع فكرة عنها، وقد يرجع ذلك إلى عدم اهتمام المواطنين أنفسهم من جانب، وعدم قيام المسؤولين بمحاولة إدماج هؤلاء المواطنين في القرارات المتعلقة بهذه القضايا من جانب آخر. وهو ما يتناقض مع ما أوضحتها دراسة "المشاركة التنظيرية في تعزيز الصحة" التي أشارت إلى أن القضايا الصحية تحتاج إلى مناقشة نشطة من جانب الأفراد، تتعلق ببيئتهم الاجتماعية، والسياسية للحصول على نتائج إيجابية قد تؤدي إلى العمل الجماعي في هذا المجال.

ج- مدى معرفة المبحوثين بحملة ١٠٠ مليون صحة " في بدايتها": أطلقت الدولة حملة؛ للقضاء على فيروس سي، والكشف عن الأمراض غير السارية مجاناً في ٣٠ سبتمبر ٢٠١٨، تحت شعار "١٠٠ مليون صحة"، وقد قُسمت مراحلها إلى ثلاث مراحل على محافظات مصر. وقد رُوِّج لها إعلامياً بشكل كبير، بل وحث المواطنين على أهمية التعاون مع هذه الحملة؛ من خلال تشجيع بعضهم البعض للمشاركة فيها.

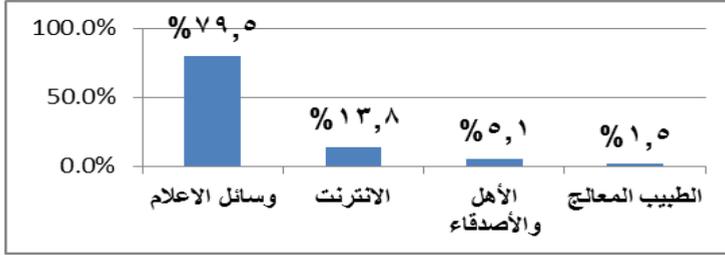
وفيما يتعلق ما إذا كان أفراد العينة قد سمعوا عن الحملة (١٠٠ مليون صحة) أم لا- مع مراعاة أن إجراء هذه الدراسة كانت في بداية الإعلان عن الحملة ولم تصل بعد إلى محافظة الجيزة "مجتمع الدراسة" - فقد أشارت النسبة الأكبر من المبحوثين وهي ٥٩,١% إلى أنهم قد سمعوا بالفعل عن هذه الحملة. (انظر الشكل رقم ٢٨).



شكل رقم (٢٨)

آراء المبحوثين حول ما إذا كان لديهم فكرة عن حملة ١٠٠ مليون صحة

وحول مصدر معرفة أفراد هذه العينة - الذين بلغت نسبتهم ٥٩,١% - بهذه الحملة، فقد احتلت وسائل الإعلام المرتبة الأولى بنسبة ٧٩,٥%، ثم جاءت المصادر الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٢٩).

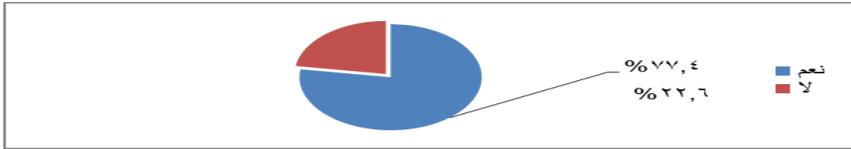


شكل رقم (٢٩)

آراء بعض المبحوثين حول مصدر معرفتهم بحملة ١٠٠ مليون صحة

وهو ما يعكس أهمية وسائل الإعلام في الترويج لمثل هذه الحملات، وخاصة للفئات غير مستخدمي الإنترنت.

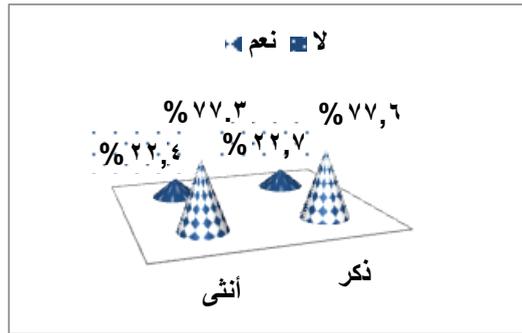
وفيما يتعلق بمدى حرص هؤلاء المبحوثين على المشاركة في هذه الحملة، فقد أشار أغلبيتهم إلى أنهم سوف يشاركون فيها، وقد بلغت نسبتهم ٧٧,٤%. (انظر الشكل رقم ٣٠) وهو ما يعني أن هذه الحملات تلقى استجابة بالفعل، وخاصة أنها مجانية، أي في متناول جميع فئات المجتمع.



شكل رقم (٣٠)

آراء بعض المبحوثين حول ما إذا كانوا حريصين على المشاركة في هذه الحملة

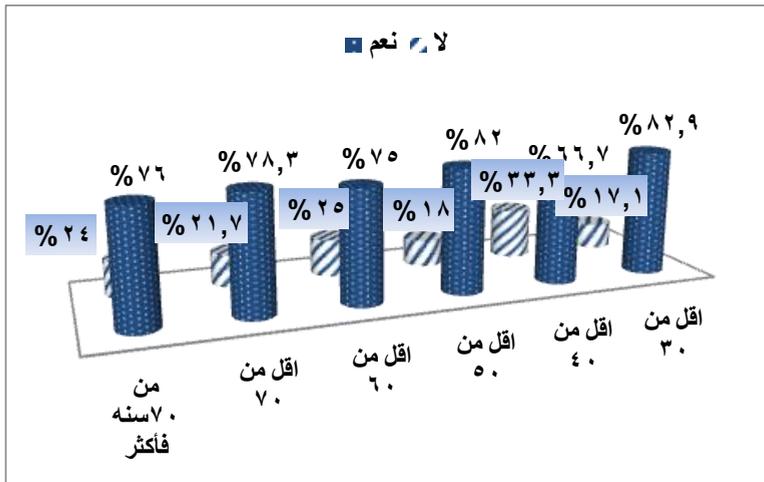
بالنسبة لسعات أفراد العينة- الذين كانوا على معرفة بهذه الحملة- الأكثر حرصاً على المشاركة في هذه الحملة. فقد تبين أنه ليس هناك اختلاف بين الذكور والإناث، فيما يتعلق بالحرص على المشاركة في هذه الحملة؛ حيث بلغت نسبة الإناث ٧٧,٦%، مقابل نسبة ٧٧,٣% للذكور. (انظر الشكل رقم ٣١).



