

تداعيات جائحة كورونا على العدالة الاجتماعية داخل المجتمع المصري
(الرعاية الصحية نموذجًا)

دراسة ميدانية مقارنة على شرائح اجتماعية مختلفة بمدينتي طنطا والمنيا

إعداد

د/ مشيرة محمد حسن العشري (*)

د/ حنان محمد عاطف كشك (*)

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الراهنة إلى الوقوف على العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية وخاصةً بعد تفشي جائحة كورونا، وما إذا كانت جائحة كورونا قد تسببت في زيادة التفاوتات الصحية وإضافة المزيد من الأعباء على الفقراء والضعفاء والمهمشين في المجتمع واستبعادهم خارج نطاق الحماية الاجتماعية. وتنتمي الدراسة الراهنة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية، واعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة، كما اعتمدت على استمارة الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات، وقد تم اختيار عينة عمدية ممن أصيبوا بفيروس كورونا من شرائح مختلفة من الطبقة الوسطى، وشرائح من الطبقة الدنيا من العمالة غير المنتظمة، وبلغ حجم العينة الإجمالي (٢٣٤) مفردة.

وقد توصلت الدراسة إلى انخفاض الرعاية الصحية المقدمة للشرائح الدنيا في المستشفيات الحكومية بالإضافة إلى عدم وجود عدالة في تقديم الخدمات الطبية في المستشفيات الحكومية بين الطبقات الغنية والفقيرة. كما كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن مواجهة معظم شرائح الطبقة الدنيا للكثير من الصعوبات لدخول مستشفيات العزل الصحي، بالمقارنة بشرائح الطبقة الوسطى. بالإضافة إلى اختلاف خدمات التأمين الصحي المقدمة باختلاف المستوى المهني والطبقي، كما أثرت جائحة كورونا على شرائح الطبقة الدنيا من الناحية الاقتصادية بشكل كبير بالمقارنة بشرائح الطبقة الوسطى، وذلك من خلال تسريح العديد من العمالة غير المنتظمة من أعمالهم، لذا أوصت الدراسة بضرورة تقديم خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية للجميع بدون تحيزات على أساس الدخل أو المهنة.

الكلمات المفتاحية: جائحة كورونا، العدالة الاجتماعية، الرعاية الصحية، الحماية الاجتماعية.

(*) د/ حنان محمد عاطف كشك : أستاذ مساعد بكلية الآداب - جامعة المنيا .

(*) د/ مشيرة محمد حسن العشري : أستاذ مساعد بكلية الآداب - جامعة دمياط.

مقدمة الدراسة:

أعلنت منظمة الصحة العالمية في نهاية ديسمبر ٢٠١٩، ظهور فيروس كورونا المستجد في الصين، ثم أخذ في الانتشار في باقي أنحاء العالم مثل الولايات المتحدة الأمريكية، وإيطاليا، وأسبانيا، وفرنسا، وألمانيا، وإنجلترا، وروسيا، والهند وتركيا وإيران، والإمارات، والكويت، وغيرها من الدول العربية والأجنبية وصولاً إلى مصر. (الصفحة الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، فيروس كورونا المستجد).

فأصبح العالم كله في اختبار حقيقي لمدى قدرته على مواجهة كارثة عصفت بجميع الدول كبيرة وصغيرة في آن واحد ، كما باتت تهدد حياة ومعيشة مئات الملايين من البشر وتندّر بأزمة اقتصادية كبيرة قد تستمر لسنوات عديدة ، بالإضافة إلى تداعياته الصحية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية أيضاً ، على الرغم من تحقيق البلدان العربية إنجازات ملموسة فيما يخص بعض أهداف التنمية المستدامة خلال العقدين السابقين ، وعلى الرغم من تأسيس اللجان الوطنية للحد من مخاطر الكوارث وإدارة الأزمات في جميع الدول العربية لم تستطع المنظومة الوطنية القائمة لمواجهة جائحة كورونا السيطرة على الخسائر البشرية والصحية بشكل عام ، وأصبحت الأزمة الصحية هي أساس المشكلة ويجب أن تواجهها وزارة الصحة فقط بإشراف من رئيس الحكومة أو رئيس الدولة .

وأشارت التقديرات الأولية الواردة في تقارير أعدتها لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا(الإسكوا) إلى أن الخسائر الاقتصادية في المنطقة العربية قد تصل إلى أكثر من ٤٢ مليار دولار أمريكي، وأن أكثر من ١,٧ مليون شخص سيفقدون وظائفهم ، مما سيرفع معدل البطالة بمقدار ١,٢ نقطة مئوية ، وذلك بخلاف آثار الأزمة المالية العالمية في عام ٢٠٠٨ حيث أثر فيروس كورونا سلباً على فرص العمل في القطاعات كافة ، ولا سيما قطاع الخدمات ، نتيجة لممارسة التباعد الاجتماعي. على الصعيد العالمي، حيث انخفض نشاط قطاع الخدمات بمعدل النصف، ونظرًا لأن هذا القطاع هو المصدر الرئيسي لفرص العمل في المنطقة العربية، فأي تأثيرات وخيمة تمس نشاطه ستترجم إلى خسائر كبيرة في الوظائف. بينما سيزداد مستوى الفقر مع توقع انحسار الطبقة المتوسطة، ومعاناة أكثر من ١,٩ مليون شخص من نقص التغذية، ومن المتوقع أن يشهد العالم أجمع مرحلة من الركود الاقتصادي، ومن المتوقع أيضاً أن يرتفع عدد الفقراء في المنطقة العربية إلى أكثر من ٨ مليون شخص ليصبح إجمالي عدد الفقراء

من نهاية ٢٠٢٠ أكثر من ١٠١ مليون مواطن، أي ما يقارب من ربع سكان المنطقة. (تقرير الأمم المتحدة الإسكوا ، ٢٠٢٠: ٢) .

وفي أدبيات الصحة، اتفقت الرؤية على المنظور القيمي لمحتوى الحق في الصحة كحق إنساني شامل، يتضمن العدالة في توزيع المحددات الاجتماعية للصحة، ونظم الرعاية والحماية الصحية، والتي يمكن قياس مؤشرات الوسيطة من خلال الإتاحة المتساوية للرعاية جغرافياً ومالياً. ولكن مع ارتفاع أعداد المصابين بفيروس كورونا في إقليم الشرق المتوسط كحالات مؤكدة وعددها ١٧,٧ مليون، وفي مصر حوالي ٣٩٨,٨ ألف مواطن، وذلك من خلال تدرج شهري بدأت بأعداد بسيطة ثم بعد ذلك تتدرج إلى أعداد هائلة أخذت مرة أخرى في الانخفاض. (تقرير منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٢٢ : ٤) كل ذلك أدى إلى زيادة الاضطرابات الاجتماعية وعمقت من التفاوت، وزادت من فرص غياب السلام الاجتماعي والاستقرار السياسي؛ حيث كشفت الأزمات التي خلقتها جائحة كورونا حلقة جديدة من سلسلة الأزمات الكاشفة لحجم اللامساواة وغياب العدالة الاجتماعية، والتي تعاني منها المجتمعات على اختلاف درجة تقدمها الاقتصادي نتيجة تبني سياسات ليبرالية جديدة لم تهتم بالآثار الاجتماعية، والسياسية والعمل على تقديم الخدمات الصحية بشكل متساوٍ بين طبقات وشرائح المجتمع المصري.

في حين التزمت الدول العربية بأهداف التنمية المستدامة وغايتها القصوى "عدم إغفال أي فرد". وتقع الصحة في لب أهداف التنمية المستدامة القائمة على مبدأ الإنصاف في الصحة. وقد أظهر تفشي فيروس كورونا (كوفيد-١٩) الواقع القديم والمستمر من اللامساواة في الصحة في المنطقة العربية. ومما لا شك فيه أن اللامساواة في الصحة حالة مستعصية في المنطقة العربية، على الرغم من التقدم الذي أحرز في هذا المجال خلال العقود الماضية.



شكل (١) يوضح عدد الإصابات اليومية للمصريين خلال الفترة ٤ مارس ٢٠٢٠-٢٩ يونيو ٢٠٢١

ومع تفاوت ارتفاع وانخفاض معدلات الإصابة كما هو موضح بالشكل (١) أتضح أن ذروة الموجة الأولى كانت في يوم ٢٠٢٠/٦/١٩ بعدد إصابات ١٧٧٣ حيث وصلت الموجة الأولى للذروة بعد ١٠٦ يوم من بداية الموجة، في حين أن عدد الإصابات اليومي في الموجة الأولى استغرق ٨٥ يوماً أي ما يقرب من ثلاثة أشهر حتى تكسر حاجز الألف إصابة. ووصلت ذروة الموجة الثانية في يوم ٢٠٢٠ / ١٢ / ٣١ حيث سجلت مصر ١٤١٠ حالة إصابة، واستغرقت الموجة الثانية ٣١ يوم لكسر حاجز الألف إصابة، كما بلغت الموجة الثالثة ذروتها يوم ٢٠٢١ / ٥ / ١٥ بإجمالي ١٢٠٠ إصابة واستغرقت الموجة الثالثة ٢٧ يوم فقط لكسر حاجز الألف إصابة؛ أي أن الموجة الثالثة كانت الأسرع في كسر حاجز الألف إصابة. (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢١: ٥). وبالرغم من محاولة استمرار السياسات الحكومية في النهوض بنظم الحماية الاجتماعية من خلال توسيع نطاق تغطية برامج التحويلات النقدية والمعونات الغذائية واستحقاقات البطالة وغيرها إلا أنه ما زال هناك نوع من غياب العدالة الاجتماعية في التوزيع بشكل عام خاصة في الجانب الصحي.

إشكالية الدراسة :

تمثل العدالة الاجتماعية وسيلةً ومنهجاً يقوم على أسس علمية مدروسة لرفع نوعية الحياة وأحداث تغيير في طرق التفكير والعمل والمعيشة في كافة المجتمعات ، والمشاركة في بناء مجتمع قوي قادر على الإنتاج والتطوير مع الاستفادة من إمكانات المجتمعات المادية ؛لذا تأتي أهمية العدالة الاجتماعية في هذا الإطار لمواجهة مشكلات الفئات الأولى بالرعاية ، كما تؤكد العدالة الاجتماعية على ضرورة تغطية الرعاية الصحية لتأمين المواطن ضد المرض .

حيث تعاني معظم المجتمعات العربية من تفاوت اقتصادي وتنموي بسبب الإخفاق في تحقيق التنمية القائمة على العدالة الاجتماعية بسبب إنخراط العديد من الدول في تطبيق سياسات تكريس الفقر والتهميش والإقصاء وعدم المساواة ؛ إذ يكاد لا يخلو بلد عربي من صور الإجحاف والتمييز والإقصاء والتهميش ، ويعد تحقيق العدالة الاجتماعية هدفاً يواجهه الكثير من التحديات يرتبط بعضها بالبعد الدولي أو بتراكمات تاريخية وتغيرات سياسية وجغرافية وتنموية ، لكن ذلك لا يعفي الدول والحكومات العربية من واجبها والتزاماتها السياسية والاجتماعية والقانونية والأخلاقية.حتى أصبحت شرعية أي نظام حكم ترتكز على قدرته على تحقيق العدالة الاجتماعية وتلبية الحقوق الاقتصادية والاجتماعية لمواطنيه وأهمها (العيش الكريم ، الغذاء ، المسكن ، الصحة ، التعليم والعمل) (النجار، ٢٠١٢ ، ١٣٢).

ويمكن القول أن السياسات والممارسات النيوليبرالية الحديثة التي قلصت منذ النصف الثاني من القرن العشرين من دور الحكومة، وعملت على تقويض شبكات الأمان الاجتماعي والخدمات العامة التي كانت ملاذًا للفقراء في الماضي تحت ستار " تدابير التقشف " قد خلقت تفاوتات كبيرة في الدخل وحقوق الإنسان الأساسية المتمثلة في الأمن الاقتصادي والرعاية الصحية ، وأنتشر الظلم الاجتماعي وأرتفعت معدلات الفقر وعدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية في حين أن الأغنياء قد ازدهروا بالتأكيد في هذه الفترة (Daniel & Whitehouse, 2015:4). حيث أن السياسات العامة للمجتمعات سواء المتقدمة أو النامية تقوم بتوزيع الفوائد والأعباء والمخاطر والفرص بطرق تميل إلى تفضيل المحظوظين بالفعل وتضيف إلى مساويء أولئك الأقل ثراءً (Lawrence, 2019 : 903).

ويعتبر الحق في الصحة من أهم الحقوق التي تُقدم من خلال المؤسسات والمستشفيات عبر الخدمات الصحية التي تقدمها كل مؤسسة ، حيث أن القدرة على التمتع بصحة جيدة هي استحقاق أخلاقي يتناسب مع مفهوم حقوق الإنسان المتمثل في الكرامة الإنسانية ، وفي ضوء ذلك قامت الدولة بوضع استراتيجية متكاملة لتطوير قطاع الصحة في مصر ، وتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين مما يُسهم في تحقيق أهداف التنمية البشرية ورفع مستوى المعيشة. ولقد عملت الدولة المصرية جاهدة خلال السنوات السبعة الماضية بدءًا من عام ٢٠١٥ على تطوير الخدمات الصحية من خلال إنشاء وتطوير عدد كبير من المستشفيات والمراكز الطبية والوحدات الصحية ، فضلاً عن تعديل وتحديث معايير اعتماد المستشفيات ومعايير اعتماد وحدات طب الأسرة لتتماشى مع المعايير الدولية ، وقامت الدولة بتفعيل حملات قومية على نطاق واسع للقضاء على أمراض الكبد وفيروس C بالتنسيق مع وزارة الصحة والسكان (انظر: مركز هي للسياسات العامة ، ٢٠١٦) .

وعلى الرغم من زيادة المخصصات المالية الموجهة للإنفاق على قطاع الصحة والتي بلغت وفقاً لبيانات وزارة المالية حوالي ١٠٨,٨ مليار جنيه بنسبة (٣٪) من إجمالي الموازنة العامة لعام ٢٠٢١ / ٢٠٢٢ (تقرير التنمية البشرية في مصر ، ٢٠٢١). وبرغم كل الجهود المبذولة من قبل الدولة لتحسين النواحي الصحية للمواطنين ، تواجه الأنظمة الصحية في مصر شأنها شأن مختلف المجتمعات مشاكل رئيسية تتعلق بإنتاج وجودة خدمات الرعاية الصحية وعدالة توزيع هذه الخدمات ، واتضح من بين تلك المشكلات غياب الرقابة الصحية والعجز بهيئات التمريض

واحتكار سوق الأدوية وتفاوت الأفراد في حصولهم على الخدمات العلاجية والوقائية على كافة المستويات والتفاوت الجغرافي للخدمات العلاجية والوقائية بين الريف والحضر (عبد الرحيم ، ٢٠٢١: ١٧٩).

ولقد ظهرت هذه المشكلات بصورة أوضح بعد تفشي جائحة كورونا والتي كشفت عن هشاشة الوضع الصحي في مصر ؛ حيث كشفت الأزمة عن وجود نقص كبير في المستلزمات الطبية (مثل أجهزة الأوكسجين) والأطقم الطبية بكل عناصرها ، هذا فضلاً عن تباين توزيع الخدمات الصحية في مصر بين الريف والحضر من ناحية وبين محافظات الوجه البحري والقبلي من ناحية أخرى ؛ الأمر الذي عرض حياة كثير من الأفراد للخطر . لذلك تبرز إشكالية الدراسة الراهنة كمحاولة للوقوف على العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية وخاصةً بعد تفشي جائحة كورونا ، وهل ساهمت جائحة كورونا في زيادة التفاوتات الصحية وإضافة المزيد من الأعباء على الفقراء والضعفاء والمهمشين في المجتمع واستبعادهم خارج نطاق الحماية الاجتماعية ؟

أهمية الدراسة:

بالرغم من كثرة الدراسات التي تناولت تداعيات جائحة كورونا من زوايا ومجالات بحثية مختلفة، إلا أن أهمية الدراسة الراهنة تتمثل فيما يمكن أن تُسهم فيه من جانبين:

الجانب النظري: باستطلاع التراث النظري لعلم الاجتماع تبين ندرة الدراسات السوسيولوجية خاصةً العربية التي تناولت العلاقة بين أهم تداعيات فيروس كورونا وانعكاس ذلك على غياب العدالة الاجتماعية داخل المجتمع المصري؛ لذا تأتي أهمية الدراسة الراهنة لاستجلاء تلك العلاقة عبر الأطر المعرفية والمنهجية في علم الاجتماع من خلال مقولات "توماس بكيثي" في تفسيره لعدم المساواة والتفاوت الاجتماعي، وغياب العدالة الاجتماعية عند " كيتسون ، ديفيد سميث ، ديفيد هارفي " ومقولات "أورليش بيك" في نظريته (مجتمع المخاطر).

والجانب التطبيقي: في ظل خطر صحي عالمي النطاق وشديد التأثير على المنطقة العربية كلها، أصبح من الضروري التفكير في الآخرين والعمل على حمايتهم، فقد أثرت جائحة كورونا بشدة على جميع الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية ومنها سوء التوزيع وغياب العدالة الاجتماعية؛ لذا تحاول الدراسة الراهنة الوقوف على تداعيات جائحة كورونا على العدالة

الاجتماعية وخاصة في الجانب الصحي والوصول من خلال نتائج الدراسة إلى بعض التدابير اللازمة التي يمكن من خلالها مواجهة ودعم الفئات المتضررة والأكثر احتياجًا.

الدراسات السابقة:

باستطلاع التراث النظري تبين قلة الدراسات السسيولوجية خاصة العربية التي تناولت العلاقة بين جائحة كورونا وعلاقتها بالعدالة الاجتماعية وخاصة من النواحي الصحية، ولذا تعرض الدراسة الراهنة لعدد من الدراسات السابقة العالمية والمحلية ذات الصلة الوثيقة بموضوع الدراسة الراهنة وتم تقسيم الدراسات إلى محورين على النحو الآتي :

المحور الأول : الدراسات التي ركزت على العدالة الاجتماعية وتأثيرها على الجانب الصحي :

-هدفت دراسة **Khoo(2013)** إلى تحريك نظرية العدالة الصحية في اتجاهات أكثر جوهرية من خلال تحليل أوضاع الفقراء الصحية وخاصة النساء في جنوب أفريقيا والوقوف على مدى وصول الأفراد المتساوي إلى خدمات الرعاية الصحية ، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود خلل كبير في تطبيق معايير العدالة الاجتماعية وخاصة على الجانب الصحي حيث تعاني معظم دول جنوب أفريقيا من تفاوتات صحية خطيرة ، ويعاني الفقراء بصفة عامة والنساء بصفة خاصة من الأخطار الصحية المترتبة على عدم تطبيق العدالة الاجتماعية. ومن أهم هذه الأخطار هي وفاة الأمهات أثناء الولادة والتي تشكل واحدة من أخطر قضايا حقوق الإنسان، فالغالبية العظمى من هذه الحالات تنتشر بين النساء الفقيرات بسبب عدم قدرتهن على الوصول لخدمات الرعاية الصحية، وبسبب خلل وظيفي في نظام تطبيق العدالة الصحية في معظم دول جنوب أفريقيا .

- كما هدفت دراسة **Rosenberg (2014)** إلى الوقوف على العدالة الاجتماعية الخاصة بجوانب الرعاية الصحية في كندا من خلال مقارنة الأوضاع الصحية والبيئية للأشخاص الذين يسكنون في بيئات صحية نظيفة مع هؤلاء الذين يسكنون في بيئات متدنية اجتماعيًا واقتصاديًا ، ودراسة التوزيع الجغرافي للأطباء والمستشفيات في كل من البيئتين ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن حرمان الأشخاص الذين يعيشون في بيئات متدنية من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الكافية بسبب الاستبعاد الجغرافي مقارنة بالآخرين ، كما أن هؤلاء الأشخاص يكونون أكثر تضررًا بسبب زيادة مصادر التلوث البيئي في البيئات التي يسكنون بها ؛ولذا

يكون هؤلاء الأشخاص على استعداد لدفع المزيد من الأموال من أجل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات الحكومية .

- في الوقت الذي سعت فيه دراسة **حجير(٢٠١٥)** إلى المقارنة بين أفراد الطبقة الغنية والطبقة الفقيرة فيما يتعلق بالمرض ، وتسليط الضوء على الاختلافات القائمة بين الطبقتين في نوعية الأمراض وأماكن تلقي العلاج ونوعية الرعاية الصحية المقدمة إلى كل منهما وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مفردة من أرباب الأسر موزعة بالتساوي بين أرباب الأسر الفقراء والأغنياء ، واعتمدت الدراسة على المقابلة كأداة للوصول إلى أهداف الدراسة ، ومن النتائج التي أظهرتها الدراسة أن الطبقة تؤثر بشكل مباشر على إصابة الأفراد بالأمراض حيث تكثر إصابات العمل لدى أفراد الطبقة الفقيرة ، وكشفت النتائج عن عدم وجود عدالة في أماكن تلقي العلاج بين أفراد الطبقتين، واختلاف في درجات التأمين الصحي الذي يمتلكه أفراد الطبقتين حيث يمتلك أفراد الطبقة الغنية التأمين الصحي ذا الدرجة الأولى ، بينما يمتلك أفراد الطبقة الفقيرة التأمين الصحي ذا الدرجة الثالثة في غالبية الأسر .

