

العدالة الاجتماعية كمدخل فى التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء
الحضر

إعداد

محمد عبد الرحمن حسن أحمد

أستاذ مساعد بقسم التخطيط الاجتماعي

كلية الخدمة الاجتماعية

جامعة أسيوط

الملخص:

تمثل العدالة الاجتماعية وسيلة ومنهجاً يقوم على أسس علمية مدروسة لرفع مستوى الحياة وإحداث تغيير في طرق التفكير والعمل والمعيشة في المجتمعات للارتقاء بالذوق العام والمشاركة في بناء مجتمع قوى قادر على الإنتاج والتطوير مع الاستفادة من إمكانيات المجتمعات المادية لذا تأتي أهمية العدالة الاجتماعية في هذا الإطار لمواجهة مشكلات الفقراء، كما تؤكد العدالة الاجتماعية على ضرورة تغطية الرعاية الصحية لتأمين المواطن ضد المرض، وفي ضوء ذلك قامت الدولة بوضع إستراتيجية متكاملة لتطوير قطاع الصحة في مصر، وتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين، مما يساعد في تحقيق أهداف التنمية ورفع مستوى معيشتهم. لذلك فقد استهدفت هذه الدراسة تحديد واقع العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر وتحديد الصعوبات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لهذه الفئة قد توصلت نتائج الدراسة الي وجود علاقة طردية بين أبعاد العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر وانتهت الدراسة وانتتهت الدراسة إلى بعض الآليات التي تزيد من تفعيل تطبيق العدالة الاجتماعية كمدخل في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر .

الكلمات المفتاحية: العدالة الاجتماعية، التطوير، خدمات الرعاية الصحية، فقراء الحضر.

Abstract:

Social justice represents a method and an approach based on scientifically studied foundations to raise the standard of life and bring about a change in ways of thinking, working and living in societies to improve public taste and participate in building a strong society capable of production and development while taking advantage of the capabilities of material societies. Therefore, the importance of social justice comes in this context to face problems The poor, and social justice also emphasizes the need for health care coverage to secure the citizen against illness, and in light of this, the state has devised an integrated strategy to develop the health sector in Egypt and provide health care to all citizens, which helps in achieving development goals and raising their standard of living. Therefore, this study aimed at determining the reality of social justice, developing health care services for the urban poor, and identifying the difficulties facing the development of health care services for this group. The results of the study concluded that there is a direct relationship between the dimensions of social justice and the development of health care services for the urban poor. The study ended and the study ended with some mechanisms. Which increases the activation of the application of social justice as an input in planning to develop health care services for the urban poor. and the results of the study found a positive relationship between the dimensions of social justice and the development of health care services for the urban poor.

Keywords: social justice, development, health care services, the urban poor.

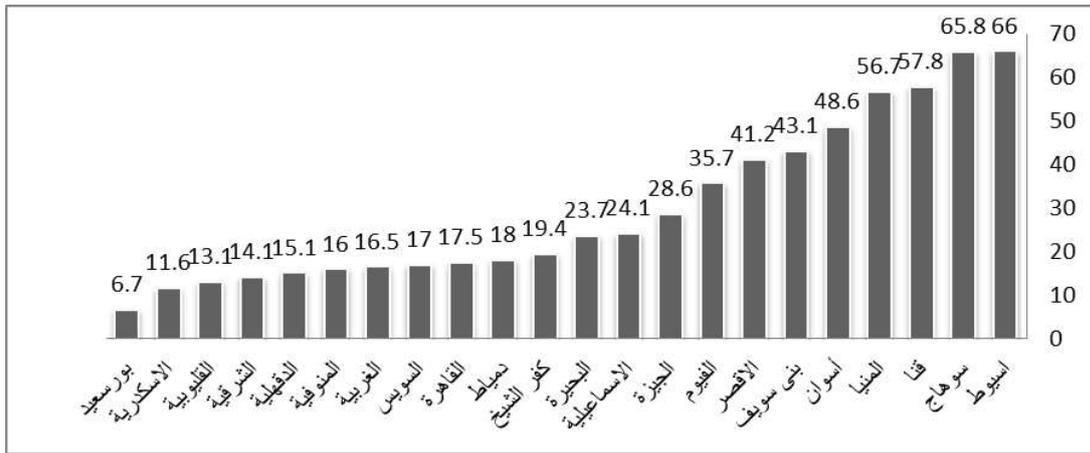
أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