الشكل رقم (٣١)

العلاقة بين ما إذا كان بعض المبحوثين حريصين على المشاركة في هذه الحملة ومتغير النوع

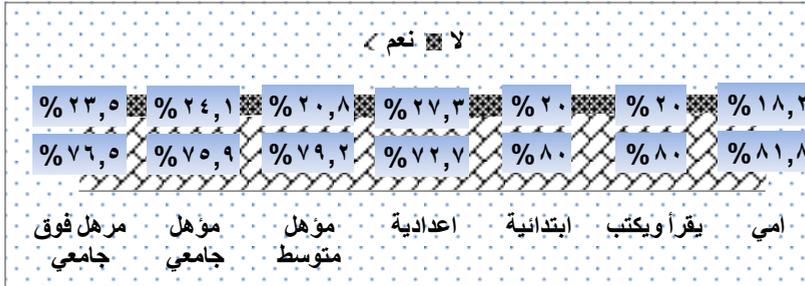
أما بالنسبة للسن، فقد اتضح أن فئة الشباب من (٢٠ سنة إلى أقل من ٣٠) أكثر الفئات العمرية حرصًا على المشاركة بنسبة ٩٠.٨٢%، تليها الفئة الأكبر عمرًا من (٣٠ سنة إلى أقل من ٤٠) بنسبة ٨٢%، ثم جاءت الفئات العمرية الأخرى بنسب أقل إلى حد ما. (انظر الشكل رقم ٣٢).



شكل رقم (٣٢)

العلاقة بين ما إذا كان بعض المبحوثين حريصين على المشاركة في هذه الحملة ومتغير العمر

وبالنسبة لمتغير الحالة التعليمية، فقد أوضحت النتائج أن أفراد العينة الأقل حظاً في التعليم، (الأميين، الملمين بالقراءة والكتابة، والحاصلين على الشهادة الابتدائية، هم الأكثر حرصاً على المشاركة في هذه الحملة، حيث بلغت نسبتهم على التوالي ٨١,٨% للأميين، و ٨٠% للذين يقرأون ويكتبون، والحاصلين على الشهادة الابتدائية. (انظر الشكل رقم ٣٣).

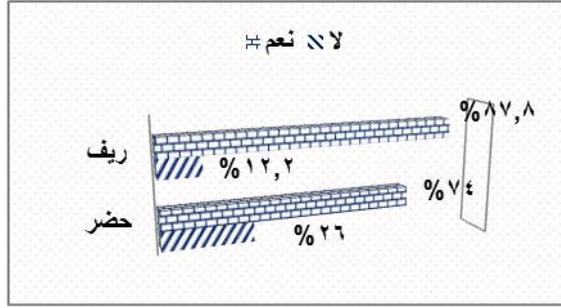


الشكل رقم (٣٣)

العلاقة بين ما إذا كان بعض المبحوثين حريصين على المشاركة في هذه الحملة ومتغير الحالة التعليمية

وربما ترجع هذه النتائج المتعلقة (بالعينة الأقل حظاً في التعليم، والريفيين الأكثر حرصاً على المشاركة في هذه الحملة) إلى أن هذه الحملة سلط الضوء عليها إعلامياً بشكل ملحوظ، ولعل تلك الفئات الأكثر تأثراً بالإعلام.

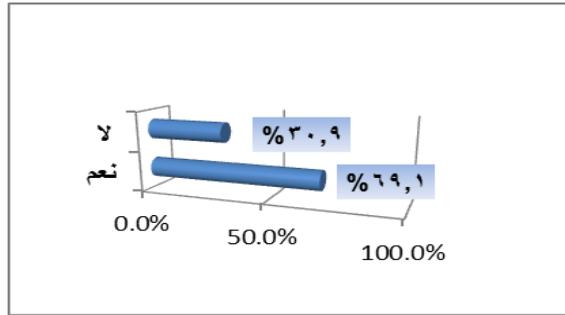
وفيما يتصل بمحل الإقامة، فقد تبين أن الريفيين (من أفراد العينة) أكثر حرصاً من الحضرين (من أفراد العينة) على المشاركة في هذه الحملة، حيث بلغت نسبتهم ٨٧,٨%، و ٧٤% على التوالي. وهو ما يعني ارتفاع وعي الريفيين فيما يتعلق بالحملات الصحية، وأهمية الحرص على المشاركة فيها. (انظر الشكل رقم ٣٤).