- كما سلطت دراسة **Lawrence(2019)** الضوء على العلاقة الجدلية بين المرض والسياسات الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية من خلال مقابلات متعمقة مع عدد من المرضى ذي المستوى الاجتماعي المنخفض ، وتوصلت الدراسة إلى أن مشاكل الصحة العامة تنشأ اجتماعياً في المقام الأول ويمكن التنبؤ بها بناءً على مستوى الظلم وعدم المساواة في المجتمع، وأكدت الدراسة على أن مستوى التفاوت الصحي مرتبط بمستوى عدم المساواة الاجتماعية في المجتمع . فمعظم الأمراض لها سبب بيولوجي وسبب اجتماعي ، وقد تكون الأسباب الاجتماعية لها صفة الأولوية في التفسير، وأرجعت الدراسة كثرة الأمراض التي تصيب الفقراء في المجتمع الأمريكي إلى العنصرية المتأصلة بعمق في تاريخ وثقافة المجتمع الأمريكي والتي تعمل على منح الأشخاص الأعلى مكانةً رعاية صحية أفضل من أولئك الذين في منزلة أقل .

- وسعت دراسة **Gerdin & et all (2019)** إلى البحث في العلاقة القائمة بين العدالة الاجتماعية والمساواة الصحية لتلاميذ المدارس الحكومية في ثلاثة بلدان وهي السويد والنرويج ونيوزيلندا ، واعتمدت الدراسة على الملاحظة والزيارات المدرسية والمقابلات المتعمقة مع معلمي التربية البدنية ، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود تفاوتات في تطبيق

العدالة الاجتماعية والمساواة الصحية عبر البلدان الثلاث ؛ فبعض المدارس وخاصة في السويد و نيوزلاندا لا توفر للطلاب فرصًا متساويةً في الحصول على الرعاية الصحية ويكون هناك تمييز بين الطلاب قائم على أساس الطبقة أو الجنس أو العرق أو الانتماء الديني ، حيث يحصل بعض الطلاب على رعاية صحية متميزة وفي المقابل يتم استبعاد وتهميش طلاب آخرين من الحصول على الرعاية الصحية الملائمة ويمثل هذا التمييز تحديًا سافرًا لتطبيق العدالة الاجتماعية كما أنه يؤدي إلى نتائج عكسية على النواحي الصحية لبعض الطلاب المستبعدين .

- كما هدفت دراسة أحمد (٢٠٢٠) إلى رصد واقع العدالة الاجتماعية من خلال الوقوف على أهم خدمات الرعاية الصحية المتاحة لفقراء الحضر وتحديد أهم الصعوبات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لهذه الفئات ، وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية ، واعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة من خلال استمارة قياس تم تطبيقها على عدد من المرضى الفقراء بمدينة الفيوم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية بين أبعاد العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ، وأنتهت الدراسة إلى ضرورة تعزيز بعض الآليات التي تزيد من تطبيق العدالة الاجتماعية كمدخل لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر مثل ضرورة توسيع نطاق التغطية لخدمات الرعاية الصحية المقدمة للفقراء والتأكد من وصول هذه الخدمات إلى مستحقيها .

- هذا وقد سعت دراسة عبد الجواد (٢٠٢١) إلى تحديد العوامل المؤثرة في عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية ، وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية واعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة للمرضى المحتجزين بالأقسام الداخلية بمستشفى الفيوم العام البالغ عددهم (١٠٠) مفردة ، حيث اعتمدت الدراسة على الاستبيان كأداة رئيسية في جمع البيانات ، وأسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع مستوى عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات العامة بين الفئات الاجتماعية المختلفة داخل عينة الدراسة ، ومستوى متوسط في عدالة إجراءات الحصول على الخدمة بالمستشفى . حيث أن فرص الحصول على الخدمات الطبية اختلفت بين عينة الدراسة حيث أشارت نسبة غير قليلة من عينة الدراسة أنهم واجهوا العديد من التعقيدات في الحصول على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم .

- كما قدم (Bhugra & et al (2022) دراسة هدفت إلى الوقوف على العلاقة التبادلية بين العدالة الاجتماعية والرعاية الصحية للأشخاص المصابين بأمراض عقلية , اعتمدت الدراسة على تحليل نتائج عديد من الأبحاث عبر الدول ،وعمل مقابلات مع الأطباء المعالجين لبعض الأمراض العقلية ، وأسفرت النتائج عن وجود تمييز واضح ضد الأشخاص المصابين بأمراض عقلية، وهذا التمييز منتشر على نطاق واسع عبر الدول فهو غالباً ما يكون جزءاً لا يتجزأ من قوانين البلدان حول العالم ، ومن مظاهر هذا التمييز أن هؤلاء الأشخاص لا يلقون الرعاية الصحية الكافية ولا الاهتمام الكافي مثل أولئك الذين لا يعانون من هذه الأمراض؛ ولذا يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض جسدية ، وقد أكدت الدراسة على أن الوصم والتمييز وعدم تطبيق العدالة الاجتماعية من أهم العوامل التي تلعب دوراً رئيسياً في حرمان الأشخاص المصابين بأمراض عقلية من حقوقهم الأساسية ، فغالباً ما يتم تجاهل حقوقهم الاقتصادية والسياسية والاجتماعية .

المحور الثاني : الدراسات التي ركزت على تداعيات جائحة كورونا على بعض النواحي

الاجتماعية والاقتصادية :

- سلطت دراسة أبو سمرة (٢٠٢٠) الضوء على نظرة النقيدين لعلاقة الأوبئة (خاصةً جائحة كورونا) بالتهميش وعدم العدالة الاجتماعية ،واعتمدت الدراسة على تحليل مضمون لعدد من الدراسات والنظريات النقدية التي تتطرق إلى العلاقة بين الأوبئة وعدم العدالة والطبقية ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الدراسات والنظريات النقدية لا تبشر بعالم أكثر إنسانية بعد أزمة كوفيد (١٩) بل عالم أكثر أنانية وعدم عدالة ، عالم معاصر يدور في فلك مصلحة الأقوى والأغنى ،عالم يعمق التفاوتات الطبقية في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ، عالم يزداد فيه الفقراء والمهمشين ، وأكدت الدراسة على أنه لكي يكون المجتمع أكثر صحة يجب أن يكون أكثر عدلاً .

-بينما ركزت دراسة كل من العبسي وحمزة (٢٠٢٠) على تقييم الآثار الاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا المستجد على مستوى الاقتصاد الجزائري وعلى مستوى الأفراد داخل المجتمع الجزائري ، واعتمدت الدراسة على تحليل أوضاع الاقتصاد والعمالة قبل وبعد تفشي جائحة كورونا ، وأسفرت النتائج عن أن جائحة كورونا قد كشفت عن خلل واضح في الاقتصاد الوطني حيث كشفت الأزمة عن وجود فئات واسعة من المجتمع لا تستفيد من خدمات التأمين

الاجتماعي ، وكانت الأسر الأكثر ضعفاً هي الأكثر تضرراً من تداعيات كورونا حيث تعرض عمال القطاع غير الرسمي ذوي الأجور الضعيفة إلى فترات طويلة من البطالة و الأجازات غير مدفوعة الأجر ،ومع ارتفاع أسعار المواد الغذائية والدوائية أثناء جائحة كورونا تدهورت الحالة الصحية لنسبة كبيرة من هؤلاء العمال مع استبعادهم من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية .

-كما هدفت دراسة بوتيارة وآخرين (٢٠٢١) إلى إبراز تداعيات جائحة كورونا على الأمن الاجتماعي ، الاقتصادي في الدول العربية مع التركيز على المؤشرات الثلاثة (التشغيل ، الفقر ،والأمن الغذائي) ، اعتمدت الدراسة على تحليل العديد من التقارير الصادرة عن هيئات متخصصة ذات طابع دولي لابراز إنعكاسات هذه الأزمة ، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود أثر سلبي وعميق لجائحة كورونا على الدول العربية على مستوى التشغيل وسوق العمل حيث كانت أكثر الفئات تضرراً بتداعيات كورونا هم عمال القطاع غير الرسمي ،وأقل الفئات تضرراً هم أصحاب المهارات العالية في مجال الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات ، كما كشفت الأزمة عن تعرض الفقراء لأزمات اقتصادية وصحية كبرى تمثلت في ارتفاع معدلات الجوع ونقص التغذية ؛ لاسيما في ظل ارتفاع أسعار المواد الغذائية والمستلزمات الطبية .

-وهدف دراسة رجب (٢٠٢١) إلى الكشف عن التداعيات الاجتماعية لجائحة كورونا على العاملين في مجال الاقتصاد الخفي ، وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات الوصفية ،واعتمدت على منهج المسح الاجتماعي بالعينة من خلال استمارة استبيان تم تطبيقها على عدد ١٢٣ من العاملين بالقطاع غير الرسمي، وكشفت نتائج الدراسة أن أهم الأضرار الاجتماعية التي تعرض لها العاملون في القطاع غير الرسمي جراء كورونا تمثلت في تخفيض العمالة، واللجوء إلى التصفية الكاملة لأعداد كبيرة من هؤلاء العمال ؛ مما نتج عنه صعوبة في توفير المتطلبات الأساسية بما فيها إيجار المسكن وصعوبة في توفير المستلزمات الطبية خاصة مع عدم تمتع عمال هذا القطاع ببرامج الحماية الاجتماعية من تأمين اجتماعي وصحي ضد أضرار جائحة كورونا .

-بينما سعت دراسة كل من **Finn & Kobayashi(2022)** إلى تسليط الضوء على التداعيات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لجائحة كورونا على المناطق المهمشة في أفريقيا جنوب الصحراء من خلال تحليل نتائج عدد من الدراسات التي أجريت على هذه المنطقة ،

وأُسفرت نتائج الدراسة أن جائحة كورونا كان لها تداعيات شديدة الخطورة على البلدان والشعوب في أفريقيا جنوب الصحراء ؛ حيث أنه بسبب التفاوتات الهيكلية العالمية والتمييز العنصري ، تواجه هذه المنطقة مجموعة من التحديات الخطيرة حيث كشفت جائحة كورونا عن افتقار هذه المنطقة إلى البنية التحتية العامة ، وصعوبة وصول شعوب هذه المنطقة خاصةً الأكثر فقرًا وتهميشًا إلى خدمات الرعاية الصحية الملائمة والإسكان المناسب والصرف الصحي وأكدت الدراسة على أن الظلم الاجتماعي والتحيز العنصري يقتل الناس على نطاق واسع .

بعد استعراض الدراسات السابقة يمكن استنتاج أهم القضايا الآتية :

-كشفت نتائج معظم الدراسات التي تناولها المحور الأول عن وجود خلل كبير في تطبيق معايير العدالة الاجتماعية وخاصة على الجانب الصحي في معظم دول العالم المتقدم والنامي على حد سواء، وإن كانت المخاطر الصحية تزداد في دول العالم النامي بشكل أكثر حدة .

-أوضحت نتائج عدد كبير من الدراسات التي تم عرضها عن تفاوتات صحية خطيرة حيث تعاني الفئات الفقيرة والضعيفة والمهمشة من الأخطار الصحية المترتبة على عدم تطبيق العدالة الاجتماعية .

-سلطت نتائج عدد من الدراسات الضوء على ارتباط الأمراض ارتباطاً مباشراً بالسياق الاجتماعي والبيئي؛ فلا يمكن تفسير الأمراض وفق أسباب بيولوجية فقط ، بل يجب ربطها بالظروف الاجتماعية والبيئية والتي قد يكون لها الأولوية في التفسير، فنلاحظ أن كثرة الأمراض التي تصيب الفقراء والمحرومين قد تكون بسبب هشاشة البيئة وسوء الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية ، وقد يكون بسبب التحيز الذي يمنح الأشخاص الأعلى مكانةً رعاية صحية أفضل من أولئك الذين في منزلة أقل .

-كشفت نتائج معظم الدراسات التي تناولها المحور الأول عن وجود علاقة طردية بين تحقيق العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية للفقراء على مستوى العالم ، وذلك من خلال إزالة الحواجز التمييزية التي تحول دون وصول الفئات الفقيرة والمهمشة إلى خدمات الرعاية الصحية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر .

-وعلى الجانب الآخر كشفت نتائج معظم الدراسات التي تناولها المحور الثاني أن أكثر الفئات التي تضررت بجائحة كورونا هم الفقراء والمهمشون وعمال القطاع غير الرسمي ؛ حيث

تعرضوا لحالات كثيرة من التعطل عن العمل وأجازات طويلة غير مدفوعة الأجر مما انعكس سلبيًا عليهم وعلى أسرهم حيث وجدوا صعوبة في توفير الاحتياجات الأساسية والمستلزمات الطبية ، خاصةً مع عدم تمتع عمال هذا القطاع ببرامج الحماية الاجتماعية من تأمين اجتماعي وصحي ضد أضرار جائحة كورونا.

-أوضحت النتائج أن الاستبعاد الجغرافي يلعب دورًا بارزًا في تعميق التفاوتات الصحية حيث أن خدمات الرعاية الصحية على المستوى العالمي تتفاوت بين دول الشمال ودول الجنوب ، وعلى المستوى المحلي تتفاوت خدمات الرعاية الصحية بين الريف والحضر من ناحية وبين محافظات الوجه القبلي والبحري من ناحية أخرى ، وهذا يعني أن الفقراء يُضربون مرتين ، مرة بسبب الاستبعاد من الحصول على الخدمة ومرة ثانية بسبب تدهور نوعية الخدمات التي يحصلون عليها .

-على الرغم من كثرة الدراسات التي أجريت عن تداعيات جائحة كورونا إلا أنه باستطلاع التراث النظري تبين قلة الدراسات التي تناولت تداعيات جائحة كورونا على تحقيق العدالة الصحية بشكل مباشر ؛ لذا انطلقت الدراسة الراهنة كمحاولة للوقوف على تداعيات كورونا على تحقيق العدالة الصحية ، فإذا كانت التفاوتات الصحية كان لها آثار بالغة الخطورة في الظروف العادية على الفقراء والضعفاء والمهمشين في المجتمع ، فهل ستسهم جائحة كورونا في تعميق التفاوتات الصحية وتضيف أعباء جديدة على الفئات الفقيرة والمهمشة وتستبعدهم خارج نطاق الحماية الاجتماعية ؟ هذا ما ستحاول الدراسة الراهنة الكشف عنه.

مفاهيم الدراسة:

-مفهوم فيروس كورونا (كوفيد -١٩) (Corona Virus (COVID-19):

يعرف فيروس كورونا المستجد أو ما يطلق عليه (كوفيد -١٩) بأنه سلالة واسعة من الفيروسات التي تسبب للإنسان آثارًا بالغة الخطورة خاصةً على الجهاز التنفسي تتراوح حدتها من نزلات البرد الشائعة إلى الأمراض الأشد خطرًا مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية " MERS " والتي تشمل الحمى والسعال وضيق التنفس، وتصل في كثير من الأحيان إلى الالتهاب الرئوي، وقد أكدت إحصاءات منظمة الصحة العالمية بأن ٣٥٪ من الحالات المصابة بهذه المتلازمة قد توفوا.

ويعد فيروس كورونا من الأمراض المعدية بل هو من الأمراض سريعة الانتشار، وقد ظهر المرض وتفشى في مدينة ووهان الصينية في ديسمبر ٢٠١٩، ثم تفشى وتحول إلى جائحة أثرت على العديد من بلدان العالم ؛ وأصبحت جائحة كورونا لا تمثل أزمة صحية كبرى فحسب بل إن تداعياتها ولدت أزمات اقتصادية واجتماعية تركت آثارًا سلبية في كل دول العالم المتقدم والنامي على حد سواء (وناسي، ٢٠٢١: ٣٥٦).

ويمكن التفرقة بين الوباء والجائحة على النحو الآتي:

يعرف الوباء epidemic بأنه حدوث زيادة سريعة في حالات المرض على ما هو متوقع عادة في مجتمع أو منطقة معينة ، مع تأثير نسب سكانية كبيرة في تلك المنطقة ، ويفترض أن يكون هناك سبب مشترك لإصابة الحالات أو أن تكون مرتبطة ببعضها بشكل معين ، أما إذا زاد انتشار المرض وشمل مناطق جغرافية أوسع عبر البلدان والقارات وأصاب عدد أكبر من الناس فإنه يسمى جائحة pandemic ، وقد نقلت منظمة الصحة العالمية WHO في مارس ٢٠٢٠ وصفها لمرض كورونا (كوفيد -١٩) من وباء إلى جائحة حيث انتشر الفيروس بشدة لتحدث أسوأ أزمة صحية عالمية منذ أكثر من مائة عام (Osterholm & et al, 2020: 25).

- مفهوم العدالة الاجتماعية Social Justice:

تحظى العدالة كفكرة أساسية باعتراف إنساني عام، ولكن تظل مبادئها التفصيلية موضع خلاف ونقاش في الخطاب العلمي، وتعد العدالة الاجتماعية بوصفها من أهم الفضائل للسلوك الإنساني، معيارًا لتقييم الأفراد والمجتمعات على حد سواء ، والعدالة الاجتماعية بوصفها موقفًا أخلاقيًا من جهة يمكن أن تكون فضيلة من الفضائل ، ولكنها من جانب آخر . مبدأ عام ومقياس للحكم على القانون (ماير، ٢٠١٠: ١٣١). وهنا نرى أن فكرة العدالة الاجتماعية لا تتفصل عن مبدأ الوفاء بالحاجات الإنسانية للبشر، ذلك أن إنسانية الإنسان لا تكتمل، وكرامته لا تتحقق مالم يمكنه إشباع حاجاته الإنسانية.

وتسعى العدالة الاجتماعية إلى الحد من معاناة الإنسان من خلال منح الإنسان اهتمام أكبر، وتوفير خدمات الرعاية الأساسية، وخلق فرص اقتصادية وتعليمية وصحية ودفع المظالم الاجتماعية خاصة عن الفقراء والمحرومين (Daniel & Whitehouse, 2015: 2).

وقد أشار التقرير الصادر عن لجنة منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٨) بأن العدالة الاجتماعية هي مسألة حياة أو موت، فهي تعمل على تهيئة الظروف التي يتمتع فيها الأفراد بصفة عامة

بالقيم الأساسية للعدالة والإنصاف ،ويركز التقرير على تحقيق الإنصاف بصفة خاصة للأفراد والجماعات المهمشة أي الأفراد الذين عانوا تاريخياً من التهميش والظلم وعدم التمكين (Lawrence, 2019 : 903). ونلاحظ هنا أنه وفقاً لهذا التعريف فإن العدالة الاجتماعية تستهدف معالجة التهميش الاجتماعي والتمييز والتحيز والذي يؤثر بشكل سلبي على الفئات الضعيفة والمحرومة في المجتمع .

ولقد طور المفكر الأمريكي "جون رولز" في مؤلفه المعنون (نظرية العدالة) مقاربة مختلفة عن العدالة الاجتماعية تربط بينها وبين المساواة والحرية، وتجعلها ركيزة العدل في الحياة الاجتماعية ، فقد ركز "رولز" على تعدد الخيارات والفرص المتاحة للأفراد ، بما يمكنهم من اختيار نمط معيشتهم ، والتحكم في مسارات حياتهم (الفلاح ، ٢٠١٦ : ١١٩).

وهذا يعني أن النظام الاجتماعي العادل هو ذلك الذي يتيح لأعضائه حرية أكبر، ويجعل الموارد العامة متاحة للجميع على قدم المساواة، كما يضع سياسته وينظم مؤسساته على نحو يُمكن غالبية أعضائه من استثمار تلك الفرص والموارد ، حيث أكد "رولز" على أنه لا يمكن تحقيق العدالة الاجتماعية دون تلبية الحاجات الاجتماعية الأساسية .

وقد أكد " بدوي " على أن العدالة الاجتماعية تتطلب أن يعمل النظام السياسي على توفير مستوى معيشي لائق لكل شخص على أساس أن ذلك حق مكفول للجميع ؛ لذلك فهو يؤكد على دور الدولة في تأسيس بنية خدمات اجتماعية أساسية (تعليم ، صحة ، إسكان وغيرها من الخدمات الأساسية) . إضافة إلى توفير مصدر دخل للفئات الأكثر إحتياجاً كي يتمكن جميع المواطنين من ممارسة حرياتهم السياسية (بدوي ، ٢٠١٦ : ٤٢).

والعدالة الاجتماعية كما حددها البعض تشمل المسؤولية الاجتماعية، والاعتماد المتبادل وتقرير المصير والمشاركة المتساوية للجميع في المجتمع ، والتوزيع العادل للموارد والسلامة النفسية والجسدية لجميع الأشخاص دون تمييز أو تحيز مع التركيز على التخفيف من حدة الفقر (Carr& et al,2014:2).

ويتطلب تحقيق العدالة الاجتماعية ضمان التوزيع العادل للحريات والحقوق الأساسية ، ومكافحة الفساد الذي يعتبر أحد أخطر الآليات الاجتماعية التي تؤدي إلى تفاقم الفقر الذي يؤدي بدوره إلى إقصاء وتهميش جزء لا يستهان به من قوى المجتمع ويحول دون حشد الطاقات لتحقيق التنمية الشاملة (النيال ، ٢٠١٥ : ١١٣).