تواجه مصر حالياً- كسائر الدول النامية- تحديات كبرى علمية وتقنية واجتماعية واقتصادية وسياسية لتتمكن من اللحاق بركاب الدول المتقدمة وسد الفجوة التي تفصلها عنها، وهذا يتطلب بذل الجهود المكثفة لاستغلال كافة الموارد المادية والبشرية على أفضل وجه ممكن لتحقيق النمو الاقتصادي والاجتماعي المنشود والتمكن من إشباع الحاجات الإنسانية لجميع المواطنين بدون تمييز، ومن هنا أصبحت قضية التنمية محورياً للاهتمام والشغل الشاغل للدول النامية باعتبارها المنهج الحتمي والمسار الوحيد الذي يجب أن تنتهجه تلك الدول من دائرة التخلف وتحقيق التقدم المنشود. (العسيوي، 2001، ص، 49)

ويشير الفقر إلى الحرمان من الغذاء والمأوى، والحرمان من الحياة التي يقدرها الجميع. وتدني الحالة الصحية والاقتصادية والمستوى التعليمي، وعدم القدرة علي مواجهة المرض والبطالة والكوارث. (World Bank, 2000, P, 1)

وتعانى مصر من أخطر المشكلات الاجتماعية الاقتصادية التي تواجه عدد كبير من بلدان العالم وتعطل جهود التنمية الاقتصادية والاجتماعية بها ألا وهي مشكلة الفقر، وبدراسة حجم وشكل الفقر في مصر وفقاً لطبيعة المكان أو وفقاً لمحيطها الجغرافي نجد أن أغلب الفقراء في مصر يعيشون في محافظات الوجه القبلي. (رضوان 2010، ص ص، 1006 - 1012)

كما يوضح الشكل رقم (1)



شكل رقم (1) يوضح نسبة الفقر في كل محافظة من محافظات مصر (للتعبئة العامة والإحصاء، 2016)

وتحدد الأسباب الرئيسية للفقير في, (محمود, 2006, ص ص 328-329).

- 1- انخفاض مستوى إنتاجية بعض الأفراد بالمقارنة بالعناصر الأخرى في المجتمع.
- 2- التفرقة والتمييز في الدخل ومستويات المعيشة بسبب العرق والجنس.
- 3- قلة فرص العمل وانخفاض الأجور بسبب الركود الاقتصادي.
- 4- وجود عادات وقيم سلبية نحو العمل مثل التواكل وعدم المبادرة أو التحرك المهني للبحث عن فرص معيشية أفضل.

ومن هنا نجد أن من أهم مسببات الفقر هي قلة فرص العمل وانخفاض الأجور وهو ما يستدعى التوجه نحو المشكلة الأخرى وهي مشكلة البطالة. (ظاهر, 1983, ص 10)

وبلغت نسبة الفقراء بين الأميين 40% مقابل 7% لمن حصل على شهادة جامعية في نفس العام، والتعليم المنخفض هو أكثر العوامل ارتباطاً بمخاطر الفقر في مصر، حيث تتناقص مؤشرات الفقر كلما ارتفع مستوى التعليم، وتشير الإحصائيات أن الفقر ما زال يتركز بشدة في صعيد مصر إذ تقع 762 من بين القرى الألف الأشد فقراً في المنيا وأسيوط وسوهاج وهي قرى يعاني أكثر من نصف سكانها من فقر شديد، وتزداد خريطة الفقر في مصر تعقيداً بوجود نحو 63 في المائة من الفقراء خارج حدود هذه القرى أسيوط بوصفها أفقر محافظات مصر حيث يبلغ عدد الفقراء بها 58.1% من عدد السكان منهم 24.8% لا يجدون قوت يومهم، فيما تحتل محافظة بني سويف المركز الثاني حيث تبلغ عدد الفقراء بها 53.2% منهم 20.2% لا يجدون قوت يومهم وتأتي محافظة سوهاج في المركز الثالث بنسبة 45.5%، منهم 17.2% لا يجدون قوت يومهم في حين تحتل الفيوم المركز الرابع حيث يبلغ عدد الفقراء بها 35.4% بينهم 10.9% لا يجدون قوت يومهم تليها محافظة قنا 33.3% من بينهم 12.9% لا يجدون قوت يومهم فيما تحتل محافظة الجيزة المركز الأخير بلائحة المحافظات الفقيرة بالوجه القبلي بنسبة 18.9% من سكانها 4.4% منهم لا يجدون قوت يومهم في المقابل أن 13.1% من سكان محافظات الوجه البحري يعانون من الفقر فيما تعد محافظة المنوفية من أكثر محافظات الوجه البحري فقراً بنسبة 21.7% بينهم 3.7% لا يجدون قوت يومهم تليها محافظة الدقهلية بنسبة تصل إلى 17.7% ثم الشرقية بنسبة 16.1% والقليوبية 12.1% والإسكندرية 11.3% والبحيرة بنسبة 10.4% والغربية 10.1% والقاهرة 8.8% والإسماعيلية 7.9% وأشارت إلى أن الوجه البحري في مصر يعد أفضل حظاً من الوجه القبلي حيث توجد به أغنى محافظات الجمهورية