شكل رقم (٣٤)

العلاقة بين ما إذا كان بعض المبحوثين حريصين على المشاركة في هذه الحملة ومتغير محل الإقامة

د- مدى معرفة المبحوثين بخطورة بعض الأدوية: أوضحت النتائج أن النسبة الأكبر أفراد العينة بنسبة ٦٩,١% يرون أنه ليست هناك توعية كافية بالأدوية التي ثبت علمياً خطورتها، مقابل نسبة ٣٠,٩% لا يرون ذلك. (انظر الشكل رقم ٣٥)

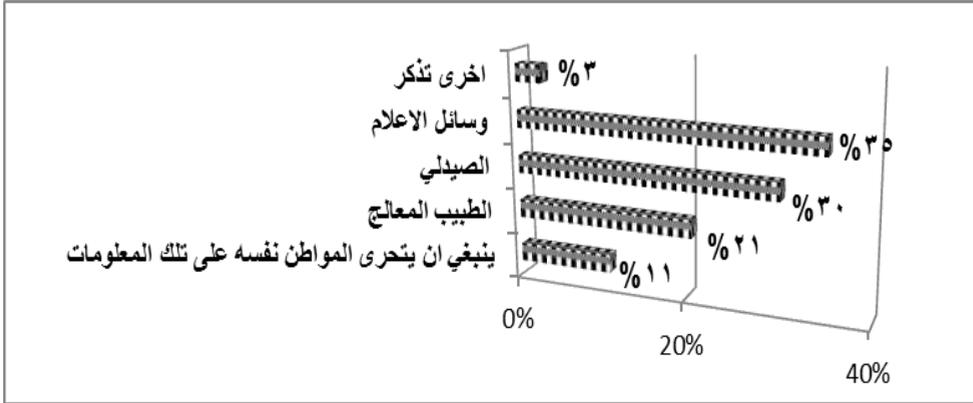


الشكل رقم (٣٥)

آراء المبحوثين حول ما إذا كان هناك توعية كافية بالأدوية التي ثبت علمياً خطورتها على الصحة

وفيما يتعلق برأي أفراد العينة فيما يتصل بالأطراف التي يمكن أن تتحمل المسؤولية بشكل أساسي في عدم معرفة تلك الأدوية، فقد أوضح أفراد هذه العينة- الذين ذهبوا إلى أنه ليس هناك توعية بهذه القضية - أن وسائل الإعلام الطرف الأول المسئول عن عدم معرفة تلك الأدوية، وذلك بنسبة

٣٥,١%، يليه الصيدلي في المرتبة الثانية بنسبة ٣٠,٣%، ثم جاءت الأطراف الأخرى بنسب أقل. وأخيراً أشير من خلال بند "أخرى تذكر" إلى ضرورة تحمل المؤسسات المختلفة التي ينتمي إليها المواطن هذه المسؤولية؛ كمؤسسة العمل. (انظر الشكل رقم ٣٦)



الشكل رقم (٣٦) آراء المبحوثين حول الأطراف يمكن أن يلقي عليها اللوم بشكل أساسي في عدم معرفة تلك الأدوية

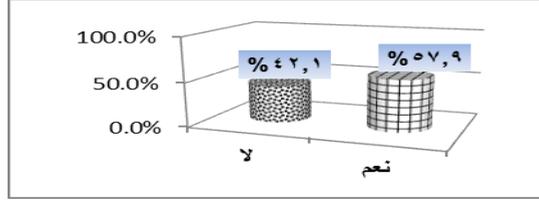
وتتفق النتيجة السابقة، مع نتيجة دراسة "التمثيل الاجتماعي للمواطنة من خلال المرضى" والتي أجريت في البرازيل، وقد أكدت ضرورة مساهمة وسائل الإعلام في نشر المعرفة المتعلقة بالأدوية، من منطلق أن المعرفة الطبية مدخل لا غنى عنه للصحة العامة، كما يعزز من مشاركة المواطنين في عملية الرعاية الصحية.

٤- قبول الخدمة الصحية في المجتمع

سوف يُوضَّح مدى قبول الخدمة الصحية في المجتمع، من ناحية مدى اتفاقها مع الأخلاق الطبية تحديداً. ويمكن الإشارة - بشكل مختصر - هنا إلى بعض الأخلاق الطبية، كاحترام الطبيب للمرضى، ومعاملتهم على قدم المساواة، فضلاً عن احترام حق المريض في أخذ القرار بشأن وسائل علاجه. (جمعية الطب العالمية: الأخلاقيات الطبية: ٢٠٠٥، ص ١٦، ص ١٨).

وسيركِّز على معرفة العلاقة بين مدى قبول الخدمة الصحية، ومحل

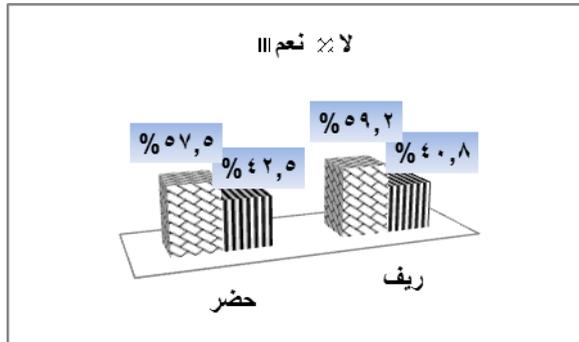
الإقامة (ريف أو حضر) على اعتبار ما أوضحته العديد من الدراسات السابقة حول الاختلاف بينهما في طريقة تقديم هذه الخدمة، وفقاً لاختلاف ثقافتهما. وقد أوضحت النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد العينة يرون أن طريقة تقديم هذه الخدمة ملائمة مع الأخلاق الطبية، وبلغت نسبتهم ٥٧,٩%، مقابل نسبة ٤٢,١% لا يرون ذلك. (انظر الشكل رقم ٣٧)



الشكل رقم (٣٧)

آراء المبحوثين حول ما إذا كانت الخدمة الصحية المقدمة في مجتمعهم تتناسب مع الأخلاق الطبية

وفيما يتعلق بالعلاقة بين مدى قبول الخدمة الصحية في المجتمع، والانتماء الجغرافي (ريف وحضر)، فقد تبين أن نسبة أفراد العينة من الريف الذين يرون أن هذه الخدمة تتفق مع الأخلاق الطبية، والتي بلغت ٥,٢% أعلى - إلى حد ما- من نسبة أفراد العينة من الحضر الذين ذهبوا إلى هذا الأمر، وقد بلغت نسبتهم ٥٧,٥%. (انظر الشكل رقم ٣٨).