ويمكن القول بأنه من أجل تحقيق العدالة الاجتماعية يتعين القضاء على الفقر الذي يعتبره "أمريتا صن" حرماناً من القدرات الأساسية الضرورية للإنسان ليحيا الحياة التي يحق له أن يحيها ؛ ويتطلب القضاء على الفقر توفير الاحتياجات الأساسية لجميع الأفراد وتمكين الفقراء من الحصول على الخدمات العامة (الصحة ، التعليم ، المرافق وغيرها) بمقابل زهيد ، وتوسيع مشاركة الأفراد في الحياة الاقتصادية والسياسية وتوفير فرص متساوية لحصولهم على الأصول (الأرض والمسكن) وفرص العمل (صن ، ٢٠٠٤ : ١٧٦).

وتعرف الدراسة الراهنة العدالة الاجتماعية بأنها : " المرحلة التي يشهد خلالها المجتمع انتقاء الظلم والاستغلال والقهر والحرمان من الثروة أو السلطة أو كليهما ، ويتم فيها التخفيف من حدة الفقر والتهميش والإقصاء الاجتماعي، ويتم من خلالها توفير فرص متساوية لكافة المواطنين للتمتع بالحقوق الأساسية في كافة مجالات الحياة مثل التعليم ، والرعاية الصحية، وفرص العمل وغيرها من الحقوق " .

وبعد استعراض التعريفات السابقة للعدالة الاجتماعية يمكن القول أن تحقيقها يرتكز على أربعة أبعاد رئيسية يمكن عرضهم بإيجاز على النحو التالي :

البعد الأول : زيادة الفرص والخيارات المتاحة للأفراد : مما لا شك فيه أن تحقيق العدالة الاجتماعية يتطلب توسيع خيارات الأفراد ، وتمكينهم من الوصول إلى الخدمات الأساسية مثل التعليم والصحة والعمل وغيرها وذلك بعد أساسي لتحقيق التنمية المستدامة. (Calma & et al, 2011:4)

البعد الثاني تكافؤ الفرص : لا يكفي لتحقيق العدالة الاجتماعية زيادة الفرص والخيارات المتاحة أمام الأفراد ، بل يجب العمل على تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص وعدم التمييز بين الأفراد ، بمعنى آخر يجب على الأفراد الذين يمتلكون نفس القدرات والمهارات أن يتمتعوا بفرص متساوية في المجالات الاجتماعية والاقتصادية (صن ، ٢٠٠٤ : ١٧٧).

البعد الثالث : نبذ التمييز : بمعنى إزالة العوائق التي تؤدي إلى التمييز بين المواطنين بسبب الجنس أو الدين أو الطبقة ؛ وما يترتب عليه من تبعات مثل التهميش والإقصاء الاجتماعي لبعض الفئات ، ويترتب نبذ التمييز بتحقيق المساواة ومحاربة الفساد والذي قد يظهر في صور عدة مثل: توريث الوظائف وفي محاباة أبناء الأغنياء وأهل السلطة عند التقدم للوظائف ، وفي

تميز ذوي النفوذ المالي والسياسي عند الحصول على الخدمات الحكومية وغيرها من مظاهر التمييز .

البعد الرابع : التمكين : ويعني خلق الظروف التي تهيئ للناس فرصًا حقيقية للحكم على نوعية الحياة التي ينشدها من خلال توسيع قدرات الأفراد للحصول على مستوى تعليمي معين ، ورعاية صحية مناسبة وفرص عمل تدر دخلًا ثابتًا ، وتمكينهم من الحصول على أصول معينة مثل الأرض ورأس المال وهذه الإجراءات هي التي تمكنهم من اغتنام الفرص المتاحة في الحياة الاجتماعية (العيسوي ، ٢٠١٤ : ١٠٨).

ويجب التأكيد على أن هذه الأبعاد تؤكد قيام العدالة الاجتماعية بدور هام في تحقيق المساواة والإنصاف والقضاء على التهميش والإقصاء الاجتماعي، وتعمل على تحسين نوعية الحياة للفئات الضعيفة والمهمشة والفئات الأولى بالرعاية .

- مفهوم الرعاية الصحية Health Care:

عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها " حالة اكتمال السلامة جسديًا وعقليًا واجتماعيًا وهي حالة أكثر من مجرد انعدام المرض والعجز ، وأنها حق أساسي من حقوق الإنسان " (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩) . ويمكن القول بأن الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة هو هدف من أهم الأهداف التي ينبغي أن تسعى الدول إلى تحقيقها، لذا جاء محور الصحة في مقدمة استراتيجية التنمية المستدامة (رؤية مصر ٢٠٣٠) انطلاقًا من الإيمان بأهمية تمتع أفراد المجتمع بالحق في الصحة وبحياة سليمة وأمنة من خلال تطبيق نظام صحي متكامل يتميز بالجودة والشمول وعدم التمييز .

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى ضرورة قيام المراكز الصحية بتوفير الخدمات الطبية الجيدة والكافية لأفراد المجتمع وشرائحه بما تشمله من أجهزة ومستلزمات طبية وموارد بشرية (أطباء وممرضين) وعقاقير طبية ، والتطوير المستمر في تقديم هذه الخدمات لجميع الأفراد دون تحيز؛ حيث أن المساواة في الرعاية الصحية هو موضوع يتعلق بالعدالة الاجتماعية. كما أن التحيز في توزيع خدمات الرعاية الصحية سواء على المستوى العالمي أو المستوى المحلي يعد في الأساس نتاج سياسات بشرية عمدت إلى تقسيم المجتمع إلى طبقات، وزيادة الفجوة الاجتماعية والاقتصادية بين تلك الطبقات (Farley & et al, 2020:25). مما أدى إلى حدوث ظاهرة التحيز الاجتماعي في الصحة والخدمات الطبية ، وتشير نتائج عدد من الدراسات السابقة

إلى تدني مستوى خدمات الرعاية الصحية بانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأفراد (الرمادي، ٢٠٢٢ : ٣١١).

ومما لا شك فيه أن تقدم الرعاية الصحية وعلاج الأمراض يرتبط بتقدم المجتمع وتطوره، وارتفاع مستوى معيشة أفراد، وزيادة درجة وعيهم بمخاطر الصحة وعوامل المرض وأسس التغذية وحماية أو إصلاح البيئة وغيرها . ويمكن اعتبار الكثير من المشاكل الصحية المنتشرة في العديد من المجتمعات المعاصرة دليلاً على التخلف الاجتماعي وتدني مستوى المعيشة، وعدم العدالة في توزيع الثروة بين أفراد المجتمع ، وتعد الرعاية الصحية تبعاً لذلك جانباً متأثراً بالحياة الاجتماعية سلباً أو إيجاباً ؛ فالفقر مثلاً يفرض على الإنسان العيش في مسكن غير صحي وحرمانه من الغذاء الجيد إن لم يحرمه من الحصول على الغذاء بشكل كافٍ . ولدراسة الحالة الصحية في أي مجتمع من المجتمعات ، فإنه لابد من دراسة العوامل السببولوجية المختلفة التي تحدد المعالم الصحية لهذا المجتمع حتى يستطيع الدارس المتعمق للمشاكل الصحية أن يصل إلى جذور هذه المشاكل من خلال دراسة هذه العوامل (السالك ، ٢٠١٦ : ٩٢).

وتعرف الدراسة الراهنة الرعاية الصحية بأنها " مجموعة متطورة من الخدمات الرئيسية التي تقدمها المراكز الصحية من خلال توفير كافة العلاجات الدوائية والمستلزمات الطبية والموارد البشرية لعلاج جميع الأمراض والمشاكل الصحية المختلفة للجميع دون تحيز ، ويرتبط تحقيق الرعاية الصحية الجيد بعدد من العناصر أهمها وجود مسكن ملائم للشروط الصحية ، وتغذية سليمة ومتكاملة وهي من أهم الضروريات اللازمة للحفاظ على الصحة العامة للفرد، وتوفر دخل مادي ملائم يمكن الإنسان من توفير متطلباته الأساسية "

التوجه النظري للدراسة :

تمثل العدالة في التوزيع قيمة في حد ذاتها، ولكنها تحقق قدرًا من النمو الاقتصادي داخل المجتمع ، ومن آليات تحقيق العدالة الاجتماعية الإنفاق على التعليم والصحة وتوافر شبكات الأمان الاجتماعي، باعتبار أن كل هذه المجالات تشكل استثمارًا في البشر. في حين أن افتقار المجتمع لتلك المجالات يؤدي إلى انتشار الظواهر السلبية، والاتجاه نحو حلها بطرق غير مشروعة(عبد القادر ، ٢٠٠٥ : ٢٢) .

ويمكن التعرض لعدد من الرؤى النظرية المفسرة لغياب العدالة الاجتماعية، وعدم المساواة والتفاوت الاجتماعي على النحو الآتي :

١/ التفاوت واللامساواة عند توماس بيكيتي :

إن مسألة التفاوت في توزيع الثروة وغياب العدالة الاجتماعية من أهم الموضوعات التي شغلت تفكير "بيكيتي" وقدم من خلال كتابه المعنون "نظرية للارتقاء الاقتصادي في النظام الرأسمالي" على أساس حجة رئيسية مؤداها أن رأس المال أو الثروة ينمو بمعدل يزيد بصورة عامة عن معدل النمو في الاقتصاد بما يقود إلى خلق تفاوت متزايد، وعمل على دراسة الآثار الاجتماعية لظاهرة عدم المساواة ، وذلك من خلال دراسة مؤشرات الحرمان المادي والتميز الاجتماعي واستقرار بنية العائلة بما في ذلك من الزواج والطلاق واتساع ظاهرة الأم المعيلة، وانعدام المساواة في الرعاية الصحية ومستويات الجريمة وعلاقتها بالتفاوت وانعدام المساواة، وتم قياس الحرمان بناءً على أربعة متغيرات رئيسية ومنها: الاستهلاك العائلي المتمثل في (الاستهلاك المادي مثل الإنفاق على الأغذية والملابس والاستهلاك الاجتماعي والذي يشمل الإنفاق على الأجازات)، والقيود على ميزانية الأسرة (والتي تظهر من خلال الادخار) متأخرات المدفوعات المستحقة (مثل التأخر عن دفع الفواتير المستحقة) وأخيرا ظروف المسكن ،ونلاحظ أن العلاقة بين التفاوت في الدخل والتدهور في مؤشرات الصحة والعمر المتوقع ونوعية التعليم وجودة الحياة كانت قوية عند "بيكيتي" (نوار، ٢٠١٤: ٨-١٠) .

كما وجد "بيكيتي" أن تطبيق ما اسماه بالدولة الاجتماعية من خلال تطبيق سياسات متكاملة على رأسها الضريبة التصاعدية، والتي تصل إلى فوق التسعين في المائة من الدخل ، إضافة إلى سياسة الحد الأدنى للأجر، أي تطبيق حزمة ضريبية ملائمة لمصادر الدخل تعتبر من الوسائل الهامة التي تساعد الدولة أن تكفل التعليم المجاني قبل الجامعي ، وكذلك التأمين الصحي الشامل ، معاشات البطالة وإعانات لغير القادرين حيث تعتبر من أهم السياسات التي تكفل نوع من العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع ، وأكد "بيكيتي" على أهمية دور الدولة وتدخلها بل إنها السبيل الوحيد للحد من اللامساواة وغياب العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع. (سلمي، ٢٠١٦: ١٩) .

٢/ العدالة الاجتماعية والليبرالية الجديدة عند كيتسون ، ديفيد سميث ، ديفيد هارفي :

نعني بالعدالة الاجتماعية العدالة والمساواة في الفرص وفي هذا الصدد استطرد "كيتسون" وآخرون قائلين بأن " السياسات الاقتصادية النيوليبرالية من خلال رفع القيود عن الممارسات

الخاصة غير المتكافئة ، تعمل على تعميق عدم العدالة وتحدث هبوطا في الاقتصاد ونوعا من الدوامة أو المتاهة الاجتماعية .

أما "ديفيد سميث" فحاول أن يمهد الطريق نحو تطوير ما يسمى بجغرافيا الرعاية الاجتماعية أو جغرافيا المستوى المعيشي، والتي تعنى بتحليلات العدالة الاجتماعية والمكانية والتي كانت المفتاح لفهم عواقب التقسيم غير العادل لنتائج التغيير الاجتماعي. أما "ديفيد هارفي" وجد أن المناقشات حول الخيارات المكانية والعدالة الاجتماعية تعد أساسًا مهمًا ، ولكن ليس مكتملا تمام الاكتمال من أجل جغرافيا أكثر راديكالية ، وفسر ذلك بأن العدالة الاجتماعية هي الطريق إلى الماركسية . (سميث وآخرون، ٢٠١٦: ٢٧-٢٨).

٣/ العدالة الاجتماعية ومجتمع المخاطر لأورليش بيك :

يمكننا أن نزع أن " المخاطرة " جزء من الحياة نفسها فقد تتعرض صحتنا للخطر الواقع علينا من البيئة التي نعيش فيها من خلال التلوث أو من خلال المبيدات الموجودة في الطعام، وميّز جيننز عام (١٩٩٩) نمطين من المخاطرة: الأول: هو المخاطر الخارجية التي تأتي من "خارجنا"، أي من الطبيعة والثاني: هو المخاطر المصنوعة التي تتسبب الكائنات البشرية نفسها في إيجادها .

ووصفها " أورليش بيك Ulrich Beck " باعتبارها سمة مميزة لنوع من " الحداثة الجديدة " في المجتمع وليس لنوع ما بعد الحداثة وهو تصور ذهني للمجتمع يرفضه " بيك " . مع العلم بأنه يمكن السيطرة على بعض الملوثات في حالة إذا كنا نتورط في سلوك يجلب علينا المخاطر مثل التدخين ، بينما تكون الجوانب الأخرى خارج سيطرتنا مثل ظاهرة الاحتباس الحراري على مستوى العالم ، أو التلوث الذي تجلبه لنا تلك المصانع من الملوثات المختلفة، ومع وجود هذه الأمثلة فإننا نستطيع أن نرى كيف أن أفعالنا الفردية تحدث تأثيرًا على المستوى المجتمعي الكلي أو حتى على المستوى العالمي ، وهذا يعني أننا نقوم بصورة مستمرة بإنشاء دعائم شبكاتنا الاجتماعية وإعادة إنشائها ، وتجديدها والحفاظ عليها. (تشيرتون و براون، ٢٠١٢ : ٣٩٥-٣٩٨)

لذا فإن العمل البيئي المنظم أصبح لا يقتصر على ما يجري داخل كل بلد فحسب بل أصبحت الحدود القومية عرضة للاختراق البيئي ، ومن هنا فقد ظهر علم جديد يتعلق بتقييم الأثر البيئي assessment environmental impact وقد تم تعريفه على أنه عملية منهجية

لتحديد وتقييم وتوقع الآثار البيئية للمشاريع الصناعية والتدابير المقترحة (paul & et al,2007:92). وإذا ما حاولنا تفسير الرؤى النظرية السابقة على موضوع الدراسة الراهنة وهو تداعيات كورونا على العدالة الاجتماعية ؛ فإنه يمكن التأكيد على حقيقة هامة وأنه إذا كان فيروس كورونا لا يعترف بأي فروق بين البشر ويتعامل معهم على قدم المساواة، يصيب الأعراق والأجناس جميعا بلا تفرقة، كما أنه لا يميز بين غنى وفقير، يصيب أغنياء لم تنقذ بعضهم ثروتهم من الموت، وفقراء لا يملكون شيئا. إلا أن تداعياته كانت أكثر قسوة على الفئات الفقيرة وأصحاب الدخول الدنيا أكثر من غيرهم ، فزادت معاناه الفقراء والفئات الدنيا من الطبقة الوسطى مقارنة بالشرائح الطبقة الأعلى ، بما صاحب ذلك من ازدياد التفاوتات الاجتماعية على مستوى العالم ، وتتوقع العديد من الهيئات الدولية ازدياد معدلات الفقر بسبب الإجراءات الاحترازية المتخذة لاحتواء فيروس كورونا ، لأنها تشمل غلق الكثير من المنشآت ، مما يؤدي إلى انكماش اقتصادي نتيجة تراجع معدلات النمو ، وازدياد نسبة البطالة (وحيد ، ٢٠٢٠: ٤٧) وهذا ما أكدته نتائج العديد من الدراسات التي تم عرضها.

ومن هنا فإن هناك علاقة بين تفاوت التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا والاختلاف الكبير في أعداد من ينتمون إلى فئات وشرائح المجتمع من أدناها إلى أعلاها. أعداد الفقراء وأبناء الفئات الدنيا في الطبقات الوسطى هي الأكبر في أي مجتمع وإن اختلفت نسبتها إلى إجمالي السكان، فالتركيب الاجتماعي يشبه في الأغلب الهرم ، ومن الطبيعي أن تكون تداعيات "كورونا " على قاعدة الهرم الاجتماعي أشد منها على قمته ووسطه الأعلى (وحيد ، ٢٠٢٠: ٤٨) .

ويمكن قياس أهم مؤشرات غياب العدالة الاجتماعية بين شرائح وطبقات المجتمع بعد تأثير فيروس كورونا متمثلة في الآتي :

الفقر :

هناك نوعان أساسيان من الفقر هما: الفقر المطلق أو الموضوعي والفقر الذاتي؛ ويرتبط النوع الأول بالدخل ويقاس بخطى الفقر الأدنى والأعلى، أما النوع الثاني فيرتبط بتقدير الفقراء لأنفسهم من خلال المنظور الأدنى لمستوى المعيشة، والذي يرتبط بمدى القدرة على توفير متطلبات الحياة اليومية حيث أن هناك قائمة من الاحتياجات يطلق عليها مؤشرات الحرمان ويمثل الحرمان منها ما يعرف بالحرمان النسبي وبالتالي تعد مؤشرات للفقر .(الكردي ، ٢٠١٠

(٣٠٠٠).

كما اعتبر "أوسكار لويس" أن الفقر يعد ثقافة فرعية تظهر نتيجة لقوة ضغوط تلك التغييرات الاجتماعية والتكنولوجية التي تقع في نطاق المجتمع ويتصف بها أولئك الذين نشأوا في عالم الطبقات الأدنى والتي يشترك مع ثقافة المجتمع الأكبر. وأن هذه الثقافة وإن كانت تنتقل من جيل إلى جيل فإنها تعيش في نطاق حاملها دون أن يشعروا بذلك في الوقت الذي يشير إليه مفهوم ثقافة الفقر إلى درجة عالية من التجانس والاتفاق العام بين الفقراء أنفسهم. (الخواجة، ١٩٩٨، ١٣٠-١٣١). ومع تلك الاعتبارات أصبح من المتوقع أن يؤدي النشاط الاقتصادي المتقلص الناتج عن هذه الجائحة إلى انخفاض الدخل الحقيقي لمدة معينة نتيجة للإجراءات الاحترازية، ولا سيما الذين يعملون في وظائف منخفضة المهارة، ومن المتوقع أن تشعر الأسر منخفضة الدخل بالفاتورة الاقتصادية الكبيرة لتلك الجائحة، وقد يتجاوز عدد الأشخاص الذين يعيشون تحت حد الفقر المطلق في العالم ٤٩ مليون شخص. كما تشير التقديرات إلى أن ما يقرب من ١٠٠ مليون شخص ليست لديهم القدرة على الادخار للحفاظ على معيشتهم لمدة شهرين من دون أن يكون لهم دخل منتظم أو تحويلات اجتماعية حتى ولو في منطقة جغرافية متطورة اقتصاديا مثل أوروبا، ويبقى الاقتراض هو المتنفس الوحيد للأفراد الذين فقدوا وظائفهم أو انخفض دخلهم في تلك الجائحة، حيث بلغ رصيد ديون الأسر في العالم حوالي ٤٨ تريليون دولار. (نور الله، ٢٠٢٠: ٥٦)، أما عن النساء فمن المتوقع أن يطال الفقر مزيد من النساء في المنطقة العربية مما يؤثر بشدة على الأسر التي تعولها نساء. (تقرير الأمم المتحدة، هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠٢٠: ٣).