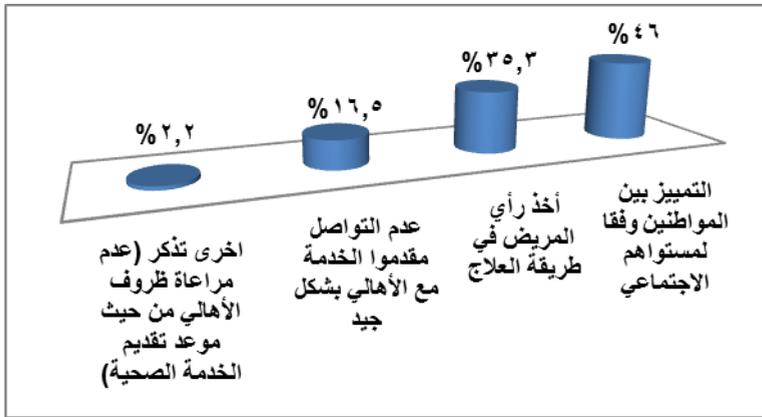


الشكل رقم (٣٨)

العلاقة بين ما إذا كانت الخدمة الصحية المقدمة في مجتمع المبحوثين تتناسب مع الأخلاق الطبية ومتغير محل الإقامة

وتعكس هذه النتيجة رضا أفراد العينة من الريفيين عن الخدمة الصحية المقدمة إليهم من ناحية هذه القضية.

وحول أسباب عدم ملائمة الخدمة الصحية مع الأخلاق الطبية من وجهة نظر أفراد هذه العينة - الذين بلغت نسبتهم ٤٢,١% - فقد اتضح أن السبب الأول التمييز بين المواطنين في تلقي الخدمة الصحية وفقاً لمستواهم الاجتماعي بنسبة ٤٦%، أما السبب الثاني فهو يرجع إلى عدم احترام حق المريض في أخذ القرار بشأن وسائل علاجه، بنسبة ٣٥,٣%، ثم جاء السببان الآخزان بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٣٩).



الشكل رقم (٣٩)

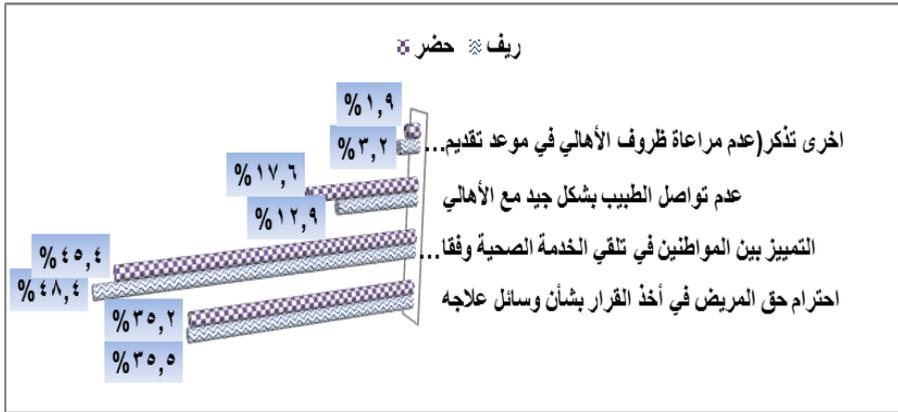
آراء بعض المبحوثين حول أسباب عدم ملائمة الخدمة الصحية المقدمة في مجتمعهم مع الأخلاق الطبية

وتؤكد النتيجة السابقة على ما سبق الإشارة إليه حول غياب دعائمين من دعائم المواطنة الصحية، والأخلاق الطبية أيضاً، وهما: المساواة بين المواطنين في تلقي الخدمة الصحية بصرف النظر عن مستواهم الاجتماعي، ومشاركة المواطنين في طريقة علاجهم بشكل أو بآخر.

وبالنسبة لأسباب عدم ملائمة هذه الخدمة مع أفراد هذه العينة من الريفيين والحضرين فنجد أنه قد تبين أن السبب الأول، وهو التمييز بين المواطنين في تلقي الخدمة الصحية وفقاً لمستواهم الاجتماعي جاء لدى

الريفيين من أفراد العينة بنسبة ٤٨,٤%، وهي أعلى من نسبة أفراد العينة من الحضريين التي بلغت ٤٥,٤%. وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة "الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية" والتي أوضحت أن أطباء المستشفيات الحضرية أكثر فهماً وتعاطفاً مع جمهور المرضى الفقراء المترددين على الوحدات الصحية.

وفيما يتعلق بالسبب الثاني المتمثل في عدم احترام حق المريض في أخذ القرار بشأن وسائل علاجه، فقد جاء بنسب متقاربة لدى كل من الريفيين والحضريين من أفراد العينة وهي ٣٥,٥%، و ٣٥,٢% على التوالي، أي أن هذا السبب قائم في كل من الريف والحضر من وجهة نظر هؤلاء المبحوثين. أما بالنسبة لعدم تواصل الطبيب بشكل جيد مع الأهالي بشكل عام، فقد جاء بنسبة ١٧,٦% للحضريين من أفراد العينة، وهي أعلى من نسبة الريفيين من أفراد العينة والتي بلغت ٩,١٢%. (انظر الشكل رقم ٤٠).