وفي ظل هذه الظروف التي تحيط بالفقراء أصبح فيروس كورونا يهدد ٥٥ مليون شخص بحاجة إلى المساعدات الإنسانية في المنطقة العربية. حوالي ٢٤ مليوناً من المحتاجين إلى هذه المساعدات هم إما لاجئون وإما نازحون داخلياً. والوباء يهدد حصولهم عليها، سواء تعلقت بالغذاء أو الماء أو الصرف الصحي أو الإمدادات الطبية أو الخدمات الصحية. وقد تكون لتعطيل البرامج الإنسانية عواقب وخيمة على الملايين من الناس في ظل هذه الجائحة. (تقرير الأمم المتحدة الاسكوا، ٢٠٢٠: ٣)

الصحة :

إن حفظ الصحة وتعزيزها هو أمر أساسي لمعافاة الإنسان ولتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية ،وهناك سبل كثيرة لحفظ الصحة، وتقع بعض هذه السبل خارج حدود القطاع الصحي ، فالظروف التي ينشأ في ظلها الناس، ويعيشون، ويعملون، ويشيخون تؤثر تأثيراً قوياً على الكيفية التي يحيا بها الناس ويموتون، والتعليم والسكن، والغذاء، والعمل كلها عوامل تؤثر على الصحة ، وإن إصلاح مظاهر الظلم في ذلك من شأنه يحد أيضاً من الظلم في الحصول على الخدمات الصحية. (التقرير الخاص للصحة في العالم ، ٢٠١٠ : ٣)

وتعني التفاوتات الصحية الاختلافات التي تمس المجموعات الاجتماعية من حيث حرمانها من الصحة بالنظر إلى المتغيرات الإثنية ولون البشرة والدين والقومية والموارد أو المواقع الاقتصادية - الاجتماعية التي يعكسها (الدخل والثروة والتعليم والعمل) ، و الجندر والميل الجنسي والعمر والانتماء الجغرافي والقدرات الحسية الحركية ،ونوعية الأمراض والانتماء السياسي. وبهذا تتعلق التفاوتات الصحية بوجه من أوجه العدالة الاجتماعية لأنها تعبر عن تمييز أو إقصاء مقصود أو غير مقصود، بحيث تكون ذات أثر في تعزيز الهشاشة والحرمان الاجتماعيين. (السعيداني ، ٢٠٢٠ : ٣٨) ، كما تتضمن العدالة الصحية "التوزيع العادل للموارد والوصول العادل إلى الفرص المتاحة، والإنصاف في الدعم المقدم للأشخاص عند المرض ، فإن السعي لتحقيق العدالة الصحية يسعى إلى تقليل العبء الزائد لاعتلال الصحة بين السكان المحرومين اجتماعياً واقتصادياً .

ويمكن استعراض ثلاثة أشكال للتفاوت الصحي على النحو الآتي:

١/ كلما ارتفعت الحالة الاجتماعية كلما زاد التمتع بالصحة، حيث ترتبط معدلات المرض والوقاية من الأمراض بمعدلات الدخل.

٢/ عدم المساواة الصحية ليست نتيجة الاختلافات البيولوجية الطبيعية ؛ بل نتيجة لكيفية توزيع المجتمعات للموارد والفرص.

٣/ التفاوت الصحي هو مفهوم يعبر عن حكم أخلاقي أو معياري يشير إلى الفروق الصحية غير العادلة أو النابعة من الظلم .ويقوم مفهوم العدالة الصحية على الالتزام بالعدالة الاجتماعية وحقوق الإنسان الأساسية مثل الوصول إلى المياه النظيفة والغذاء National (collaborating Centre for Determinants of Health ,2013 :44).

وأصبحت تكاليف العلاج من فيروس كورونا، أو حتى تكاليف التحاليل الطبية اللازمة لمعرفة الإصابة من عدمها، أحد التحديات التي باتت تواجه الطبقات الأكثر فقرا في مصر. وإن كانت الدولة توفر هذه الخدمات الطبية دون مصاريف باهظة الثمن، فإن البنية الأساسية الصحية في مصر لا تقوى على استقبال العدد المتزايد من حالات المصابين بفيروس كورونا (عقل، ٢٠٢٠: ١٥٩). وهو ما جعل العلاج خاضعاً للقدرة المادية للفرد الذى من الممكن أن يتحمل تكاليف المستشفيات الخاصة. هذه النقطة تعود إلى سياسات التأمين الصحي للمريض له حق العلاج وفقا للدستور المصري، ولكن مع تزايد أعداد الحالات خلق الكثير من الصعوبات أمام هذا القطاع. وأصبح هناك الكثير من المرضى غير قادرين مادياً وهم الذين يواجهون صعوبات لتوفير مكان لهم في المستشفيات الحكومية على الرغم من أن لديهم تأمين صحى وهم موظفي الحكومة والطبقة المتوسطة ككل، وهناك طبقة غنية في المجتمع المصري لا تحتاج لتأمين صحى من قبل الدولة وأغلب هذه الطبقة تذهب إلى الدول الأوروبية لتلقي العلاج بغض النظر عن طبيعة المرض .

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية :

أهداف الدراسة :

تتعلق الدراسة الراهنة كمحاولة لرصد أهم تداعيات كورونا على العدالة الاجتماعية من النواحي الصحية . ويتفرع من هذا الهدف الرئيسى الأهداف الفرعية الآتية :

١/ الوقوف على العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية وخاصةً بعد تفشي جائحة كورونا .

٢/ الكشف عن تأثير جائحة كورونا في حدوث تفاوتات صحية في المجتمع ومظاهر هذه التفاوتات .

٣/ الوقوف على تأثير جائحة كورونا في إضافة المزيد من الأعباء على الفقراء والمهمشين في المجتمع واستبعادهم خارج نطاق الحماية الاجتماعية .

٤/ الوقوف على أهم استراتيجيات التكيف التي تتبعها الفئات الفقيرة والمهمشة في ظل تداعيات جائحة كورونا.

٥/ الوصول إلى مجموعة من التدابير اللازمة لمواجهة ودعم الفئات المتضررة والأكثر احتياجاً .

تساؤلات الدراسة :

تسعى الدراسة الراهنة إلى الإجابة عن تساؤل رئيسي مؤداه ما أهم تداعيات كورونا على العدالة الاجتماعية من النواحي الصحية؟ ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية :

١/ ما العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية وخاصةً بعد تفشي جائحة كورونا؟

٢/ إلى أي مدى ساهمت جائحة كورونا في زيادة التفاوتات الصحية داخل المجتمع وما مظاهر هذه التفاوتات؟

٣/ هل ساهمت جائحة كورونا في إضافة المزيد من الأعباء على الفقراء والضعفاء والمهمشين في المجتمع واستبعادهم خارج نطاق الحماية الاجتماعية؟

٤/ ما أهم استراتيجيات التكيف التي تتبعها الفئات الفقيرة والمهمشة في ظل تداعيات جائحة كورونا؟

٥/ ما أهم التدابير اللازمة لمواجهة ودعم الفئات المتضررة والأكثر احتياجًا من وجه نظر عينة الدراسة؟

الأساليب المنهجية وأدوات جمع البيانات :

نوع ومنهج الدراسة :

تنتمي الدراسة الراهنة إلى نمط الدراسات الوصفية التحليلية التي تهدف إلى رصد أهم تداعيات كورونا على العدالة الاجتماعية من النواحي الصحية، ولذا اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي بالعينة ؛ كونه أكثر المناهج ملائمةً للدراسات الوصفية .

أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة الراهنة على استمارة الاستبيان كأداة رئيسية لجمع البيانات وتم تقسيم استمارة الاستبيان إلى المحاور الآتية: **المحور الأول** البيانات الأولية. **المحور الثاني**: العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية وخاصةً بعد تفشي جائحة كورونا. **المحور الثالث**: مدى مساهمة جائحة كورونا في زيادة حدة التفاوتات الصحية في ضوء بعض

المتغيرات المختلفة كالدخل والمهنة ومحل الإقامة. **المحور الرابع:** مساهمة جائحة كورونا في زيادة حدة الفقر وإضافة المزيد من المعانات للطبقات الفقيرة والمهمشة في ظل تداعيات كورونا. **المحور الخامس:** أهم استراتيجيات التكيف التي تتبعها الفئات الفقيرة والمهمشة (انظر ملحق ٢) **مجتمع وعينة الدراسة:**

تمثل مجتمع الدراسة في مدينتين مختلفتين (الأولى) في الوجه البحري وهي مدينة (طنطا) والتي تعد عاصمة محافظة الغربية، وهي ثالث مدن الدلتا من حيث المساحة والسكان بعد المحلة الكبرى والمنصورة، وتشتهر بصناعة الحلوى والمسليات والزيوت والصابون والآلات الزراعية والكتان والنسيج، وبها وكالات كبرى الشركات لتركزها بوسط الدلتا مما يسهل عملية التوزيع. كما تلعب دورًا هامًا في الاقتصاد المصري؛ بحيث تعتبر البوابة والمعبر الرئيسي بين المدن . و (الثانية) في الوجه القبلي وهي مدينة (المنيا) وتم اختيارها لأنها تعد ضمن أدنى خمس محافظات على مستوى الجمهورية من حيث متوسط نصيب الفرد من الدخل ، حيث يشير تقرير التنمية البشرية إلى أن محافظة المنيا قد سجلت نسبة فقر بين مواطنيها بلغت ٥٤٪ ، كما سجلت محافظة المنيا أعلى معدل للأمية بنسبة بلغت ٣٧,٢٪ (تقرير التنمية البشرية في مصر ، ٢٠٢١: ٢٢) .

وقد تم اختيار عينة عمدية ممن أصيبوا بفيروس كورونا من الشرائح (الوسطى والعليا) من الطبقة الوسطى وهم أساتذة الجامعة من الكليات المختلفة والقضاة ورجال الأعمال، وشرائح من الطبقة الدنيا من العمالة غير المنتظمة في الوجهين البحري والقبلي لرصد أهم التفاوتات الصحية وفقًا للبعد الجغرافي ، واستخدمت الدراسة أسلوب العينة العمدية بالحصص وفقًا لمتغير المهنة ؛ حيث تم الاعتماد عليها لصعوبة تحديد إطار العينة في المدينتين محل الدراسة ، وتم اختيار (٩٨) من أساتذة الجامعات المختلفة والقضاة ورجال الأعمال ، و(١٣٦) من شرائح الطبقة الدنيا من العمالة غير المنتظمة ، وبذلك يكون إجمالي مفردات العينة (٢٣٤) مفردة. وتم البدء في جمع البيانات الميدانية من بداية شهر يناير للعام ٢٠٢٢ والانتهاء منها في نهاية شهر أبريل للعام نفسه.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

اعتمدت المعالجة الإحصائية في الدراسة الراهنة على عدد من الأساليب الإحصائية المختلفة لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها أهمها : التكررات ، النسب المئوية ، المتوسط

الحسابي ،الوسيط ، الانحراف المعياري ، ومعامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين الدخل و بعض متغيرات الدراسة الأخرى (حيث يعد الدخل من أكثر المؤشرات تعبيرًا عن التفاوتات الطبقيّة). بالإضافة إلى تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA)، واختبار أقل فرق معنوي LSD لتحديد اتجاه الفروق .

الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لعينة الدراسة:

- بدراسة التركيب النوعي لعينة الدراسة: أوضحت النتائج الميدانية ارتفاع نسبة الذكور في شريحتي الدراسة ؛ حيث بلغت نسبة الذكور ٦١,٢٪ للشريحة الوسطى في مقابل ٦٥.٤٪ للشريحة الدنيا ، بينما بلغت نسبة الإناث ٣٨,٨٪ للشريحة الوسطى في مقابل ٣٤,٦٪ للشريحة الدنيا .

- بدراسة التركيب العمري لعينة الدراسة : كانت أعلى نسبة للذين تراوحت أعمارهم من ٥٠ إلى أقل من ٦٠ عامًا والتي بلغت ٣٧.٨٪ في الشريحة الوسطى في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ١٩,١٪ في الشريحة الدنيا، وجاء في المرتبة الثانية نسبة الذين تراوحت أعمارهم من ٤٠ : أقل من ٥٠ عامًا والتي بلغت ٢٩.٦٪ في الشريحة الوسطى في مقابل ٢٤.٣٪ للشريحة الدنيا ، ثم نسبة الذين تراوحت أعمارهم من ٣٠ : أقل من ٤٠ عامًا والتي بلغت ٢٦.٥٪ للشريحة الوسطى في حين ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى ٤٩.٣٪ في الشريحة الدنيا ، وكانت أقل نسبة للذين تجاوزت أعمارهم ال ٦٠ عامًا والتي بلغت ٦,١٪ للشريحة الوسطى في مقابل ٣,٧٪ للشريحة الدنيا .

- وفيما يتعلق بعدد الأبناء لأسر عينة الدراسة : أوضحت النتائج أن النسبة الأكبر من أسر الشريحة الوسطى والتي بلغت ٥٤٪ لديها اثنين من الأبناء فقط ، بينما انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ١٩.١٪ في الشريحة الدنيا ، كما اتضح أن النسبة الأكبر من أسر الشريحة الدنيا والتي بلغت ٤٤,١٪ لديها أربعة أبناء في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ١٤.٣٪ في الشريحة الوسطى ، وبلغت نسبة الأسر التي لديها ثلاثة أبناء ٢٨.٦٪ للشريحة الوسطى في مقابل ٢٠,٦٪ للشريحة الدنيا ، بينما بلغت نسبة الأسر التي لديها خمسة أبناء ١٣,٢٪ للشريحة الدنيا في مقابل عدم وجود أسر لديها خمسة أبناء في الشريحة الوسطى ، وبلغ المتوسط الحسابي لعدد الأبناء في الشريحة الوسطى (٢,٥٤) مقابل (٣,٤٦) للشريحة الدنيا ، بينما بلغ الوسيط (٢) في الشريحة الوسطى مقابل (٤) للشريحة الدنيا .

- وأؤكدت هذه النتائج على ميل الأسر الفقيرة إلى إنجاب عدد كبير من الأبناء، وخاصة أرباب الأسر الفقراء الذين يعملون بمهن هامشية ليس لها دخل ثابت أو معاش أو تأمين؛ ولذا فإن التأمين الحقيقي لهذه الأسر يتمثل في إنجاب عدد كبير من الأبناء، وخاصة الذكور، الذين يعدون ميزة اقتصادية كبيرة لدى هذه الأسر؛ نظرًا لأن تشغيل الأطفال من الأمور الشائعة لدى هذه الأسر، كما أن قلة التعليم لدى الآباء قد يعد من العوامل الرئيسية في زيادة الاتجاه نحو كثرة الإنجاب. ولعل هذا ما يفسر فشل برامج تنظيم الأسرة بين فقراء مصر في الحضر والريف؛ حيث إن الأسرة المصرية الفقيرة ترى في كثرة الإنجاب مصدرًا للأمان الفعلي من المستقبل (فهمي، ١٩٩٦: ١٩٢).

- وفيما يتعلق بنوع السكن لأسر عينة الدراسة : أوضحت النتائج أن النسبة الأكبر من أسر الشريحة المتوسطة والتي بلغت ٨٧.٨ % تسكن في مساكن تمليك ، في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ٢٤.٣ % لأسر الشريحة الدنيا ، حيث أن الغالبية العظمى من أسر الشريحة الدنيا والتي بلغت ٧٥.٧ % تسكن في مساكن إيجار بينما انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ١٢,٢ % لأسر الشريحة الوسطى . وبلغ المتوسط الحسابي لقيمة إيجار المساكن (٣٣٣٣.٣٣) جنيه لأسر الشريحة الوسطى في مقابل (٧١٣.٢٤) جنيه لأسر الشريحة الدنيا . ومما لاشك فيه أن التفاوت الكبير في قيمة الإيجار بين شريحتي الدراسة يدل على أن أسر الطبقة الوسطى في حال عدم امتلاكها لمساكن تستطيع استئجار مساكن في أحياء راقية نظرًا لارتفاع الدخل لديها ، بينما معظم أسر الطبقة الدنيا ليس لديها القدرة في الغالب على امتلاك الوحدات السكنية ولذا تستأجر مساكن في أحياء سكنية شعبية ذات بنية تحتية متدهورة لانخفاض قيمة الإيجارات في هذه الأحياء. وعلى الرغم من انخفاض قيمة الإيجارات في تلك الأحياء؛ يظل إيجار السكن يشكل عبئًا على كاهل الأسر الفقيرة والمحدودة الدخل وخاصةً مع انخفاض الدخل واتسامه في كثير من الحالات بعدم الثبات .

- وفيما يتعلق بالمستوى التعليمي لعينة الدراسة : كشفت النتائج عن انخفاض المستوى التعليمي للغالبية العظمى من أفراد الشريحة الدنيا حيث كانت أعلى نسبة للحاصلين على مؤهل متوسط والتي بلغت ٢٧.٢ % ، وجاء في المرتبة الثانية نسبة الأميين الذين لم يتلقوا أي قسط من التعليم والتي بلغت ٢٤.٣ % ، ثم الحاصلين على مؤهل جامعي والتي بلغت ٢٢.٨ % بينما الحاصلون على الشهادة الإعدادية بلغت نسبتهم ٩.٦ % ، في حين اتضح عدم

وجود أرباب أسر حاصلين على مؤهل فوق جامعي داخل هذه الشريحة، بينما اختلفت الحالة التعليمية تمامًا في الشريحة الوسطى ، حيث بلغت نسبة الحاصلين على مؤهل جامعي ٥٦.١ % ، في مقابل نسبة الحاصلين على مؤهل فوق جامعي والتي بلغت ٤٣.٩ % . ويشير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي إلى أن التعليم يعد من أكثر العوامل ارتباطاً بالفقر حيث أنه يحدد مدى قدرة الفرد على الحصول على فرص مناسبة لكسب الدخل عن طريق العمل (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، ٢٠٠٨).

- **وفيما يتعلق بالحالة المهنية لعينة الدراسة :** تكونت عينة الشريحة الوسطى من عاملين بالمهن الحرة بنسبة ٣٧.٨ % ، ثم أساتذة الجامعات بنسبة ٢٧.٦ % ، ومهندسين بنسبة ٢١.٤ % وأخيرًا قضاة ومستشارين بنسبة ١٣.٣ % ويطلق على هذه المهن (مهن فنية متخصصة) حيث تحتاج إلى قدر كبير من التعليم والمهارة ، بينما تكونت شريحة الطبقة الدنيا من العمالة غير المنتظمة (والتي يطلق عليها البعض المهن الهامشية) والتي لا تحتاج إلى قدر مرتفع من التعليم ، وترى بعض النظريات بأنه من حق الأشخاص الموهوبين من حيث الاستعدادات الفطرية، والمهارات المكتسبة في أن يشغلوا الوظائف الأرقى، ويحصلوا على دخول مادية كبيرة، في حين تبقى الوظائف الأدنى والدخول الأقل لذوى العطاء المتواضع. وتأسيسًا على ذلك كلما ارتفع المستوى الاقتصادي للفرد، كلما كان أقدر على الإنفاق على التعليم، وكلما كانت فرصته أكبر في شغل الوظائف الأرقى. بينما نرى أن الفقراء يرتضون بالوظائف الصغيرة التي تعمل على ترسيخ حالة الفقر لديهم (شتا ، ١٩٩٣ : ٣١٩).

- **وفيما يتعلق بمحل الإقامة لعينة الدراسة :** بلغ عدد الأسر المقيمين في محافظة طنطا ٥٠.٩ % من إجمالي أسر العينة ، منهم ٤٧.٩٦ % للشريحة الوسطى في مقابل ٥٢.٩٤ % للشريحة الدنيا . بينما بلغ عدد الأسر المقيمين في محافظة المنيا ٤٩.١ % من إجمالي أسر العينة ، منهم ٥٢.٠٤ % للشريحة الوسطى في مقابل ٤٧.٠٦ % للشريحة الدنيا.

- **وفيما يتعلق بالدخل الشهري لأسر عينة الدراسة :** كشفت النتائج الميدانية أن الغالبية العظمى من أسر الشريحة الدنيا بنسبة ٩٦.٣ % يتراوح دخلها من ١٠٠٠ إلى أقل من ٥٠٠٠ جنيه شهريًا ، في مقابل نسبة قليلة جداً بلغت ٣.٦٨ % يقل دخلها الشهري عن ١٠٠٠ جنيه ، وإذا انتقلنا إلى الشريحة المتوسطة نجد أن النسبة الأكبر من أسر هذه الشريحة والتي

بلغت ٤٢.٩ % يزيد دخلها الشهري عن ٢٠٠٠٠ جنيه ، وجاء في المرتبة الثانية الأسر التي يتراوح دخلها الشهري من ١٠٠٠٠ إلى أقل من ١٥٠٠٠ جنيه بنسبة بلغت ٢٥.٥١ % ، ثم نسبة الأسر التي يتراوح دخلها الشهري من ١٥٠٠٠ إلى أقل من ٢٠٠٠٠ جنيه والتي بلغت ١٨.٤ % وجاء في المركز الأخير الأسر التي يتراوح دخلها من ٥٠٠٠ إلى أقل من ١٠٠٠٠ جنيه بنسبة صغيرة بلغت ١٣.٣ % . هذا ونلاحظ وجود تفاوت كبير جداً بين متوسط الدخل الشهري لأسر شريحتي الدراسة حيث بلغ متوسط الدخل الشهري لأسر الشريحة المتوسطة (١٧٩٧٩.٥٩) جنيه في مقابل (١٩٥١.٤٧) جنيه لأسر الشريحة الدنيا.