الشكل رقم (٤٠)

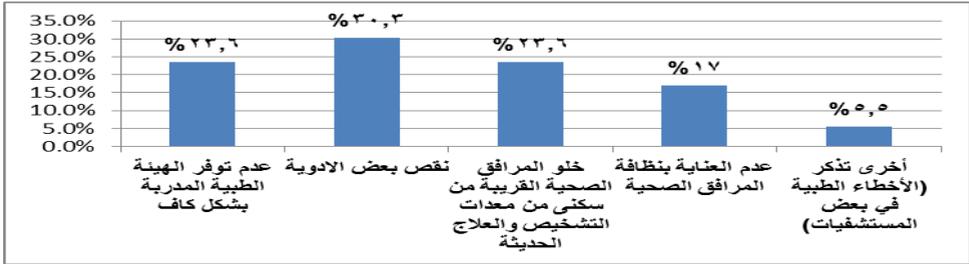
العلاقة بين أسباب عدم ملائمة الخدمة الصحية المقدمة في مجتمع بعض المبحوثين مع الأخلاق الطبية ومتغير محل الإقامة

٥- جودة الخدمة الصحية

من ضمن المؤشرات المتعلقة بأسس الحق في الصحة، جودة الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين، وقد سبق الإشارة إلى أن هناك تداخلاً واضحاً بين

تلك الأسس، حيث إن ما أوضحتها النتائج حول توافر الخدمة الصحية، وإمكانية الوصول إلى معلومات بشأنها، وكذلك مدى قبولها في المجتمع - من حيث اتفاقها مع الأخلاقيات الطبية - يمكن أن يُدرج تحت بند جودة الخدمة الصحية، ومن ثم سيُطرح هنا سؤال مباشر عن أكثر المشكلات التي قد تواجه أفراد العينة، ومن شأنها أن تؤثر سلباً على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم.

وقد أوضحت النتائج أنه جاء في المرتبة الأولى نقص بعض الأدوية بنسبة ٣٠,٣% من إجمالي أفراد العينة، ثم جاء في المرتبة الثانية بنسبة متساوية وهي ٢٣,٦% لمشكلتين هما: عدم توافر الهيئة الطبية المدربة بشكل كاف، وخلو المرافق الصحية القريبة من سكن الباحثين من معدات التشخيص والعلاج الحديثة. وهذه المشكلات قد طُرحت من قِبل العاملين بالخدمة الصحية أنفسهم، كما ذكرت بعض الدراسات السابقة، فضلاً عما تم توضيحه من مشكلات متعلقة بالتمويل وتقديم الخدمة في هذا المجال. ثم جاءت المشكلات الأخرى بنسب أقل. (انظر الشكل رقم ٤١).



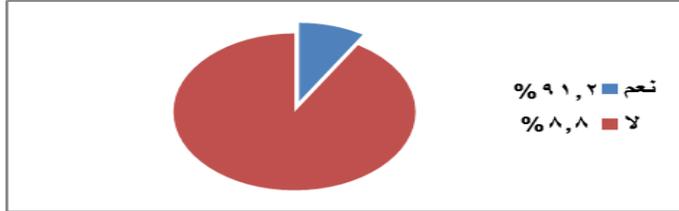
الشكل رقم (٤١)

آراء الباحثين حول أكثر المشكلات التي تواجههم وتؤثر سلباً على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم

وقد سبق أن أشار تقرير المنظمة المصرية لحقوق الإنسان عن الفترة من (٢٠٠٦ - ٢٠٠٩) إلى تفشي ظاهرة الإهمال الطبي، وعدم توافر الكوادر الطبية المؤهلة من أطباء وممرضين ومساعدين.

وفيما يتصل بردود أفعال الباحثين حيال تلك المشكلات، وما إذا كانوا

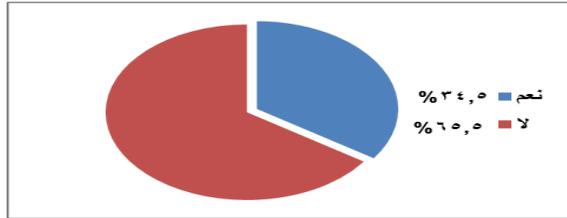
قد تقدموا بشكوى للجهات المعنية بشأنها أم لا، فقد أوضحت النتائج أن معظم أفراد العينة لم يتقدموا بشكوى، وقد بلغت نسبتهم ٩١,٢%، مقابل نسبة ٨,٨% قد فعلوا ذلك. (انظر الشكل رقم ٤٢).



الشكل رقم (٤٢)

آراء المبحوثين حول ما إذا كانوا قد تقدموا بشكوى للجهات المعنية بسبب مشكلة من المشكلات السابق ذكرها

كما تبين أن تلك النسبة القليلة الذين تقدموا بشكوى حيال إحدى تلك المشكلات، لم يُسْتَجَبَ لشكوى معظمهم، وقد بلغت نسبتهم ٦٥,٥%، مقابل نسبة ٣٤,٥% أُسْتُجِبَ لشكواهم. (انظر الشكل رقم ٤٣)



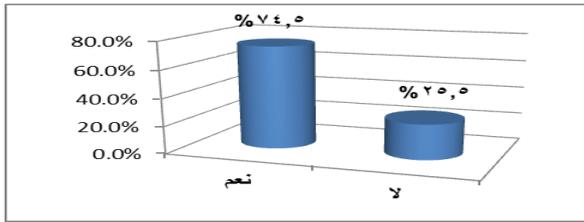
الشكل رقم (٤٣)

آراء بعض المبحوثين حول ما إذا كان قد أُسْتُجِبَ لشكواهم

ولعل هذه النتيجة تعد إجابة عن التساؤل المتعلق بالسبب الأساسي لعدم تقديم معظم أفراد العينة - وبلغت نسبتهم ٩١,٢% - لشكوى حيال ما يواجهونه من مشكلات في المجال الصحي، وهو عدم الاستجابة لمعظم تلك الشكاوي. وهذا يرجع أيضًا لعدم تفعيل مشاركة المواطنين في تعزيز الصحة (المواطنة الصحية) من جانب المسؤولين في المجال الصحي.

- واجبات المواطن تجاه الرعاية الصحية

وإذا كانت الدراسة الراهنة استهدفت في المقام الأول التعرف على مدى حصول المواطنين- من أفراد العينة- على حقوقهم الصحية، فقد طُرحت قضية مدى اعتقادهم في أن عليهم واجبات تجاه توافر الرعاية الصحية الجيدة. وقد أوضحت النتائج أن النسبة الأكبر من إجمالي أفراد العينة، والتي بلغت ٧٤,٥% يعتقدون أن عليهم واجبات مثلما لهم حقوق فيما يتعلق بالرعاية الصحية، مقابل نسبة ٢٥,٥% لا يؤيدون ذلك. (انظر الشكل رقم ٤٤).