- وبالرجوع إلى تقرير التنمية البشرية لعام (٢٠١٦) الذي أصدرته وزارة المالية ، نجد أن خط الفقر العالمي الذي يمثل كلفة البقاء على قيد الحياة قد بلغ ١,٩ دولار بدلاً من ١,٢٥ دولار في آخر تحديث دوري أقامه البنك الدولي، وبعد قرار الحكومة بتحرير سعر صرف الجنيه أمام العملات الأجنبية سجل الدولار ١٨ جنيهاً بالبنوك الرسمية، وبحساب نسبة خط الفقر العالمي مع سعر الدولار بمصر نجد أن من يتقاضى ٣٤.٢ جنيهاً يومياً، أي ما يعادل ١٠٢٦ جنيهاً شهرياً يعد تحت خط الفقر العالمي، أي أن الأسرة المكونة من ٣ أفراد تحتاج شهرياً إلى ٣٠٧٨ جنيهاً للعيش تحت خط الفقر . وحسب النتائج التي تم الإشارة إليها مسبقاً، نلاحظ أن النسبة الأكبر من أسر الدراسة لديها عدد كبير من الأبناء ، حيث بلغ المتوسط العام لعدد الأبناء (٣,٤٦) ، وهذا يعني تدني نوعية الحياة لجميع أسر الشريحة الدنيا دون استثناء .

- وفيما يتعلق بمصادر الدخل لعينة الدراسة : كشفت النتائج الميدانية أن المصدر الأول للدخل في شريحتي الدراسة تمثل في عمل رب الأسرة بنسبة ١٠٠ % للشريحة الوسطى مقابل ٦٣.٣ % للشريحة الدنيا ، وتمثل ثاني مصادر الدخل في فوائد مدخرات البنوك بنسبة ٦٠.٢ % للشريحة الوسطى ، وفي عمل الزوجة بنسبة ٦١.٠٣ % للشريحة الدنيا ، وجاء عمل الزوجة في المصدر الثالث للدخل بنسبة ٤٤.٩ % للشريحة الوسطى ، وفي مساعدات أهل الخير بنسبة ٤٤.١ % للشريحة الدنيا واحتل عمل الأبناء المصدر الأخير للدخل بنسبة ١٨.٣٨ % للشريحة الدنيا .

- وعن مدى كفاية الدخل ووجود مدخرات لدى عينة الدراسة : أكدت جميع أسر الشريحة الدنيا دون استثناء عن عدم كفاية دخلهم الشهري لمواجهة الاحتياجات الأساسية وعن عجزهم

عن تكوين مدخرات ، في حين أكدت النسبة الأكبر من أسر الشريحة المتوسطة والتي بلغت ٦٦.٣ % عن كفاية دخلهم إلى حد كبير في مقابل ٣٣.٧ % أعربوا عن كفاية دخلهم إلى حد ما ، وأكد ٨٩.٢ % من أسر الشريحة الوسطى عن وجود مدخرات لديهم في البنوك .وهكذا اتضح أن الغالبية العظمى من الطبقات الدنيا لا تمتلك أي ثروة أو دخل إضافي ، فهي لا تمتلك سوى قوة عملها الذي لا يدر في الغالب سوى دخل قليل لا يكفي لإشباع أقل الاحتياجات الأساسية .

تحليل البيانات وتفسيرها :

أولاً: العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية وخاصة بعد تفشي جائحة كورونا:

- وفيما يتعلق بشدة الإصابة بفيروس كورونا بين عينة الدراسة: كشفت النتائج الميدانية عن تفاوت شدة الإصابة بفيروس كورونا بين شريحتي الدراسة ؛ حيث بلغت نسبة الإصابات الشديدة بفيروس كورونا ٧٣.٥ % في الشريحة الدنيا ، في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ٤٠.٨ % في الشريحة الوسطى ، وبلغت نسبة الإصابات المتوسطة ٤٧.٩ % في الشريحة الوسطى في مقابل ٢٢.٨ % في الشريحة الدنيا ، وبلغت نسبة الإصابات الضعيفة ١١.٢ % في الشريحة الوسطى في مقابل ٣.٧ % في الشريحة الدنيا . وعلى الرغم من أن الأوبئة لا تفرق بين غني وفقير ، إلا أن هذه النتائج قد كشفت عن ارتباط الأوبئة بشكل غير مباشر بالفقر ؛ حيث يسكن الفقراء في الغالب في بيئات أكثر ازدحامًا بالسكان وبالتالي تكون فرص حدوث العدوى أكبر ، هذا فضلاً عن إنه يمكن إرجاع شدة الإصابة بين أفراد الشريحة الدنيا إلى عدم قدرتهم على الإنفاق على المطهرات والمعقمات أو شراء (الكمامات) ، واتفقت هذه النتائج مع مقولات "أولريش بيك " عن مجتمع المخاطر، حيث أن البيئة التي تعيش فيها الغالبية العظمى من الشرائح الفقيرة والمحدودة الدخل غالبًا ما تكون بيئة هشة مليئة بالمخاطر. ومن أهم هذه المخاطر البيئية الازدحام الشديد وعدم النظافة وانتشار القمامة وغالبًا ما تكون هذه الجوانب خارج سيطرة هذه الطبقة ؛ فليس لديهم القدرة على اختيار بيئة أفضل لتدنى مستوى الدخل لديهم، ولذا فهم غالبًا يكونون أكثر الفئات تأثرًا بالأمراض والأوبئة ، كما أن ضعف المستوى التعليمي لديهم قد يؤدي إلى نقص الوعي بضرورة اتباع تعليمات وزارة الصحة .

- وفيما يتعلق بأماكن تلقي العلاج لشريحتي الدراسة : كشفت المعطيات الميدانية أن المستشفيات الحكومية تعد الملاذ الأول الذي تلجأ إليه الشرائح الفقيرة والمحدودة الدخل في حالة مرضهم ، وهذا ما أكدت عليه النسبة الأكبر من أرباب الأسر في الشريحة الدنيا والتي بلغت ٥٠.٧% في حين انخفضت نسبة من تعالجوا في المستشفيات الحكومية لتصل إلى ٤.٠٨% في الشريحة المتوسطة ، حيث أعربت النسبة الأكبر والتي بلغت ٥٠% من أرباب الأسر في الشريحة المتوسطة أنهم تلقوا العلاج عند طبيب خاص في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ٥.٢% لدى أرباب أسر الشريحة الدنيا . كما اتضح أن ٣٧.٨% من أرباب أسر الشريحة الوسطى قد تلقوا العلاج في مستشفيات التأمين الصحي في حين انخفضت نسبة من تلقوا العلاج في التأمين الصحي لتصل إلى ٤.٤% في الشريحة الدنيا (حيث أنه في الغالب لا يوجد تأمين صحي للنسبة الأكبر من العمالة غير المنتظمة). وبلغت نسبة من تلقوا العلاج في مستشفيات العزل ٣٩.٧% من أرباب أسر الشريحة الدنيا في مقابل ٨.٢% للشريحة الوسطى . وقد أعربت النسبة الأكبر من أرباب أسر الشريحة الدنيا والتي بلغت ٩٢.٣% عن تدني مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدم لهم في المستشفيات الحكومية في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ١٦.٣% فقط في الشريحة الوسطى حيث أكدت نسبة ٦٧.٤% من أفراد الشريحة الوسطى أنهم تلقوا رعاية صحية جيدة في مستشفيات التأمين الصحي ، وتؤكد هذه النتائج عن تفاوت في تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحي وفقاً للدخل والمهنة ، واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة أبو سمرة (٢٠٢٠) والتي أكد من خلالها أن العالم المعاصر يدور في فلك مصلحة الأقوى والأغنى ، عالم يعمق التفاوتات الطبقيّة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ، عالم يزداد فيه الفقراء والمهمشين . كما اتفقت مع نتائج دراسة حجير (٢٠١٥) والتي كشفت عن عدم وجود عدالة في أماكن تلقي العلاج بين الطبقات الغنية والفقيرة واختلاف في درجات التأمين الصحي الذي يمتلكه أفراد الطبقتين حيث يمتلك أفراد الطبقة الغنية التأمين الصحي ذا الدرجة الأولى ، بينما يمتلك أفراد الطبقة الفقيرة التأمين الصحي ذا الدرجة الثالثة في غالبية الأسر .

- وعلى الرغم من انخفاض الرعاية الصحية المقدمة للفقراء في المستشفيات الحكومية تعد هي الخيار الأوحده في الغالب المتاح لهم نظرًا لتدني الدخل الذي يحرمهم من اختيار أماكن

أفضل للعلاج ؛ حيث كشفت نتائج معامل ارتباط بيرسون عن وجود علاقة ايجابية بين انخفاض الدخل وبين العلاج المستشفيات الحكومية وتأكدت معنوية هذه العلاقة عند مستوى معنوية (٠.٠١) ، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون (٢١٣.٠٧٢***) عند درجات حرية (١٥) . وتؤكد هذه النتائج على أن الفقر الحقيقي هو انعدام الخيارات المتاحة أمام الأفراد ، وهذا ما أكد عليه "جون رولز" في مؤلفه المعنون (نظرية العدالة) حيث ربط بين العدالة الاجتماعية وبين المساواة والحرية ، حيث تعني العدالة الاجتماعية عند "رولز" تعدد الخيارات والفرص المتاحة للأفراد ، بما يمكنهم من إختيار نمط معيشتهم ، والتحكم في مسارات حياتهم (الفلاح ، ٢٠١٦ : ١١٩).

- وفيما يتعلق بأوجه السوء في خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية: أكد جميع أفراد الشريحة الدنيا دون استثناء عن عدم توافر الاهتمام الكافي من قبل الأطباء وخصوصاً للفقراء ، هذا فضلاً عن نقص عدد الأسرة والذي أشارت له نسبة ٨٠.٧ % من أفراد الشريحة الدنيا ، بالإضافة إلى عدم توافر الأجهزة الطبية الحديثة والذي أشارت إليه نسبة ٦٥.٦ % من أفراد الشريحة الدنيا ، وأخيراً نقص في عدد الأطباء والمرضى وهذا ما أشار إليه ١١.٨ % من أفراد الشريحة الدنيا.

- وفي هذا الصدد يؤكد " الجبالي " على أن خفض الإنفاق العام المخصص لقطاع الصحة قد أثر سلباً على أداء هذا القطاع، ويؤكد على أن الإنفاق على الخدمات الطبية الوقائية قد تأثر سلباً ، مما يزيد من خطورة الوضع على الفئات الفقيرة (الجبالي ، ٢٠٠٠ : ١٩). حيث أن الفئات الفقيرة هي أكثر الفئات تأثراً بتخفيض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة لعدم وجود أماكن للعلاج سوى المستشفيات الحكومية أو مستشفيات التأمين الصحي ، كما أكدت نتائج العديد من الدراسات أن الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقات والشرائح الاجتماعية العليا يتمتعون بمستويات صحية أفضل ، ويرتبط مؤشر الصحة ارتباطاً طردياً بالطبقة الاجتماعية للفرد فهذا يعني أنه كلما ارتقى الإنسان في السلم الاجتماعي كلما حصل على درجة أعلى في مؤشر الصحة (جاد، ٢٠١٠ : ١٢٣).

- وفيما يتعلق بالشعور بقدر من العدالة الصحية لدي شريحتي الدراسة : كشفت المعطيات الميدانية عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين الدخل والشعور بالعدالة الصحية وتأكدت معنوية هذه العلاقة عند مستوى معنوية (٠,٠١) حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون

(**١٥٨,٨٨) عند درجات حرية (٥) ؛ بمعنى أنه كلما ارتفع دخل الفرد كان أكثر قدرة على الحصول على رعاية صحية جيدة ، وهذا ما أكدت عليه النسبة الأكبر والتي بلغت ٩٣.٨ % من أفراد الشريحة الوسطى ، حيث أشاروا إلى أنهم كانوا يشعرون بقدر من العدالة الصحية أثناء تواجدهم بالمستشفيات الحكومية ومستشفيات العزل ومستشفيات التأمين الصحي ، في حين انخفضت نسبة من أكدوا على ذلك لتصل إلى ٧.٤% من أفراد الشريحة الدنيا ، حيث أكدت الغالبية العظمى من أفراد الطبقة الدنيا والتي بلغت نسبتهم ٩٢.٦٥ % بأنهم لم يشعروا بأي قدر من العدالة الصحية أثناء تلقيهم العلاج بالمستشفيات الحكومية في حين أنخفضت هذه النسبة لتصل إلى ٦.١٢ % فقط لدى أفراد الشريحة الوسطى . وتمثل السبب الأول في عدم شعور النسبة الأكبر من أفراد الشريحة الدنيا بقدر من العدالة الصحية أثناء جائحة كورونا في أن الخدمات الصحية لم تكن تتوافر إلا من خلال واسطة ، وهذا ما أشارت إليه نسبة ٨٠.٩ % من أفراد الشريحة الدنيا ، وتمثل ثاني الأسباب في شعور أفراد الشريحة الدنيا بأنه أثناء جائحة كورونا كانت الخدمات الطبية تتوافر لأصحاب النفوذ والسلطة فقط وهذا ما أشارت إليه نسبة ٦٩.٨ % من أفراد الطبقة الدنيا ، كما أشارت نسبة ٦١.١% من أفراد الشريحة الدنيا بأن الخدمات الصحية لم تكن تتوافر بشكل متساو بين شرائح المجتمع حيث أوضحت أزمة كورونا عن وجود تفرقة في تقديم خدمات الرعاية الصحية بين شرائح المجتمع المختلفة ، وأكدت هذه النتائج على مقولات "توماس بكيتي" والتي أشار من خلالها إلى أن رأس المال ينمو بمعدل يزيد بصورة عامة عن معدل النمو في الاقتصاد بما يقود إلى خلق تفاوت متزايد في الاقتصاد والصحة وغيرها ، ويمكن التأكيد على أن التفاوتات الصحية التي تمس المجموعات الاجتماعية من حيث حرمانها من الصحة بالنظر إلى المواقع الاقتصادية - الاجتماعية التي يعكسها (الدخل والثروة والتعليم والعمل) تتعلق بوجه من أوجه العدالة الاجتماعية لأنها تعبر عن تمييز أو إقصاء مقصود أو غير مقصود، بحيث تكون ذات أثر في تعزيز الهشاشة والحرمان الاجتماعيين.

- وفيما يتعلق برأي عينة الدراسة في كيفية متابعة المستشفيات للحالات المصابة بالوباء : من خلال نتائج الدراسة الميدانية أكدت معظم شرائح الطبقة الدنيا بنسب (٩٠,٤% ، ٨٤,٥%) على التوالي أن اهتمام المستشفيات وتتبع الحالات المصابة بالفيروس من خلال القوة والنفوذ ، الواسطة والسلطة في المقابل أكدت شرائح الطبقة الوسطى ذلك بنسب

(١٩,٣% ، ٥٨,١%) على التوالي ، ثم أكدت شرائح الطبقة الدنيا بأن تتبع المستشفيات واهتمامها بالحالات المصابة بنسبة ٣٧,٥% وفقا للإمكانات المادية المتاحة في المقابل أكدت ذلك شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٣٠,٦% وأخيراً أكدت كل من شرائح الطبقة الوسطى والطبقة الدنيا على استخدام الخط الساخن لوزارة الشؤون الصحية بنسب (٧٧,٥% ، ٢٥,٧%) على التوالي . واتضح من التحليل السابق أن معظم تتبع الحالات والاهتمام بها يعتمد على القوة والسلطة والنفوذ والإمكانات المادية أكثر من تطبيق المساواة والعدالة الاجتماعية بين جميع فئات المجتمع بشكل متساو. ومن هنا اتضح غياب العدالة الاجتماعية في تطبيق العدالة الصحية. واتفقت هذه النتائج مع المقولات النظرية لـ "بيكتي" والتي أكد من خلالها على مسألة التفاوت في توزيع الثروة وغياب العدالة الاجتماعية وعلى أن رأس المال أو الثروة ينمو بمعدل يزيد بصورة عامة عن معدل النمو في الاقتصاد بما يقود إلى خلق تفاوت متزايد، والتي أشار من خلالها إلى ضرورة دراسة الآثار الاجتماعية لظاهرة عدم المساواة بين فئات المجتمع ككل ، واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة أحمد (٢٠٢٠) والتي توصلت إلى وجود علاقة طردية بين أبعاد العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر .

ثالثاً : تأثير جائحة كورونا في حدوث تفاوتات صحية في المجتمع ومظاهر هذه التفاوتات :

- فيما يتعلق بمدى احتجاز أفراد العينة بمستشفيات العزل الصحي : أكدت معظم أفراد العينة من شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٦٥,٤% باحتجاز أحد أفراد أسرهم في مستشفيات العزل الصحي، في مقابل نسبة شرائح الطبقة الوسطى ٥٧,١% ، أما من لم يتم احتجازهم في مستشفيات العزل فبلغت نسبتهم ٤٢,٨% من شرائح الطبقة الوسطى في مقابل نسبة ٣٤,٥% من شرائح الطبقة الدنيا.
- وكشفت النتائج الميدانية على تأكيد معظم أفراد العينة على مواجهتهم للصعوبات داخل تلك المستشفيات من شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ١٠٠%، في المقابل كانت شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٤٤,٦%. ثم يليها فئة ممن تواجه هذه الصعوبات الى حد ما بنسبة ٥١,٧% من أفراد شرائح الطبقة الوسطى وأخيراً فئة ممن لم تواجه أية صعوبات من شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٣,٥% . وهذا يدل على قدرة شرائح الطبقة الوسطى على التعامل مع تلك الصعوبات أو التخلص منها تماماً، والبحث عن طرق أخرى تكفل لها تجاوز صعوبات العزل، وقد يكون

ذلك من خلال قدرتهم على التواصل مع أطباء على المستوى الخاص من خلال إمكاناتهم المادية أو من خلال المعارف والعلاقات التي تتيح لهم الفرص للحصول على خدمات صحية أفضل .

- كما أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أهم الصعوبات التي واجهت شرائح الطبقة الدنيا قبل دخول مستشفيات العزل الصحي ، ومنها أن دخول تلك المستشفيات يكون محكوماً بالواسطة والمحسوبية بنسبة ٩٦,٦٪. في المقابل أكدت شرائح الطبقة الوسطى على الواسطة والمحسوبية بنسبة ٦٨٪. بالإضافة إلى الاضطرار إلى دفع نفقات إضافية من شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٨٠٪ في مقابل نسبة ٦٠,٦٪ من شرائح الطبقة الدنيا سواء لتوفير الأدوية أو المكان المناسب، أو كنوع من أنواع زيادة الاهتمام والتميز عن غيرهم. واتفقت هذه النتائج مع المقولات النظرية " لتوماس بكيثي " عن فكرة مسألة التفاوت في توزيع الثروة وغياب العدالة الاجتماعية القائم على أساس رأس المال بما يقود إلى خلق تفاوت متزايد، ويؤدي إلى انعدام المساواة في الرعاية الصحية ؛ولذا أوصى بضرورة إصلاح آليات التمويل لتحسين المرونة في تقديم الخدمات، والتوسع في منشآت البنية التحتية للمستشفيات، بما في ذلك الفرز لاستيعاب الحالات المصابة بفيروس كورونا ، وغيرها من المرضى في الوقت نفسه . واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة عبد الجواد (٢٠٢١) والتي أشارت إلى أن فرص الحصول على الخدمات الطبية اختلفت بين عينة الدراسة حيث أشارت نسبة غير قليلة من عينة الدراسة أنهم واجهوا العديد من التعقيدات في الحصول على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم .

وأوضحت نتائج ارتباط بيرسون على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين الدخل وبين الصعوبات التي تواجه شرائح الطبقة الدنيا والعليا في دخول مستشفيات العزل الصحي ، حيث كانت أكثر فئة واجهت صعوبات أثناء دخولهم العزل وأثناء وجودهم بالعزل هي فئة الدخل أقل من (١٠٠٠) جنيه شهرياً ، وكانت أكثر فئة لم تجد صعوبات أثناء دخولهم العزل هي فئة الدخل التي تزيد عن (٢٠٠٠٠) جنيه شهرياً ، حيث أن قيمة معامل بيرسون قد بلغت (٨٨.٩٤**) وبدرجات حرية (١٠) في الصعوبات التي واجهت شرائح الدراسة قبل دخول العزل .

- وفيما يتعلق بأهم المشكلات التي واجهت شرائح العينة داخل مستشفيات العزل: أكدت معظم أفراد شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٨٩,٤٪ على الاضطرار إلى دفع مبالغ إضافية للحصول على المستلزمات الطبية التي يحتاجون إليها بداخل المستشفى، في المقابل أكدت شرائح الطبقة الدنيا على ذلك بنسبة ٥٩,٥٪ . ثم جاءت في المرتبة الثانية تأكيد شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٨٥,٣٪ على توفير أنابيب الأكسجين لأصحاب الوساطة والمحسوبة فقط، في المقابل أكدت على ذلك شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٥,٢٪. هذا فضلاً عن عدم وجود اهتمام ورعاية صحية كافية من قبل الطاقم الطبي وهذا ما أكدت عليه نسبة ٦٥,٧٪ من شرائح الطبقة الوسطى مقابل نسبة ٥٦,١٪ من شرائح الطبقة الدنيا ، وأوضحت نتائج ارتباط بيرسون على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين الدخل وبين المشكلات التي تواجه شرائح الطبقة الوسطى والدنيا في دخول مستشفيات العزل الصحي ، حيث كانت أكثر فئة واجهت صعوبات أثناء وجودهم بالعزل هي فئة الدخل أقل من (١٠٠٠) جنيه شهرياً ، وكانت أكثر فئة لم تجد صعوبات أثناء دخولهم العزل هي فئة الدخل التي تزيد عن (٢٠٠٠٠) جنيه شهرياً ، حيث بلغت قيمة معامل بيرسون (٦٧.٠٩**) وبدرجات حرية (٥) .

وهذا يعني أنه كلما زاد الدخل كلما قلت الصعوبات التي تواجه فئات وشرائح المجتمع في دخول مستشفيات العزل وقد يرجع ذلك إلى تقديم التسهيلات من منطلق القوة والسلطة والنفوذ لأصحاب الدخل المرتفعة فلا تشعر بحدة تلك الصعوبات واتضح من التحليل السابق الفجوة بين كل من الأغنياء والفقراء والتي ازدادت اتساعاً في السنوات الأخيرة بشكل غير مسبوق ، وبلغت نسب اللامساواة مستويات غير مسبوقة في أعقاب جائحة كورونا لعدة أسباب على رأسها السياسات الاقتصادية والسياسية التي تعتمدها حكومات دول المنطقة ككل، وهي سياسات كرس تفاوتاً اقتصادياً عميقاً بين الطبقات الاجتماعية المختلفة .

وقد أقرت المفوضية الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية بأن غياب العدالة الاجتماعية يؤثر بشكل ملحوظ على عدالة توزيع الخدمات الصحية. وانتهت تلك المفوضية إلى التأكيد على أن غياب العدالة الصحية لم يعد مقبولاً أخلاقياً، وأن مفهوم الأنشطة الانتقالية والتدرج في التنفيذ لا يعني التأثير على حق المواطنين في عدالة الحصول على الفرص الصحية. فالإنصاف في الصحة يجب أن يتماشى مع الاهتمامات

السياسية المختلفة حيث أن تطوير القطاع الصحي لا يمكن أن يتحقق بمعزل عن السياسات العامة الأخرى. فالصحة هي شرط مسبق وأساسي، مُخرج ومؤشر هام لاستدامة المجتمع ويمكن وصفها كقيمة شاملة وكمعطى تكاملي اجتماعي وسياسي للجميع (غنام، ٢٠١٨، ص ٦) .

- وفيما يتعلق بوجود فروق في تقديم الخدمات الصحية وفقاً لمحل الإقامة : (بين وجه

بحري ووجه قبلي) كشفت نتائج معامل بيرسون عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين شرائح العينة الدنيا والوسطى وفقاً لمحل الإقامة فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية المقدم في المستشفيات الحكومية ، وأيضاً عدم وجود فروق في وجود صعوبات في دخول مستشفيات العزل، بينما كشفت النتائج الميدانية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين شرائح العينة في وجود مشكلات واجهتهم أثناء احتجازهم بمستشفيات العزل حيث بلغت قيمة معامل بيرسون (١٩.١٨*) عند درجة حرية (١) . حيث أكدت شرائح الطبقة الدنيا المقيمين في مدينة المنيا بنسبة ١٠٠٪ على وجود العديد من المشكلات داخل مستشفيات العزل في مقابل ٧٦.٥٪ فقط للمقيمين في مدينة طنطا ، ويمكن أن نستنتج من هذه النتائج أن خدمات الرعاية الصحية قد تكون أفضل قليلاً في محافظات الوجه البحري عن محافظات الجنوب ؛ حيث عملت السياسات الاقتصادية فيها على توفير قدر أكبر من الخدمات العامة اللازمة لتوفير الرفاهية بالمقارنة بوجه قبلي . وقد يختلف الوصول إلى الرعاية الصحية عبر البلدان والمجتمعات والأفراد، ويتأثر إلى حد كبير بالظروف الاجتماعية والاقتصادية وكذلك السياسات الصحية القائمة بها. وانفقت نتائج الدراسة الراهنة مع دراسة Finn & Kobayashi(2020) والتي هدفت إلى تسليط الضوء على التداعيات الاجتماعية والاقتصادية والصحية لجائحة كورونا على المناطق المهمشة في أفريقيا جنوب الصحراء حيث تواجه هذه المنطقة مجموعة من التحديات الخطيرة حيث كشفت جائحة كورونا عن افتقار هذه المنطقة إلى البنية التحتية العامة ، وصعوبة وصول شعوب هذه المنطقة خاصة الأكثر فقراً وتهميشاً إلى خدمات الرعاية الصحية ، كما انفقت أيضاً مع المقولات النظرية ل "ديفيد سميث" والتي حاول من خلالها أن يمهد الطريق نحو تطوير ما يسمى بجغرافيا الرعاية الاجتماعية أو جغرافيا المستوى المعيشي والتي تعنى بتحليلات العدالة الاجتماعية والمكانية والتي كانت المفتاح لفهم عواقب التقسيم غير العادل لنتائج التغيير الاجتماعي.

واتضح من النتائج السابقة أنه مع ظهور فيروس كورونا ، ظهرت معها العديد من التحديات الكبيرة على النظم الصحية، نتيجة للزيادة السريعة في الحالات، الأمر الذي جعل الوقاية وعدم الانتشار للمرض والسيطرة عليه أمر هام للغاية، وقد يكون أكثر أهمية من كيفية العلاج وتوفير الفرص المتاحة بقدر من العدالة الاجتماعية بين جميع فئات المجتمع. واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة عبد الجواد (٢٠٢١) والتي هدفت إلى تحديد العوامل المؤثرة في عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية.

- وفيما يتعلق بوجود تفرقة في تقديم الخدمات الصحية وفقا للمستوى الاقتصادي لعينة

البحث: أكدت معظم حالات الدراسة من شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩٥,٥% على وجود تفرقة بالفعل في تقديم الخدمات الصحية بشكل واضح في المقابل أكدت على ذلك شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٧٥,٥%. في حين أكدت شرائح الطبقة الوسطى أنها لا تشعر بوجود تفرقة في تقديم الخدمات الصحية وفقا للمستوى الاقتصادي بنسبة ٢٤,٤% في مقابل نسبة ٤,٤% من شرائح الطبقة الدنيا الذين أكدوا على ذلك . ومن أكثر أشكال هذه التفرقة، أكدت أفراد شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٨٩,٢% على أن تقديم الخدمات للأغنياء أفضل من الفقراء في مقابل نسبة ٥٨,١% من شرائح الطبقة الوسطى ، يليها في المرتبة الثانية أكدت أفراد شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ١٠٠% على تقديم الخدمة لأصحاب النفوذ والواسطة بشكل واضح في المقابل شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٨٦,٩% . وأخيرا أكدت شرائح الطبقة الدنيا على تقديم إعانات غذائية للفئات الفقيرة بنسبة ٢٣%. وقد أكدت نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين شرائح العينة الوسطى والدنيا حيث بلغت قيمة (F) ١١.٠٢* وفقاً للمستوى الاقتصادي ولتحديد اتجاه الفروق أوضحت نتائج اختبار أقل فرق معنوي (LSD) أن أكثر فئة شعرت بوجود تفرقة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية وفقاً للمستوى الاقتصادي كانت فئة الدخل أقل من (١٠٠٠٠ جنيه شهرياً) وأقل فئة شعرت بوجود التفرقة هي فئة الدخل (أكثر من ٢٠٠٠٠ جنيه). وأكدت هذه النتائج على تفاوت تقديم خدمات الرعاية الصحية أثناء جائحة كورونا وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي وهي نفس النتائج التي أشارت لها دراسة (Khoo,2013) والتي أشارت إلى وجود خلل كبير في تطبيق معايير العدالة الاجتماعية وخاصة على الجانب الصحي حيث يعاني الفقراء بصفة عامة من الأخطار الصحية المترتبة

على عدم تطبيق العدالة الاجتماعية، كذلك تتفق مع نتائج دراسة حجير (٢٠١٥) والتي سلطت الضوء على المقارنة بين أفراد الطبقة الغنية والطبقة الفقيرة فيما يتعلق بالمرض وأماكن تلقي العلاج ونوعية الرعاية الصحية المقدمة إلى كل منهما. كما اتفقت مع مقولات "توماس بيكيتي" على التفاوت في توزيع الثروة وعدم المساواة وغياب العدالة الاجتماعية .

- **وفيما يتعلق بإتاحة وجود تأمين صحي بين أفراد عينة الدراسة :** أكدت أفراد شريحة الطبقة الوسطى بنسبة ٨٥,٧٪ على اشتراكها في منظومة التأمين الصحي وتوفير الخدمات اللازمة لها بشكل أسهل في حين انخفضت نسبة المشاركين في منظومة التأمين الصحي لتصل إلى ١٩,٨٪ فقط من أفراد شرائح الطبقة الدنيا. وهذا يعني أن الغالبية العظمى من أفراد الشريحة الدنيا والتي بلغت نسبتهم ٨٠,١٪ لم يتوفر لهم فرصة الاشتراك في منظومة التأمين الصحي في حين انخفضت هذه النسبة لتصل إلى ١٤,٢٪ لدى شرائح الطبقة الوسطى ، واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة "العبيسي وحزمة" (٢٠٢٠) والتي أسفرت نتائجها عن أن جائحة كورونا قد كشفت عن خلل واضح في الاقتصاد الوطني في الجزائر؛ حيث كشفت الأزمة عن وجود فئات واسعة من المجتمع لا تستفيد من خدمات التأمين الاجتماعي.

- **وفيما يتعلق بجودة خدمات التأمين الصحي المقدمة لعينة الدراسة:** أكدت معظم أفراد العينة من شرائح الطبقة الوسطى على أن جودة مستوى الخدمة المقدمة في التأمين الصحي بنسبة ٧٥٪ ، في حين أكدت نسبة ٥٥,٦٪ من شرائح الطبقة الدنيا المشتركين في منظومة التأمين أن مستوى الخدمة المقدمة لهم (متوسط) ، في مقابل نسبة ٤٤,٦٪ المشتركين في منظومة التأمين الصحي داخل نفس الشريحة أشاروا إلى سوء مستوى الخدمة المقدم لهم. واتضح من النتائج السابقة أن خدمات التأمين الصحي المقدمة تختلف باختلاف المستوى الاجتماعي والمستوى الاقتصادي أو بمعنى أصح حسب المستوى المهني والطبقي، فالنسبة الأكبر من العمالة غير النظامية تحرم من الاشتراك في منظومة التأمين الصحي وفي حالة اشتراكها فإن مستوى الخدمات الصحية المقدمة لها تكون سيئة على عكس الفئات الداخلية الأعلى، والتي تتمتع بخدمات تأمين صحية جيدة ، واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة حجير (٢٠١٥) والتي كشفت عن عدم وجود عدالة في أماكن تلقي العلاج بين أفراد الطبقتين الغنية والفقيرة و عن اختلاف في درجات التأمين الصحي الذي يمتلكه أفراد الطبقتين. حيث

يملك أفراد الطبقة الغنية التأمين الصحي ذا الدرجة الأولى ، بينما يمتلك أفراد الطبقة الفقيرة التأمين الصحي ذا الدرجة الثالثة في غالبية الأسر .

وفي الوقت الذي حاولت فيه منظمة الصحة العالمية أن تركز على نهج تحسين قطاع الخدمات الصحية، والحفاظ على الصحة لأن جودة الرعاية الصحية تعتمد على جودة بيئة العمل (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٧، ص ٢) وحتى وقت قريب كانت الدولة توفر الخدمات الطبية للفئات الفقيرة دون مصاريف باهظة الثمن، إلا أن جائحة كورونا قد كشفت أن البنية الأساسية الصحية في مصر لا تقوى على استقبال العدد المتزايد من حالات المصابين بفيروس كورونا (عقل ، ٢٠٢٠ : ١٥٩). وهو ما جعل العلاج خاضعا للقدرة المادية للفرد الذي من الممكن أن يتحمل تكاليف المستشفيات الخاصة. وإن كانت خدمات التأمين الصحي حق لجميع الأفراد وفقًا للدستور المصري ، إلا أنه مع تزايد أعداد الحالات خلق الكثير من الصعوبات أمام قطاع الصحة. وأصبح المرضى غير القادرين ماديًا يواجهون صعوبات لتوفير مكان لهم في المستشفيات الحكومية ويزداد الوضع سوءًا في حالة عدم اشتراكهم في منظومة التأمين صحي وهذه النتائج تسلط الضوء على أهمية المقولات النظرية لـ "كيتسون" والتي أشار من خلالها إلى أهمية تطبيق العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص لجميع شرائح المجتمع.

رابعًا : تأثير جائحة كورونا في إضافة أعباء إضافية على الفقراء والمهمشين , وأهم استراتيجيات التكيف:

يمكن القول أن جائحة كورونا قد أثرت بشدة على حياة جميع الناس من جميع الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية، وعلى سبل معيشتهم، إلا أن تأثيرها كان أشد وطأةً على الفئات الفقيرة والمهمشة ، وأي مبادرة إنقاذية للقضاء على هذا الوباء يجب أن تتمحور حول رفاه الناس وتضامن أركان المجتمع. ووفقا لأحدث تقرير للبنك الدولي حول جائحة فيروس كورونا والهجرة ، فإن الأزمة الاقتصادية التي يسببها الفيروس أعمق وأكثر انتشارًا من أي جائحة وأزمة صحية أخرى منذ القرن العشرين. (خالد ، ٢٠٢٠ : ٦)

- وفيما يتعلق بمدى تأثير جائحة كورونا من النواحي الاقتصادية على عينة الدراسة : من خلال النتائج الميدانية للدراسة أكدت معظم أفراد العينة من شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩١,٩% على أن تأثير جائحة كورونا عليهم من النواحي الاقتصادية ظهر بشكل كبير جدا ، وقد يفسر ذلك من خلال تسريح العديد من العمالة غير المنتظمة من أعمالهم في ظل

الظروف الاقتصادية التي فرضها الوباء على المجتمع ككل. يليها في المرتبة الثانية أكدت شرائح الطبقة الوسطى إلى تأثير تلك الجائحة على النواحي الاقتصادية إلى حد ما بنسبة ٦١,٢٪ ، كما أكدت شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٣٨.٧٨٪ على تأثير هذه الجائحة على النواحي الاقتصادية بشكل بسيط جدا ، ويمكن تحليل ذلك من منطلق أن معظم هذه الشريحة من أساتذة الجامعات أو القضاة والتي لم تتأثر من فقدان وظيفتهم . كما اتضح من التحليل السابق أن العمالة غير المنتظمة هي من أكثر الفئات تضررا وتأثرا بظروف الوباء والذي أدى إلى تسريحهم وعدم توافر الأمان المادي والنفسي. وفي هذا الصدد لاحظ الاقتصاديون أن الأفراد الذين ليس لديهم شهادة جامعية هم الأكثر تضررا أثناء فترة الركود والانكماش الاقتصادي المصاحبة لجائحة كورونا ؛ حيث أن الانكماش الاقتصادي قد عزز التغيير الهيكلي الأوسع في الاقتصاد مع التأثير الأكبر على العمال الأقل مهارة، وذوي المستويات التعليمية المنخفضة (Richard,2012) .

- وفي هذا الصدد أكدت نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين شرائح العينة الوسطى والدنيا فيما يتعلق بأهم التأثيرات الاقتصادية السلبية لجائحة كورونا عليهم ؛ حيث بلغت قيمة (F) ١٧٠.٦٦* ولتحديد اتجاه الفروق أوضحت نتائج اختبار أقل فرق معنوي (LSD) أن أكثر فئة شعرت بالتأثيرات الاقتصادية السلبية لجائحة كورونا كانت فئة الدخل التي تراوحت من (١٠٠٠ : أقل من ٥٠٠٠ جنيه شهريا) بينما كانت أقل فئة شعرت بهذه التأثيرات كانت فئة الدخل (أكثر من ٢٠٠٠٠ جنيه) .

وأظهرت النتائج الميدانية أن أهم التأثيرات الاقتصادية لعينة الدراسة تتمثل في ظهور نفقات إضافية كالإنفاق على المطهرات والمعقمات بين شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٩١,٦٪ في المقابل أكدت شرائح الطبقة الدنيا على ذلك بنسبة ٢٢,٧٪. ثم جاء في المرتبة الثانية انقطاع الدخل اليومي والتعرض للبطالة لدى شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٨٨,٩٪، ثم جاءت في المرتبة الثالثة صعوبة توفير الاحتياجات الأسرية اليومية لدى شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٦٥,٤٪، في المقابل لدى شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٣٦,٦٪. ثم استنزاف الموارد المالية المدخرة أثناء فترة العمل لدى شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٦١,٧٪ في المقابل لدى شرائح الطبقة الوسطى بنسبة

٣٠٪. وأخيرا الصعوبة في دفع إيجار المنزل لدى شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٤٧,٧٪ في المقابل لدى شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ١٠٪.

واتضح من التحليل السابق أن الطبقة الدنيا من أكثر الشرائح تأثراً بهذه الجائحة بشكل أكثر حدة ؛ حيث نجد أن عمال الاقتصاد غير الرسمي يفتقرون للحماية الأساسية التي توفرها وظائف القطاع الرسمي بما في ذلك تغطية الحماية الاجتماعية، كما أنهم محرومون من الوصول لخدمات الرعاية الصحية وليس لديهم بديل للدخل إذا توقفوا عن العمل ، وفي أكتوبر ٢٠٢٠ م أعلن وزير القوى العاملة أن عدد العمالة غير المنتظمة التي قامت بالتسجيل وتحديث بياناتها على موقع الوزارة بلغ عددهم ستة ملايين واثنين وعشرون ألف عامل . (عباس، ٢٠٢٢:١٤٢٣). واتفقت هذه النتائج مع المقولات النظرية لـ"بكي تي" والتي أكد من خلالها على أن انعدام المساواة في الرعاية الصحية يؤدي إلى تعميق الحرمان والتفاوتات الطبقيّة لدى شرائح المجتمع الأكثر فقراً.

وقد كشفت النتائج الميدانية فيما يتعلق بفترة الانقطاع عن العمل لعينة البحث: أن جميع أفراد شرائح الطبقة الدنيا قد انقطعوا عن العمل لفترات مختلفة، وجاء في المقام الأول من انقطعوا عن العمل لفترة تراوحت من (شهر إلى ٦ شهور) بنسبة ٤٩,٢٪، ثم من انقطعوا عن العمل لفترة تراوحت من (٧ شهور إلى سنة) بنسبة ٣٠,٥٪ ، وبلغت نسبة من انقطعوا عن العمل لفترة (تزيد عن عام كامل) ١٤٪ ، في حين أشارت نسبة ٨,٢٪ أن انقطاعها عن العمل لم يكن لفترات مستمرة بل كانت فترات متقطعة . أما عن شرائح الطبقة الوسطى لم يحدث أي حالات انقطاع عن العمل والتعرض للبطالة. ومن التحليل الإحصائي السابق اتضح أن أسوأ الآثار التي أحدثتها جائحة كورونا هي حالة الركود الشديد في النمو الاقتصادي نتيجة الانقطاع عن العمل وعدم القدرة على تدفق الاستثمار بعد أن شهدت الدول في الآونة الأخيرة تحسناً اقتصادياً لما يقرب من ربع قرن مع انخفاض ملموس في الفقر وتطور في الصحة والتعليم وغيرها من مؤشرات التنمية البشرية. واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة "العبيسي وحمزة (٢٠٢٠)" والتي أسفرت نتائجها عن أن جائحة كورونا قد كشفت عن خلل واضح في الاقتصاد الوطني في الجزائر؛ حيث كشفت الأزمة أن الأسر الأكثر ضعفاً هي الأكثر تضرراً من تداعيات كورونا حيث تعرض عمال القطاع غير الرسمي ذوي الأجور الضعيفة إلى فترات طويلة من البطالة و الأجازات غير مدفوعة الأجر، ومع ارتفاع أسعار المواد الغذائية والدوائية أثناء جائحة

كورونا تدهورت الحالة الصحية لنسبة كبيرة من هؤلاء العمال مع استبعادهم من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية .

- ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية اتضح أن الانقطاع عن العمل أثر على مستوى الاستهلاك الغذائي للغالبية العظمى من أفراد الشريحة الدنيا بنسبة ٩٧,٥ ٪ ، كما أكدت نتائج الدراسة الميدانية أن شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩٢,٥ ٪ عملت على شراء الأغذية ذات النوعية الرديئة لرخص ثمنها لكي تواكب الظروف الاقتصادية التي تمر بها هذه الأسر ، يليها العمل على تقليل شراء الأغذية غالية الثمن كاللحوم والفاكهة بنسبة ٩٠,٩ ٪ ، وفي المرتبة الثالثة بنسبة ٧٩,٣ ٪ عملت شرائح الطبقة الدنيا على التقليل من عدد الوجبات الغذائية نتيجة للظروف الاقتصادية السيئة التي تمر بها هذه الأسر. ومن العرض السابق نلاحظ أن جائحة كورونا قد عرضت الوضع الاقتصادي والاجتماعي للشريحة الدنيا للتدهور بشكل واضح وخاصة في ظل ارتفاع موجات التضخم وارتفاع أسعار السلع الغذائية ، ومما زاد الوضع سوءًا تخفيض الدعم الحكومي عن معظم السلع التموينية الأساسية مما اضطر الفقراء إلى تقليل النفقات التي هي في الأصل أقل من الحد الأدنى المطلوب لعيش حياة كريمة ، وهذا يعني مزيدًا من تدهور الأوضاع المعيشية وتدني نوعية الحياة لشرائح كبيرة داخل المجتمع وخاصةً في حالة حدوث أزمات اقتصادية ، واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة (Chaekyu,1999) والتي أوضحت أن المزارعين وعمال الخدمات كانوا أكثر الفئات تعرضًا لتدهور نوعية الحياة وقت حدوث الأزمة الاقتصادية في كوريا، وانعكس ذلك على سلوكهم الاستهلاكي حيث اضطروا إلى تخفيض ما يتم إنفاقه على الطعام وتعليم الأبناء ونفقات الترفيه.