الشكل رقم (٤٤)

آراء المبحوثين حول ما إذا كانوا يعتقدون أنه مثلما لهم الحق في الصحة عليهم واجبات يجب أن يقوموا بها

وفيما يتصل بطبيعة الواجبات التي يرى أفراد هذه العينة- الذين ذهبوا أن عليهم واجبات تجاه الرعاية الصحية- أنها تقع على عاتقهم، فجاءت متنوعة إلى حد كبير، لذا يمكن تصنيفها على النحو التالي:

أ- الابتعاد عن الممارسات الخاطئة التي تسبب تلوث البيئة - بأنواعه المختلفة، وبالتالي انتشار الأمراض (كالتدخين، وإلقاء القمامة والمخلفات في الشوارع).

ب- ضرورة احترام القوانين بشكل عام، والتي تنعكس على مدى جودة الخدمة الصحية المقدمة (كدفع الضرائب، والالتزام بكافة التعليمات المقدمة من وزارة الصحة، والالتزام بالتعليمات داخل المرافق الصحية، والمحافظة على نظافتها، والتعامل الحسن مع الهيئة الطبية، وعدم التعدي على العاملين في المرافق الصحية بشكل لفظي أو جسدي، وعدم تشجيع الفساد داخل المرافق

الصحية "من خلال دفع الرشاوى" كما ذكر أحد المبحوثين).

ج- المشاركة في التوعية الصحية (كتشجيع المشاركة في الحملات الصحية، ونشر الوعي بأهمية الحفاظ على الصحة "كالكشف الدوري، وممارسة الرياضة، والالتزام بالتغذية السليمة، والحفاظ على النظافة الشخصية، والالتزام بتعليمات الطبيب في طريقة تناول الأدوية والعلاج، والحفاظ على تعليمات الوقاية، وذلك من منطلق أن الوقاية خير من العلاج"، ونشر الوعي بأهمية مساعدة الجهات الصحية من خلال التبرع بالدم، والمال لشراء المعدات والأجهزة الطبية الحديثة عند الحاجة).

د- إلمام المواطنين بالمعلومات والحقائق الصحية، حيث ذكر أحد المبحوثين: "أنه يجب تعزيز مفهوم الثقافة الصحية، فلا يمكن تحقيق أهداف الصحة العامة في أي مجتمع دون المشاركة الإيجابية من الأفراد"، كما أضاف مبحث آخر: "من الواجب على كل المواطنين التعاون مع الأطباء من خلال تقديم كل المعلومات التي يحتاجونها عن حالتهم الصحية". وهو ما يعبر عن مضمون مفهوم المواطنة الصحية.

خاتمة: استخلاص النتائج

يمكن القول - بشكل عام- أن هناك فجوة ما بين ما ورد حول الحق في الصحة في المواثيق الدولية والدستور المصري، وبين الممارسات المجتمعية (وخاصة المتعلقة بدور الدولة تجاه الرعاية الصحية لمواطنيها)، وهو ما يمكن إجماله في ضوء أسس الحق في الصحة على النحو التالي:-

- كشفت النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد العينة ترى أن المرافق الصحية متوفرة، سواء في الريف أو الحضر (في مجتمع الدراسة)، وإن كان الأمر لا يخلو من عدة مشكلات متعلقة بمؤشر مدى توافر الأدوات اللازمة للعلاج المرهونة بالوضع الطبقي للمواطنين (من أفراد العينة)، كالكوادر الطبية الماهرة، والأجهزة الطبية الحديثة التي تحظى بها المستشفيات

الخاصة- إلى حد كبير - (المرفق الصحي الأساسي لأفراد الطبقة العليا)، وتعاني من نقصها المستشفيات الحكومية(المرفق الصحي الأول لأفراد الطبقتين الوسطى والدنيا).

- أوضحت النتائج المتعلقة بمؤشر إمكانية الوصول إلى المعلومات الصحية، أن هناك مصادر متعددة، ومتاحة للنسبة الأكبر للمواطنين (من أفراد العينة) للحصول على معلومات حول أسس الرعاية الصحية، حيث أُلقت ثورة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات بظلالها على هذا المؤشر، ليصبح الإنترنت من المصادر الأساسية لتلك المعلومات، (بجانب الطبيب المعالج، والصيدلي).

- تبين من النتائج أن هناك عدة قضايا صحية يغفل عنها النسبة الأكبر من المواطنين (من أفراد العينة)؛ كقانون التأمين الصحي الشامل الجديد، والأدوية التي ثبت علمياً خطورتها على الصحة، حيث لم تُطرح هذه القضايا إعلامياً بشكل كاف.

وهو ما يعني أنه ليس هناك إدماج للمواطنين في بعض القضايا الصحية على النحو المنشود، وفقاً لمفهوم المواطنة الصحية. ومن ناحية أخرى، برز أثر اهتمام الدولة بالحملات الصحية- كتسليط الضوء إعلامياً على حملة ١٠٠ مليون صحة- على الاستجابة واسعة النطاق من جانب المواطنين - بشكل عام- لهذه الحملات المجانية.

- عكست النتائج المتعلقة بمدى قبول الخدمة الصحية، تحديداً بالنسبة لمدى انفاقها مع الأخلاق الطبية، قضية تسليع الصحة. فعلى الرغم من أن النسبة الأكبر من أفراد العينة قد أيدت مراعاة مقدمي الخدمة الصحية للأخلاق الطبية (سواء في الريف أو الحضر)، إلا أن هذه النسبة لم تتجاوز ٥٨% من إجمالي أفراد العينة، وفي المقابل ذهب ٤٢,١% لم يؤيدوا هذا الأمر، ويرجع السبب الأول في ذلك إلى التمييز بين المواطنين في تقديم الخدمة، وفقاً لمستواهم الاجتماعي، أي بات تقديم الخدمة

الصحية الجيدة معتمداً - إلى حد كبير - على قدرة المواطن على دفع مقابل هذه الخدمة. وهو ما كشفت عنه نتائج العديد من الدراسات، والمقولات النظرية السابقة أيضاً، أي يمكن اعتبار هذه المشكلة الأخلاقية مشكلة عالمية، أسفرت عنها متغيرات عديدة خارجية وداخلية متعلقة - بشكل أساسي - بنسبة الإنفاق على الصحة من ميزانية الدول.

- جاءت النتائج المتعلقة بمؤشر جودة الخدمة الصحية بمثابة استخلاص لأهم المشكلات التي تواجه الخدمة الصحية، كنقص بعض الأدوية (وهي مشكلة واجهت النسبة الأكبر من أفراد العينة من مختلف الطبقات)، فضلاً عن المشكلات الأخرى التي سبق ذكرها، وعلى الرغم من ذلك، فلم يتقدم أغلبية أفراد العينة بأي شكوى للمسؤولين المعنيين حيال مواجهتهم لإحدى هذه المشكلات، حتى من تقدم من النسبة القليلة الأخرى لم يُسْتَجَبَ لمعظم شكاوهم.

- أوضحت النتائج أن النسبة الأكبر من أفراد العينة لديهم وعي بأن هناك مشكلات صحية ينبغي التغلب عليها من خلالهم كمواطنين في المجتمع، وليس فقط من خلال المسؤولين في هذا المجال، وكذلك من اللافت للانتباه هنا وعي بعضهم بمضمون مفهوم "المواطنة الصحية" كما أُشير إليه سابقاً، إلا أنه أُعتبر من وجهة نظرهم، من الواجبات التي ينبغي أن تقع على عاتق المواطنين، وليس فقط حقاً من حقوقهم الصحية.

أولاً: المراجع العربية

١. ابن منظور: لسان العرب، القاهرة، دار المعارف، د.ت.
٢. إسماعيل، ممدوح مصطفى: تقييم السياسات العامة كآلية لتطوير استطلاعات الرأي العام: دراسة حالة السياسات الصحية في مصر (في): مؤتمر القاهرة الدولي حول الرأي العام ٦-٨ فبراير ٢٠٠٧، القاهرة، مجلس الوزراء- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، ٢٠٠٧.
٣. بدير، نوار: الحق في الصحة، جامعة بيرزيت، كلية الحقوق والإدارة العامة، ٢٠١٨.
٤. جاد الرب، حسام الدين: معجم مصطلحات التنمية البشرية، ط١ القاهرة، روافد للنشر والتوزيع، ٢٠١١.
٥. جليبي، على عبد الرازق: الاندماج الاجتماعي والمواطنة النشطة مصر بعد ثورة ٢٥ يناير نموذجاً، المؤتمر السنوي الثاني للعلوم الاجتماعية والإنسانية، الدوحة، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، ٢٠١٣.
٦. جمعية الطب العالمية: الأخلاقيات الطبية، جمعية الطب العالمية، ٢٠٠٥.
٧. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: مصر في أرقام ٢٠١٨، القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، مارس ٢٠١٨.
٨. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: مصر في أرقام ٢٠١٩، القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، مارس ٢٠١٩.
٩. حافظ، حنان محمد: مفهوم حقوق الإنسان والتنمية البشرية في مصر: دراسة مقارنة للمجلس القومي لحقوق الإنسان والمنظمة المصرية لحقوق الإنسان، المجلة العربية لعلم الاجتماع، العدد الثامن، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة القاهرة، يوليو ٢٠١١.
١٠. _____: مفهوم المواطنة والبدو في مصر: قبائل أولاد علي

- نموذجاً، مجلة كلية الآداب، جامعة القاهرة، مجلد (٧٢)، العدد (١)، يناير ٢٠١٢.
١١. حجازي، أحمد مجدي: المواطنة بين الوعي الثقافي والمعايير العالمية، مجلة الديمقراطية، العدد ٣٥، يوليو ٢٠٠٩.
١٢. حمدي، أمجد: مشروع التأمين الصحي الشامل في مصر، القاهرة، المعهد المصري للدراسات، ٢٠١٨.
١٣. دونللي، جاك: حقوق الإنسان العالمية: بين النظرية والتطبيق، (ترجمة) مبارك علي عثمان، سلسلة العلوم الاجتماعية، القاهرة، مكتبة الأسرة، (٢٠٠٦).
١٤. زايد، أحمد: المواطنة والمسئولية الاجتماعية: مدخل نظري، مؤتمر: المسئولية الاجتماعية والمواطنة ١٦- ١٩ مايو ٢٠٠٩، المجلد الأول، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠١٠.
١٥. الرواشدة، فراس محمد والصمادي و زياد، محمد: تقييم مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين من التأمين الصحي في الأردن، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، مج ٦، ع ٤، ٢٠١٠.
١٦. سكوت، جون ومارشال، جوردون: موسوعة علم الاجتماع، (ترجمة) محمد الجوهري وآخرون، المجلد الثاني، القاهرة، المركز القومي للترجمة، ٢٠١١.
١٧. _____: موسوعة علم الاجتماع، (ترجمة) محمد الجوهري وآخرون، المجلد الثالث، القاهرة، المركز القومي للترجمة، ٢٠١١.
١٨. السمري، عدلي محمود والسوالقة، رولا عودة: علم الاجتماع الاكلينيكي: المجالات - المستويات - الأدوات - المداخل، عمان، دار المسيرة، ٢٠١٥.

١٩. سميث، شارلوت سيمور: موسوعة علم الإنسان: المفاهيم والمصطلحات الأثنروبولوجية، (ترجمة) علياء شكري وآخرون، القاهرة المجلس الأعلى للثقافة، ١٩٩٢.