- وفيما يتعلق بتأثير الانقطاع عن العمل أثناء جائحة كورونا بشكل سلبي على أفراد الشريحة الدنيا : أكدت الغالبية العظمى من أفراد الشريحة الدنيا بنسبة ٩٨,٣ ٪ أن انقطاعها عن العمل أثر بشكل سلبي على حياتها ومن أهم هذه التأثيرات ، الخوف من المستقبل والإحساس بعدم الأمان وهذا ما أكدته نسبة ٩٧,٥ ٪ من أفراد الشريحة الدنيا ، كما أكدت نسبة ٩٢,٥ ٪ على ارتفاع نسبة العنف في التعامل مع أفراد الأسرة ، كما أكدت شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩٠,٩ ٪ على أن انقطاعها عن العمل قد أدى إلى تراكم الديون ، وأصبحت تلك الشرائح عاجزة عن سدادها . كما أكدت شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٨٧,٦ ٪

على أن الانقطاع عن العمل قد أدى إلى كثرة التفكير والضغط المتكررة مما يؤثر على النفسية بشكل كبير ، هذا فضلاً عن الإحساس بالقهر والحرمان المستمر وهذا ما أشارت إليه نسبة ٧٠,٢٪ وأخيراً زيادة الخلافات و كثرة المشادات الأسرية بسبب صعوبة توفير نفقات المعيشة وهذا ما أشارت إليه نسبة ٦٧,٧٪ وهذا يعني أن الانقطاع عن العمل قد أثر بشكل سلبي على الفئات الفقيرة والعمالة غير المنتظمة، وعمل على زيادة احساسهم بالحرمان. وفي هذا الصدد قام "بكي تي" بقياس الحرمان بناءً على أربعة متغيرات رئيسية ومنها: الاستهلاك العائلي المتمثل في (الاستهلاك المادي مثل الإنفاق على الأغذية والملابس والاستهلاك الاجتماعي، والذي يشمل الإنفاق على الأجازات)، والقيود على ميزانية الأسرة (والتي تظهر من خلال الإدخار) متأخرات المدفوعات المستحقة (مثل التأخر عن دفع الفواتير المستحقة) وأخيراً ظروف المسكن ، ونلاحظ أن العلاقة بين التفاوت في الدخل والتدهور في مؤشرات الصحة والعمر المتوقع ونوعية التعليم وجودة الحياة كانت قوية عند "بكي تي" (نوار، ٢٠١٤: ٨-١٠) .

- وفيما يتعلق بآليات التكيف التي اتبعتها أفراد الشريحة الدنيا خلال فترة انقطاعهم عن العمل: كشفت المعطيات الميدانية أن التقليل في النفقات كان الأسلوب الأول للتكيف الذي لجأت إليه نسبة ٨٥,١٪ من أفراد هذه الشريحة ، وتمثل الأسلوب الثاني للتكيف في الاقتراض من الحيران والأصدقاء في وقت الأزمة، والذي لجأت إليه نسبة ٧٩,٣٪. وللتكيف مع أزمة انقطاع الدخل لجأت نسبة ٧٧,٦٪ إلى الحصول على مساعدات من الجمعيات الأهلية، ثم اللجوء إلى تشغيل الأبناء بنسبة ٥٨,٦٪. ومحاولة اللجوء إلى مساعدات برنامج تكافل وكرامة بنسبة ٥٢٪. وأخيراً كانت في المرتبة الأخيرة كل من بيع بعض ممتلكات الأسرة وبيع ذهب الزوجة بنسب (٤٢,١٪ ، ٣٣,٨٪) على التوالي. واتضح من العرض السابق ، أن الفئات الفقيرة قد لجأت إلى العديد من آليات التكيف وفق ما هو متاح لديها من إمكانيات وموارد وطاقت ضعيفة للتكيف مع أزمة فقدان العمل أثناء جائحة كورونا ونظراً لانعدام البدائل والخيارات المتاحة للتكيف ، فقد تشمل هذه الآليات اتباع أساليب وسلوكيات عديدة تؤدي في الواقع إلى انخفاض درجات إشباع الاحتياجات الأساسية لديهم وتزيد من إحساسهم بالحرمان والقهر ، كما أن هذه الآليات لا تنتظر للمخاطر الحالية والمستقبلية مثل تشغيل الأبناء والذي يعمل على حرمانهم من التعليم وفرص تراكم رأس المال البشري

مستقبلاً ، كما أن تقليل النفقات وخاصة على السلع الغذائية يعني مزيداً من تدهور الأوضاع المعيشية وتدني نوعية الحياة للشرائح الفقيرة ، ولا سيما الذين يعملون في وظائف منخفضة المهارة، ومن المتوقع أن تشعر الأسر منخفضة الدخل بالفاتورة الاقتصادية الكبيرة لتلك الجائحة ، وقد يتجاوز عدد الأشخاص الذين يعيشون تحت حد الفقر المطلق في العالم ٤٩ مليون شخص . كما أشارت التقديرات إلى أن ما يقرب من ١٠٠ مليون شخص ليست لديهم القدرة على الادخار للحفاظ على معيشتهم لمدة شهرين من دون أن يكون لهم دخل منتظم أو تحويلات اجتماعية حتى ولو في منطقة جغرافية متطورة اقتصادياً مثل أوروبا ، ويبقى الاقتراض هو المتنفس الوحيد للأفراد الذين فقدوا وظائفهم أو انخفض دخلهم في تلك الجائحة ، حيث بلغ رصيد ديون الأسر في العالم حوالي ٤٨ تريليون دولار. (نور الله، ٢٠٢٠: ٥٦)

- أما عن مدى كفاية المساعدات التي حصلت عليها شرائح الطبقة الدنيا لمواجهة الأزمات الاقتصادية والصحية التي تعرضت لها: أكدت النسبة الأكبر من أفراد العينة بنسبة ٧٩,٧٪ على عدم كفاية هذه المساعدات ، بينما بلغت نسبة من أشاروا إلى كفايتها إلى حد ما ١١,٧٪، وأخيراً أقرت نسبة ضئيلة بلغت ٨,٥٪ على كفاية المساعدات التي حصلت عليها لمواجهة الأزمات الاقتصادية التي تمر بها. واتضح من النتائج السابقة أن شبكات الضمان الاجتماعي قد أصبحت تعاني في العصر الحالي من اختلالات هيكلية حادة بحيث أصبحت عاجزة عن الوصول إلى الفئات الأكثر احتياجاً للضمان مما يزيد من حدة الفقر فضلاً عن إسهامها في ظهور فئات جديدة من الفقراء الجدد (UNDP,1996:49). وهذا يعني أن برامج وخدمات الرعاية التي تقدمها الدولة للفئات الفقيرة والمحتاجة فضلاً عن عدم قدرتها على الوصول إلى نسبة كبيرة من الفقراء، تعد أيضاً غير كافية لإنقاذ المستفيدين منها من الفقر ، مما ساهم في استبعاد أعداد كبيرة من الفقراء خارج نطاق حماية الدولة ، وعمل على تدني نوعية الحياة للفئات الفقيرة وزاد من إحساسهم بالعجز والحرمان .

خامساً: أهم التدابير اللازمة لمواجهة ودعم الفئات المتضررة والأكثر احتياجاً:

يمكن القول أنه في ظل الضائقة الاجتماعية والاقتصادية المتفاقمة والمخاوف من انهيار النظم الصحية، ينبغي اتخاذ التدابير اللازمة على مستوى السياسات للتخفيف من التداعيات الناجمة عن جائحة كورونا. ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية اقترح أفراد العينة من

شرائح الطبقة الوسطى وشرائح الطبقة الدنيا العديد من التدابير التي يجب أن تتخذها الدولة ومنها الآتي: أكدت شرائح الطبقة الدنيا على التدابير الاقتصادية بشكل كبير حيث اقترحت ضرورة الرقابة على الأسواق لضمان منع احتكار السلع أوقات الأزمات وتوفير أسعار السلع والمواد التموينية بأسعار معقولة، ومراقبة الأسعار بنسب متساوية ٩٩,٢٪ ، في المقابل أكدت على ذلك شرائح الطبقة الوسطى بنسب ٩٢,٨٪ ، ٩٥,٩٪ على التوالي ، ثم اقترح أفراد العينة من شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩٧,٧٪ على أن يكون هناك تأمين صحي للعمالة المؤقتة في المقابل اقترحت ذلك شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٨٢,٦٪ فقط ، وقد يرجع ذلك لأن معظم شرائح الطبقة الوسطى لديهم تأمين صحي. ثم جاءت في المرتبة الثالثة اقتراح شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩٨,٥٪ على صرف تعويضات حكومية للعمال الذين تضرروا أثناء جائحة كورونا في المقابل كانت شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٧٧,٥٪ ، ثم اقترحت شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٩٤,٨٪ زيادة خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات الحكومية ومراكز التأمين الصحي بجميع الفئات دون تمييز في المقابل اقترح ذلك شرائح الطبقة الوسطى بنسبة ٨٩,٨٪ ، ثم توفير الإرشادات اللازمة للوقاية من فيروس كورونا من شرائح الطبقة الدنيا بنسبة ٧٥,٧٪ في مقابل نسبة ٨٢,٦٪ لشرائح الطبقة الوسطى ، وأخيرًا اقترح تسهيل الوصول إلى الخدمات الطبية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي بنسبة ٦٦.٩٪ لأفراد الشريحة الدنيا في مقابل نسبة ٨٣,٦٪ لأفراد الشريحة الوسطى .

ومما سبق اتضح أنه نتيجة الأزمة الاقتصادية التي صاحبت جائحة كورونا والتي أدت إلى الانكماش الاقتصادي في جميع القطاعات ، قد تتقلص الطبقة المتوسطة في المنطقة العربية ككل مما قد يدفع ٨.٣ مليون شخص إضافي إلى شباك الفقر ، ومن المتوقع أن يؤثر التباطؤ الاقتصادي الناجم عن وباء كورونا سلبا على الأجور، ولكن تظل تداعيات هذه الأزمة أكثر حدة على الفئات الفقيرة والضعيفة اقتصاديا، والعمالين في القطاع غير النظامي ، ولذا أشارت معظم أفراد العينة من الشريحة الوسطى والدنيا إلى ضرورة إيجاد الحلول اللازمة للسيطرة على تداعيات كورونا من النواحي الاقتصادية والاجتماعية. وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة أحمد (٢٠٢٠) حيث انتهت الدراسة إلى ضرورة تعزيز بعض الآليات التي تزيد من تطبيق العدالة الاجتماعية كمدخل لتطوير خدمات الرعاية الصحية للفقراء والحضر مثل ضرورة توسيع نطاق التغطية لخدمات الرعاية الصحية المقدمة للفقراء والتأكد من وصول هذه الخدمات إلى مستحقيها

خاتمة:

نتائج وتوصيات الدراسة :

أولاً: النتائج العامة للدراسة :

توصلت الدراسة الراهنة إلى العديد من النتائج التي يمكن عرض أهمها في ضوء التساؤلات التي طرحتها الدراسة على النحو الآتي :

فيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الأول: ما العوامل المؤثرة على عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات الحكومية وخاصةً بعد تفشي جائحة كورونا؟

- كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن تفاوت شدة الإصابة بفيروس كورونا بين شريحتي الدراسة ؛ حيث كانت نسبة الإصابات الشديدة بفيروس كورونا أكثر ارتفاعاً في الشريحة الدنيا عنها في الشريحة الوسطى ، وقد تسلط هذه النتائج الضوء على ارتباط الأمراض والأوبئة ارتباطاً مباشراً بالسياق الاجتماعي والبيئي ؛ فلا يمكن تفسير الأمراض والأوبئة وفق أسباب بيولوجية فقط ، بل يجب ربطها بالظروف الاجتماعية والبيئية، والتي قد يكون لها الأولوية في التفسير، فيمكن إرجاع شدة الإصابة بين الفقراء بسبب هشاشة البيئة وزيادة درجة الازدحام وسوء الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية ، وقد يكون بسبب التحيز الذي يمنح الأشخاص الأعلى مكانة رعاية صحية أفضل من أولئك الذين في منزلة أقل ، هذا فضلاً عن أنه يمكن إرجاع شدة الإصابة بين أفراد الشريحة الدنيا إلى عدم قدرتهم على الإنفاق على المطهرات والمعقمات أو شراء (الكمامات).

- كشفت النتائج الميدانية عن انخفاض الرعاية الصحية المقدمة للشرائح الدنيا في المستشفيات الحكومية وعن عدم توافر الاهتمام الكافي من قبل الأطباء وخصوصاً للفقراء، هذا فضلاً عن نقص عدد الأسرة ، بالإضافة إلى عدم توافر الأجهزة الطبية الحديثة ، وهذا يعني مزيداً من تدني المستوى الصحي للشرائح الفقيرة والمحدودة الدخل حيث تعد المستشفيات الحكومية في الأغلب الخيار الأوحده المتاح لهم؛ نظراً لتدني الدخل الذي يحرمهم من اختيار أماكن أفضل للعلاج.

- أوضحت النتائج الميدانية عن عدم وجود عدالة في تقديم الخدمات الطبية في المستشفيات الحكومية بين الطبقات الغنية والفقيرة ، حيث أكدت النسبة الأكبر من أفراد الشريحة الدنيا بعدم شعورهم بقدر من العدالة الصحية أثناء جائحة كورونا، ويرجع ذلك إلى أن توافر

الخدمات الصحية تتدخل فيه الوساطة والمحسوبة ويتوفر لأصحاب النفوذ والسلطة بصورة أفضل . وقد تبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين الدخل والشعور بتوفير العدالة الصحية، بمعنى أنه كلما ارتفع دخل الفرد كان أكثر قدرة على الحصول على رعاية صحية جيدة.

فيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الثاني: إلى أي مدى ساهمت جائحة كورونا في

زيادة التفاوتات الصحية داخل المجتمع وما مظاهر هذه التفاوتات؟

- كشفت نتائج الدراسة الميدانية على مواجهة معظم شرائح الطبقة الدنيا للكثير من الصعوبات لدخول مستشفيات العزل الصحي، بالإضافة إلى وجود العديد من الصعوبات داخل المستشفيات بالمقارنة بشرائح الطبقة الوسطى؛ وذلك لقدرة بعض شرائح الطبقة الوسطى على التعامل مع تلك الصعوبات أو التخلص منها تماما، والبحث عن طرق أخرى تكفل لها تجاوز صعوبات العزل، وذلك لقدرتهم على التواصل مع الأطباء على المستوى الخاص من خلال إمكاناتهم المادية أو من خلال المعارف والعلاقات التي تتيح لهم الفرص للحصول على خدمات صحية أفضل.

- كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين الدخل وبين المشكلات التي تواجه شرائح الطبقة الوسطى والدنيا في دخول مستشفيات العزل الصحي، بمعنى أنه كلما زاد الدخل كلما قلت الصعوبات التي تواجه فئات وشرائح المجتمع في دخول مستشفيات العزل، وقد يرجع ذلك إلى تقديم التسهيلات من منطلق القوة والسلطة والنفوذ لأصحاب الدخل المرتفعة فلا تشعر بحدة تلك الصعوبات. ونستنتج من هذه النتائج أن جائحة كورونا قد ساعدت على زيادة التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية بين كل من الأغنياء والفقراء والتي ازدادت اتساعا في السنوات الأخيرة بشكل غير مسبوق ، وبلغت نسب اللامساواة مستويات غير مسبوقه في أعقاب جائحة كورونا .

- كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين شرائح العينة الدنيا والوسطى وفقاً لمحل الإقامة فيما يتعلق بمستوى الرعاية الصحية المقدم في المستشفيات الحكومية، بينما اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين شرائح العينة في وجود مشكلات واجهتهم أثناء احتجازهم بمستشفيات العزل لصالح مدينة طنطا ويمكن أن نستنتج من هذه النتائج أن خدمات الرعاية الصحية قد تكون أفضل قليلاً

في محافظات الوجه البحري عن محافظات الجنوب ؛ حيث عملت السياسات الاقتصادية فيها على توفير قدر أكبر من الخدمات العامة اللازمة لتوفير الرفاهية بالمقارنة بوجه قبلي .

-كشفت الدراسة عن وجود تفاوتات في تقديم الخدمات الصحية وفقا للمستوى الاقتصادي حيث أكدت نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0,05) بين شرائح العينة الوسطى والدنيا وفقاً للمستوى الاقتصادي حيث شعرت الشرائح الدخلية الأدنى بوجود تفرقة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية أكثر من الشرائح الدخلية الأعلى. وأكدت هذه النتائج على تفاوت تقديم خدمات الرعاية الصحية أثناء جائحة كورونا وفقاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي.

- كما كشفت النتائج عن اختلاف خدمات التأمين الصحي المقدمة باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي أو بمعنى أصح حسب المستوى المهني والطبقي، فالنسبة الأكبر من العمالة غير النظامية حرمت من الاشتراك في منظومة التأمين الصحي وفي حالة اشتراكها فإن مستوى الخدمات الصحية المقدمة لها تكون سيئة على عكس الفئات الدخلية الأعلى والتي تتمتع بخدمات تأمين صحية جيدة. ونستنتج من هذه النتائج أن جائحة كورونا قد كشفت أن البنية الأساسية الصحية في مصر لا تقوى على استقبال العدد المتزايد من حالات المصابين بفيروس كورونا ، وهو ما جعل العلاج خاضعا للقدرة المادية للفرد الذي من الممكن أن يتحمل تكاليف المستشفيات الخاصة ، وأصبح المرضى غير القادرين مادياً يواجهون صعوبات لتوفير مكان لهم في المستشفيات الحكومية ويزداد الوضع سوءاً في حالة عدم اشتراكهم في منظومة التأمين الصحي.

فيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الثالث: هل ساهمت جائحة كورونا في إضافة المزيد من الأعباء على الفقراء والضعفاء والمهمشين في المجتمع واستبعادهم خارج نطاق الحماية الاجتماعية؟

- كشفت النتائج الميدانية أن جائحة كورونا قد أثرت على شرائح الطبقة الدنيا من الناحية الاقتصادية بشكل كبير بالمقارنة بشرائح الطبقة الوسطى، وذلك من خلال تسريح العديد من العمالة غير المنتظمة من أعمالهم، مما أدى إلى انقطاع الدخل اليومي والتعرض للبطالة، وعمل على إضافة المزيد من الأعباء على هذه الفئات منها الصعوبة في دفع الإيجار وتوفير الحاجات الأساسية اليومية.

- أكدت نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه (ANOVA) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) بين شرائح العينة الوسطى والدنيا فيما يتعلق بأهم التأثيرات الاقتصادية السلبية لجائحة كورونا عليهم لصالح فئات الدخل العليا ، حيث عملت جائحة كورونا على زيادة تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وخاصة للعمالة غير النظامية بشكل واضح ، وخاصة في ظل ارتفاع موجات التضخم وارتفاع أسعار السلع الغذائية، وتخفيض الدعم الحكومي عن معظم السلع التموينية الأساسية مما اضطر الفقراء إلى تقليل النفقات التي هي في الأصل أقل من الحد الأدنى المطلوب لعيش حياة كريمة، وهذا يعني مزيداً من تدهور الأوضاع المعيشية وتدني نوعية الحياة لشرائح كبيرة داخل المجتمع وخاصة في حالة حدوث أزمات اقتصادية.

- كشفت النتائج الميدانية أن أثر الانقطاع عن العمل للعمالة غير النظامية قد أثر بشكل سلبي على حياتها وذلك لانعدام المدخرات لدى هذه الفئات ، ومن أهم هذه التأثيرات، الخوف من المستقبل والإحساس بعدم الأمان وارتفاع نسبة العنف في التعامل مع أفراد الأسرة ، وذلك بسبب العجز عن توفير المتطلبات الأساسية وبسبب تراكم الديون والعجز عن سدادها مما أدى إلى كثرة التفكير والضغط المتكررة والذي أثر سلباً على الحالة النفسية هذا فضلاً عن الإحساس بالقهر والحرمان المستمر نتيجة عدم القدرة على توفير أقل الاحتياجات الأساسية .

فيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الرابع: ما أهم استراتيجيات التكيف التي تتبعها الفئات

الفقيرة والمهمشة في ظل تداعيات جائحة كورونا؟

- كشفت المعطيات الميدانية أنه في ظل الانقطاع عن العمل الذي تعرضت له الغالبية العظمى من أفراد الشريحة الدنيا وانعدام المدخرات التي تمتلكها هذه الفئات ، تعددت آليات التكيف التي اتبعتها هذه الشرائح وكان من أهمها التقليل في النفقات للتكيف مع انقطاع الدخل ، والاقتراض من الجيران والأصدقاء في وقت الأزمة واللجوء إلى الحصول على مساعدات من الجمعيات الأهلية ، ثم اللجوء إلى تشغيل الأبناء ومحاولة اللجوء إلى مساعدات برنامج تكافل وكرامة وأخيراً بيع بعض ممتلكات الأسرة أو بيع ذهب الزوجة إن وجد .