٢٠. عبد القادر، بركات أحمد: تقييم أداء الخدمات الصحية في المستشفيات العامة الليبية: دراسة نظرية ومقارنة على بعض المستشفيات العامة الليبية العامة بمدينة بنغازي، كلية الآداب والعلوم، ٨ع، أكتوبر ٢٠١٥.

٢١. عبد القادر، محمد نور الطاهر أحمد: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين: دراسة ميدانية على المستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، مج ١١، ع ٤، ٢٠١٥.

٢٢. عبد المنعم، نجوى محمود: نسق الخدمة الطبية في المجتمع المحلي: دراسة أنتروبولوجية في إحدى القرى المصرية، (في) محمد الجوهري، الصحة والمرض: وجهة نظر علم الاجتماع والأنتروبولوجيا، القاهرة، د.ن، ٢٠٠٥.

٢٣. العدوي، محمد أحمد علي: الأمن الإنساني ومنظومة حقوق الإنسان دراسة في المفاهيم... والعلاقات المتبادلة، (في) أحمد مجدي حجازي (محرر) المواطنة وحقوق الإنسان في ظل المتغيرات الدولية الراهنة، القاهرة، الدار المصرية السعودية، ٢٠١٠.

٢٤. عفيفي، صديق وعلى، ناصر: المواطنة: رؤية تربوية في عصر المعلوماتية، ط ١ القاهرة، مكتبة الآداب، ٢٠١٣.

٢٥. فاروق، عبد الخالق: الصحة وأحوال الفقراء في مصر: كم ينفق المصريون على الصحة، القاهرة، مكتبة الشرق الدولية، ٢٠١٣.

٢٦. كمال، حنان: المواطنة والإصلاح السياسي، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٣.

٢٧. المجلس القومي لحقوق الإنسان: الحق في الصحة، (محرر) رانيا توفيق، القاهرة، المجلس القومي لحقوق الإنسان، والوكالة الألمانية للتعاون الدولي، يوليو ٢٠١٨.

٢٨. المكاوي، على: الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية: دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٨.

٢٩. _____: علم الاجتماع الطبي والاتجاهات النظرية الحديثة، القاهرة، دن، ٢٠١٦.

٣٠. مكي، عبد التواب جابر أحمد محمد: المحددات الاجتماعية للوعي الصحي في الريف المصري: دراسة ميدانية بإحدى قرى محافظة أسيوط، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، العدد (٤٦)، يوليو ٢٠١٧.

٣١. منظمة الصحة العالمية: ٢٥ سؤالاً وجواباً عن الصحة وحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد ١، يوليو ٢٠٠٢.

٣٢. هيوود، أندرو: النظرية السياسية: مقدمة، (ترجمة) لبنى الريدي، القاهرة، المركز القومي للترجمة، ٢٠١٣.

٣٣. وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان: تحسين مستوى الخدمات الصحية في مصر: ورقة سياسات (مشروع: الاستعراض الدوري الشامل كأداة لتحسين السياسات العامة خلال المرحلة الانتقالية، القاهرة، ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان، ٢٠١٦.

المواقع الإلكترونية

— السلامة والصحة المهنية: <http://www.chi.edu.eg>

— الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

<http://www.escri-net.org>

- دستور مصر الصادر عام ٢٠١٤ (Constituteproject.org)
- منظمة الصحة العالمية: الحق في الصحة، ٢٠١٧
<http://www.who.int>

ثانياً: المراجع الأجنبية

1. Araujo De, Flavia Pacheco ،Southier,Marta·Ferreire Marcia De Assuncas: Social Representations of Citizenship by Inpatients: Implications for Hospital Care , Enferm,Vol 69, No 4,Brasilia, July- Aug 2016.
2. Bergeron,D. Caroline, et.el: Preferred Health Information Sources: An Examination of Vulnerable Middle- Aged and Old Women, Journal of Family Strengths, Vol 17,Issue 1, 2017.
3. Escobar, Mari Luisa· C. Griffin, Charles: The Impact of Health Insurance in Low and Middle Income Countries, Washington, Brooking Institution Press, 2010.
4. Groleau, Danilee: Embodying “Health Citizenship” in Health knowledge to Fight Health Inequalities , RevBras Enferm, Sep-Oct 2011.
5. Hegazy, Ahmed Magdi: Human Rights and Culture of Citizenship Critical View,Journal of Social Science and Development Research, Faculty of Arts, Minia University, Vol (1), 2019.
6. Kmal Elden, Nesreen M. ، Rizk, Hoda Ibrahim· Wahby Ghada: Improving Health System in Egypt: Perspectives of Physicias The Egyptian Journal of Community Medicaine Department of Puplic Health and Community Medicine , Cairo University , Vol 34, No 1 , January 2016.
7. Lysaht, Margaret: Your Wealth Is Your Health: A Study of The Commodification of Health Services in Ireland , Critical Social Thinking Policy and Practice , University College Cork, Vol (1), 2009.
8. Marent, Benjamin· Rudolf , Forster· Nwoak, Pter: Theorizing Participation in Health Promotion: A Literature Review: School of Applied Social Science, University of Brighten, 2012. <http://www.Palgrave – Journal.com>

9. Matos, Ana Roquel ,Serapioni, Mauro: The Challenge of Citizens' Participation in Health System in Southern Europe: A Literature Review , Rgvisae Review, 2017.
10. Sitta ,Alessandra :The Role of The Right to Development in The Human Rights, Frame work for Development .
11. Turner, S.Brayn: Citizenship, Rights, and Health Care , Oxford University Press, 2005.
12. Weser,Susan Koch, et.el: The Internet as A Health Information Source: Findings from The 2007 Health Information National Trend Survey and Implications for Health Communication: International Perspectives, Journal of Health Communication, Vol 15, December 2010.