- ويمكن أن نستنتج من هذه النتائج أن الفئات الفقيرة وخاصة العمالة غير النظامية قد لجأت إلى العديد من آليات التكيف وفق ما هو متاح لديها من إمكانيات وموارد وطاقات ضعيفة

للتكيف مع أزمة فقدان العمل أثناء جائحة كورونا. ونظرًا لانعدام البدائل والخيارات المتاحة للتكيف ، فقد أدت آليات التكيف التي اتبعتها هذه الفئات إلى انخفاض درجات إشباع الاحتياجات الأساسية لديهم ،وأدت إلى زيادة إحساسهم بالحرمان والقهر وإلى مزيد من تدهور الأوضاع المعيشية وتدني نوعية الحياة للشرائح الفقيرة .

- كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن عدم حصول نسبة كبيرة من العمالة غير النظامية على مساعدات مادية أثناء جائحة كورونا، وحتى في حالة حصولهم على مساعدات فأنها تعد غير كافية لمواجهة الأزمات الاقتصادية التي عصفت بهم . ونستنتج من هذه النتائج بأن برامج وخدمات الرعاية التي تقدمها الدولة للفئات الفقيرة والمحتاجة فضلاً عن عدم قدرتها على الوصول إلى نسبة كبيرة من الفقراء، تعد أيضاً غير كافية لإنقاذ المستفيدين منها من الفقر ، مما ساهم في استبعاد أعداد كبيرة من الفقراء خارج نطاق حماية الدولة ،وعمل على تدني نوعية الحياة للفئات الفقيرة وزاد من إحساسهم بالعجز والحرمان .

فيما يتعلق بالإجابة على التساؤل الخامس: ما أهم التدابير اللازمة لمواجهة ودعم

الفئات المتضررة والأكثر احتياجاً من وجه نظر عينة الدراسة ؟

- يمكن ترتيب التدابير اللازمة لمواجهة ودعم الفئات المتضررة والأكثر احتياجاً من وجهه نظر عينة الدراسة على النحو الآتي :

- جاء في المركز الأول ضرورة الرقابة على الأسواق لضمان منع احتكار السلع أوقات الأزمات وتوفير أسعار السلع والمواد التموينية بأسعار معقولة ومراقبة الأسعار .

- وفي المركز الثاني ضرورة تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل للعمالة المؤقتة.

- وفي المركز الثالث ضرورة قيام الدولة بصرف تعويضات حكومية للعمال الذين تضرروا أثناء جائحة كورونا.

- وفي المركز الرابع زيادة خدمات الرعاية الصحية بالمستشفيات الحكومية ومراكز التأمين الصحي بجميع الفئات دون تمييز .

- وفي المركز الخامس والأخير العمل على تسهيل الوصول إلى الخدمات الطبية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.

ثانياً: توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج توصي الدراسة بالتوصيات الآتية:

١/ أن تقوم وزارة التضامن الاجتماعي بزيادة برامج الحماية الاجتماعية وزيادة المساعدات المادية المقدمة إلى الشرائح الاجتماعية الدنيا، وصرف تعويضات مادية ملائمة للعمالة غير المنتظمة في حالة انقطاعها عن العمل، وتوسيع نطاق التغطية وزيادة نسبة المستفيدين من برنامج تكافل وكرامة والتأكد من وصولها إلى مستحقيها ، على أن تشمل نظم الحماية الاجتماعية برامج التحويلات النقدية والمعونة الغذائية واستحقاقات البطالة وغيرها من البرامج.

٢/ أن تقوم وزارة الصحة بمتابعة دورية ومستمرة للمستشفيات الحكومية للتأكد من أن تقديم خدمات الرعاية الصحية للجميع بدون تحيزات على أساس الدخل أو المهنة حتى لا يضار الفقراء مرتين مرة بسبب الاستبعاد من الحصول على الخدمات الصحية ومرة بسبب التحيز الذي يجرمهم من الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة.

٣/ ضرورة قيام وزارة الصحة بالتوسع في منشآت البنية التحتية للمستشفيات الحكومية، بما في ذلك زيادة عدد الأسرة لاستيعاب الحالات المصابة بفيروس كورونا، وغيرها من المرضى الآخرين في الوقت نفسه؛ مما يساعد على تحسين قدرة أنظمتها الصحية على الصمود في وجه الأزمات وإعادة بنائها على نحو أفضل، مما يؤدي إلى تدعيم قدرتها على التصدي لجائحة كورونا، وتحسين صحة شعوبها.

٤/ أن توفر وزارة التموين حصول المستهلكين من الفئات الضعيفة والمهمشة على المواد الغذائية الأساسية والسلع الضرورية بشكل مستمر وبأسعار معقولة، ومنع التلاعب بالأسعار في أوقات الطوارئ.

٥/ العمل على استيراد معدات الرعاية الصحية واللوازم الطبية الضرورية، تماشيًا مع التوجيهات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بشأن خطط الاستجابة. لتعزيز الاستثمارات الاجتماعية ومعالجة آثار نقشي فيروس كورونا.

٦/ ضرورة أن تعمل الدولة على وضع تدابير حكومية لإنعاش الاقتصاد الوطني أثناء الأزمات الاقتصادية ، وينبغي أن تدعم هذه التدابير إعطاء الأولوية للفئات الضعيفة والمهمشة.

٧/ أن تقوم وزارة الصحة بتعميم المعلومات والمواد المتعلقة بمخاطر جائحة كورونا باللغات واللهجات المناسبة، والحرص على صياغة وتوجيه رسائل خاصة لجميع فئات المجتمع بجميع شرائحه.

٨/ ضرورة أن تعمل وزارة الصحة على تنفيذ سياسة التأمين الصحي الشامل على كل من العمالة المنتظمة وغير المنتظمة، وتوفير جميع سبل الرعاية الصحية الممكنة.

مراجع الدراسة:

أولاً : المراجع العربية :

- ١- أبو سمرة ، أميرة على الدين (٢٠٢٠): نظرة النقيدين لعلاقة الأوبئة بالتهميش وعدم العدالة ، مجلة السياسة الدولية ، مؤسسة الأهرام ، القاهرة ، ع ٥٥ .
- ٢- أحمد ، محمد عبد الرحمن (٢٠٢٢) : العدالة الاجتماعية كمدخل في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ع ٢١ .
- ٣- بدوي ، أحمد موسى (٢٠١٦): العدالة الاجتماعية بين الدستور والبرلمان الجديد ، أفاق سياسية ع ٢٥ ، المركز العربي للبحوث والدراسات ، القاهرة .
- ٤- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (٢٠٠٨): تقرير التنمية البشرية لمصر ، العقد الاجتماعي في مصر ، دور المجتمع المدني ، معهد التخطيط القومي ، القاهرة .
- ٥- بوتيارة ، عنتر وآخرون (٢٠٢١): دراسة قياسية لتداعيات كوفيد -١٩ على الأمن الاجتماعي - الاقتصادي في الدول العربية ، مجلة مجاميع المعرفة ، مج (٧)، ع (١)، المسيلة .
- ٦- تشيرتون و براون (٢٠١٢) : علم الاجتماع (النظرية والمنهج)، ترجمة هناء الجوهري، المركز القومي للترجمة، القاهرة.
- ٧- تقرير الامم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية الاسكوا (٢٠٢٠): استجابة اقليمية طارئة للتخفيف من تداعيات الوباء فيروس كورونا، ازدهار البلدان كرامة الانسان، www.unescwa.org
- ٨- تقرير التنمية البشرية (٢٠١٦): تنمية للجميع ، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، وزارة المالية ، مصر .
- ٩- تقرير التنمية البشرية في مصر (٢٠٢١): التنمية حق للجميع: مصر المسيرة والمسار، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية ، مصر .
- ١٠- التقرير الخاص بالصحة في العالم (٢٠١٠) : تمويل النظم الصحية السبيل الى التغطية الشاملة ، منظمة الصحة العالمية ،
<https://books.google.com.eg/books?id=ThBH>
- ١١- تقرير منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٢): كوفيد١٩ المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، تقرير الحالة لكل أسبوعين رقم ٢٧ يناير ،
<https://www.emro.who.int/ar/health-topics/corona-virus/situation-reports.html>
- ١٢- جاد ، ولاء مصطفى (٢٠١٠): الطبقة الاجتماعية ونوعية الحياة _ دراسة ميدانية مقارنة بمحافظة المنيا ،رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب / جامعة المنيا.
- ١٣- الجبالي، عبد الفتاح (٢٠٠٠) : الاقتصاد المصري من التثبيت إلى النمو . مطبوعات مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية ، القاهرة .

- ١٤- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء (٢٠٢١): نهاية الموجة الثالثة لفيروس كورونا في مصر، دراسة استكشافية، الإصدار الثالث، القاهرة.
- ١٥- حجير، فاطمة محمود (٢٠١٥): الطبقة الاجتماعية والمرض: دراسة مقارنة على عينة من الطبقة الغنية وعينة من الطبقة الفقيرة في مدينة إربد ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة اليرموك ، الأردن .
- ١٦- خالد ، منة (٢٠٢٠) : التداعيات الاقتصادية والاجتماعية لجائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد -١٩) في الجزائر ، تحليل سياسات : المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات ، قطر .
- ١٧- الخواجة، محمد ياسر (١٩٩٨) : علم الاجتماع الاقتصادي "بين النظرية والتطبيق" ، الأهالي للتوزيع ، سورية.
- ١٨- رجب ، سها عيد (٢٠٢١) : التداعيات الاجتماعية لجائحة كورونا على العاملين في مجالات الاقتصاد الخفي - دراسة ميدانية بمدينة القاهرة ، مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية ، ع ٣٧ ، جامعة قناة السويس.
- ١٩- الرمادي ، محمد محمود (٢٠٢٢): الأبعاد الاجتماعية لحوكمة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية ، دراسة تطبيقية على العاملين في المستشفى التعليمي العالمي بجامعة طنطا ، مجلة كلية الآداب ، ع٢١٤ ، جامعة بورسعيد.
- ٢٠- السالك ، محمود لله بيرامة (٢٠١٦): المداخل السببولوجية والإصابة بالمرض " دراسة نظرية في علم الاجتماع الطبي ، مجلة الدراسات التاريخية والاجتماعية ، ع ٦ ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ، جامعة نواكشوط .
- ٢١- السعيداني ، منير (٢٠٢٠): ثالث مستقبل التغيير " الجائحة والرعاية والعدالة، في: عالم ما بعد كورونا: اتجاهات التغيير "، مجلة الديمقراطية، العدد ٧٩، مجلة الاهرام، القاهرة.
- ٢٢- سلمى، حسين (٢٠١٦) : اللامساواة في مصر بفعل سياسات أم فعل غياب السياسات، في التحديات الاقتصادية وقرض صندوق النقد، الملف المصري "دورية شهرية عن السياسة والمجتمع في مصر، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية، مؤسسة الاهرام، القاهرة، العدد ٢٦ .
- ٢٣- سميث وآخرون (٢٠١٦): العدالة الاجتماعية والليبرالية الجديدة " منظورات عالمية"، ترجمة وائل حمدي، مراجعة احمد زايد، المركز القومي للترجمة، القاهرة.
- ٢٤- سياسات تطوير منظومة الخدمات الصحية بالمستشفيات الحكومية (٢٠١٦): مركز هي للسياسات العامة ، القاهرة .
- ٢٥- شتا ، السيد على (١٩٩٣): نظرية علم الاجتماع ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية.
- ٢٦- الصفحة الرسمية لمنظمة الصحة العالمية (2019) : فيروس كورونا المستجد (كوفيد :١٩) ، <https://www.who.int/ar/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

- ٢٧- صن ، أمريتا (٢٠٠٤) : التنمية حرة - مؤسسات حرة وإنسان متحرر من الجهل والمرض والفقر ، ترجمة شوقي جلال ، سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، ع ٣٠٣ ، الكويت .
- ٢٨- عباس، أسماء محمد (٢٠٢٢): الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للعمالة غير المنتظمة في ظل جائحة كورونا دراسة تطبيقية بمحافظة إسكندرية ،مجلة كلية الآداب ، جامعة الفيوم (الإنسانيات والعلوم الاجتماعية ، مجلد ١٤ ، عدد ١ .
- ٢٩- عبد الجواد ، أسماء مصطفى (٢٠٢١): العوامل المؤثرة في عدالة توزيع الخدمات الطبية بالمستشفيات العامة ، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، ع ٢٢ .
- ٣٠- عبد الرحيم ، إنجي عادل (٢٠٢١): إشكالية تباين توزيع الخدمة الصحية في مصر (كمياً ونوعياً) ، مجلة كلية الآداب ، ع ٦ ، جامعة سوهاج .
- ٣١- عبد القادر ، على (٢٠٠٥): انتشار الفقر وأثره على إضعاف النساء في الدول العربية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، القاهرة.
- ٣٢- العبسي ، على & تيجانة حمزة (٢٠٢٠): تداعيات فيروس كورونا " كوفيد -١٩" : الآثار الاجتماعية والاقتصادية وأهم التدابير المتخذة للحد من جائحة كورونا في الجزائر ، مجلة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، مج ٢٠ ، جامعة سطيف ، الجزائر .
- ٣٣- عقل، زياد (٢٠٢٠): أزمة كورونا والطبقات الاجتماعية في مصر، في: كورونا وإدارة المخاطر، مجلة أحوال مصري، مركز الدراسات السياسية، الاستراتيجية، العدد ٧٧، السنة التاسعة عشر .
- ٣٤- العيسوي ، إبراهيم (٢٠١٤): العدالة الاجتماعية والنماذج التنموية - مع اهتمام خاص بحالة مصر وثورتها ، المركز العربي للأبحاث ودراسات السياسات ، بيروت .
- ٣٥- غنام ، علا (٢٠١٨) : المبادرة المصرية للحقوق الشخصية ، العدالة الاجتماعية الصحة في مصر ، تقرير حالة ، مارس، القاهرة .
- ٣٦- غور، نور الله (٢٠٢٠) : فيروس كورونا وتداعياته على نظام الاقتصاد العالمي على المدى الطويل ،مجلة رؤية تركية ، مركز الدراسات السياسية والاقتصادية والاجتماعية ، ستا، مجلد ٩ ، العدد ٣ .
- ٣٧- الفلاح ، تمارا محمد (٢٠١٦) : العدالة الاجتماعية ، مجلة الخدمة الاجتماعية ، ج ١ ، ع ٥٦ ، الجمعية المصرية للإحصائيين الاجتماعيين ، المملكة العربية السعودية .
- ٣٨- فهمي ، على حسن (١٩٩٦): التحايل على المعايير بمصر المحروسة ، آليات التعامل مع الفقر والقهر ، مج ١٧ ، ع ٨٣ ، معهد الإنماء العربي ، بيروت .
- ٣٩- الكردي، مها (٢٠١٠): الفقر وأطفال الشوارع "عوامل المجتمعية والتداعيات الأسرية والنفسية" ، في : قضايا الفقر والفقراء في مصر ، المجلد الأول ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، المؤتمر السنوي التاسع ، القاهرة .

- ٤٠-ماير ، توماس (٢٠١٠): المجتمع المدني والعدالة ، ترجمة نسرين عبد الحميد نبيه ، المركز القومي للترجمة ، القاهرة .
- ٤١-منظمة الصحة العالمية (٢٠١٧) : تحسين العمل في قطاع الخدمات الصحية ، منظمة العمل العربية ، مكتب العمل الدولي ، دمشق .
- ٤٢-منظمة الصحة العالمية (٢٠١٩):الرعاية الصحية الأولية : تحويل الرؤية إلى عمل ، المجلس التنفيذي ، الدورة ١٤٦ .
- ٤٣-النجار ، أحمد السيد (٢٠١٢): الآليات الاقتصادية لبناء العدالة الاجتماعية ، مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية ، القاهرة .
- ٤٤-نوار، ابراهيم (٢٠١٤) : نظرية توماس بيكييتي في تشريح النظام الرأسمالي، المركز العربي للبحوث والدراسات، نوفمبر (العدد السابع)، القاهرة.
- ٤٥-النيل ، عبد القادر (٢٠١٥): التنمية المستقلة والعدالة الاجتماعية ، مركز دراسات الوحدة العربية ، المستقبل العربي ، مج ٣٨ ، ع ٤٣٧ ، بيروت .
- ٤٦-وحيد، عبد المجيد (٢٠٢٠)، تأملات اجتماعية واقتصادية في عالم كورونا، في : كورونا وإدارة المخاطر، مجلة احوال مصرية ، مركز الاهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية ، السنة التاسعة عشر ، العدد ٧٧ ، القاهرة.
- ٤٧-وناسي ، سهام (٢٠٢١): المدينة والأوبئة (وباء كورونا نموذجًا) ، مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية ، مج (٦)، ع (٢)، الجزائر .

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- 48-Bhugra, Dinesh & et al (2022): Social Justice, Health equity, and Mental Health, South African Journal of Psychology, Vol. 52(1).
- 49-Calma, Tom & et al (2011): What is Social Justice? National Pro Bono Resource Center, Sydney.
- 50-Carr, Erika R. & et al (2022): Training in Mental Health Recovery and Social Justice in the Public Sector, Training in Mental Health Recovery and Social Justice in the Public Sector, The Counseling Psychologist, Vol. 42(8).
- 51-Chaekyu, Park (1999): Economic Crisis and the Quality of Life in Korea, Institute for Social Development and Policy Research (ISDPR), Vol.28, No.2, December.
- 52-Daniel, R. George & Peter J. Whitehouse (2015): Public Justice: Emphasizing the Social in Health and the Health in Social, The International Journal of Aging and Human Development, Vol. 80, USA.
- 53-Farley, John. H& et al (2020): Promoting Health Equity in the era of COVID-19, Gynecologic, Oncology, Volume 158, Issue1.
- 54-Finn, Brandon M & Lindsay C Kobayashi (2020): Structural Inequality in the time of COVID-19: Urbanization, Segregation, and Pandemic control in sub-Saharan Africa, Dialogues in Human Geography, Vol. 10(2).

- 55-Gerdin, Go ran & et al (2019): Researching Social Justice and Health (in) equality across different school Health and Physical Education contexts in Sweden, Norway and New Zealand, *European Physical Education Review*, Vol. 25(1).
- 56-Khoo, Su-Ming (2013): *Health Justice and Capabilities: A turning point for global health*, *International Sociology Review of Books*, Galway.
- 57-Lawrence, Wallack (2019): *Building a Social Justice Narrative for Public Health*, *Health Education & Behavior*, Vol. 46, USA.
- 58-National collaborating center for Determinants of Health (2013): let's Talk health equity, www.nccdh.ca.
- 59-Osterholm, Mike& et al (2020): *COVID-19: The CIDRAP View Point, Part 1, The Future of the COVID-19 Pandemic Influenza*, CIDRAP, University of Minnesota.
- 60-Richard, Todd Gabe (2012): *The Creative Class and Crisis*, Centre of Excellence for Science and Innovation Studies, No.272, Florida.
- 61-Rosenberg, Mark (2014): *Health Geography: Social Justice, Idealist Theory, Health and Health Care*, *Progress in Human Geography*, Vol. 38(3), Canada.
- 62-Slin, paul & et al (2007): *Connecting EIA To Environment Management Systems: lessons from industrial Estate Developments in England*, uni, Manchester.
- 63-UNDP (1996): *World Development Report*, Oxford University Press.

The Implications of COVID Pandemic on Social Justice in the Egyptian Society (Healthcare as a Model)

Comparative Field Study on Different Social Segments in Tanta and Minia

Prepared by

Dr. Hanan Mohammed Atef Kishk & Dr. Moshera Mohammed Hassan Elashry

Abstract of study:

This study aims to identify the factors affecting the distribution of medical services in governmental hospitals, especially after the spread of COVID pandemic. In addition, it seeks to find out whether the COVID pandemic has affected increasing health inequalities-via adding more burdens to the poor, the vulnerable, and the marginalized as well as excluding them from the scope of social protection. The study is an analytical descriptive one, since it depends on the sample social survey method and the questionnaire, which is the tool used to collect data. A deliberate sample of those who were infected by COVID 19 was selected from different segments of the middle class and irregular employers from the lower class. the sample included (234) Individuals .

The study concluded that the healthcare provided to these segments in the governmental hospitals was very low. In addition, there was a lack of justice in providing medical services between the rich and the poor classes. The field study revealed that most segments of the lower class, compared to the middle class, confronted many obstacles to enter the sanitary isolation hospitals. Moreover, the provided health insurance services varied according to one's class and job. The lower-class segments were highly affected by the COVID pandemic, from the economic aspect in specific, compared to the middle class, because many of the irregular employers were laid off. As a result, the study recommended providing healthcare services in governmental hospitals to everyone without any prejudices related to the class or the job.

Keywords:

COVID-pandemic. Social justice. Healthcare. Social protection.