وهما محافظتا دمياط وبورسعيد.(الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء, 2015)

ومن هنا تبنت الحكومات تطوير الأحياء الحضرية الفقيرة من خلال إستراتيجية شاملة لتحسين ظروف المعيشة وتوفير برامج الرعاية الصحية للفقراء محدودي الدخل بالمناطق الحضرية لتزيد من فرص تطوير هذه المناطق وتزويدها بالخدمات الأساسية والاجتماعية وتطوير الأحياء الفقيرة بالحضر من خلال ما يسمى بمدن بلا أحياء فقيرة بهدف تطوير الأحياء الفقيرة وتقديم برامج الرعاية الاجتماعية وتحسين الظروف الأساسية وتمكين فقراء الحضر وتوعيتهم بحقوقهم وكيفية التعاون والتفاعل مع السلطات المحلية لنيل مطالبهم وإشباع احتياجاتهم. (معهد التخطيط القومي, 2008, ص 219)

وتهدف الرعاية الصحية في حد ذاتها إلى تحقيق التنمية بالمجتمع لأنها تحدد نوعية الحياة والأداء الاجتماعي وإنتاجية الإنسان، لذا لا بد من تحديد المشكلات الصحية المنتشرة بمنطقة ما لتحديد الرؤيا الشاملة للحالة الصحية وتحديد البرامج الصحية اللازمة للتدخل الصحي للقضاء على المشكلات الصحية المنتشرة مع التركيز على البرامج الوقائية وإشراك القطاع الخاص في عملية مواجهة المشكلات الصحية. (Handouss, 2010, P, 67)

كما تُعد أحد الأهداف الأساسية لخدمات الصحة القومية وهو إتاحة فرص المساواة في الرعاية الصحية لكل شخص، فكل خدمة أو أي جزء منها يجب أن تكون متاحة لكل شخص في المناطق المختلفة طبقاً لحاجات السكان. (Pat, Young, 2000, P, 337)

هذا بالإضافة إلى محاولة التوصل إلى مزيد من العدالة في توزيع خدمات الرعاية الاجتماعية بصفة عامة وخدمات الرعاية الصحية بصفة خاصة بين المناطق داخل المدينة الواحدة، ويتم ذلك من خلال توزيع الخدمات الصحية طبقاً لإحتياجات المجتمع والإهتمام بالقضايا النوعية، والإحتياجات المرتبة بها عند توزيع خدمات الرعاية الصحية بحيث تضمن إستفادة جميع الأفراد. (Branch, 1988, P, 14)

وتُعتبر المؤسسات الطبية إحدى المؤسسات التي تهدف إلى تقديم الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للأفراد أو الجماعات سواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة، بلا إستثناء، ويندرج تحت المؤسسات العلاجية المستشفيات العامة والمستشفيات المتخصصة، والعيادات والمستوصفات كما يندرج تحت المؤسسات الوقائية مكاتب الصحة ومراكز رعاية الطفل ومراكز رعاية الأمومة والطفولة. (بهنسي، فهمي، 2011، ص36)

وتشكل الخدمات الصحية حلقة مهمة في النظام العام للخدمات بإعتبارها حق كفله الدستور من خلال الخدمات الصحية المجانية أو الخدمات المدعمة في العلاج الإقتصادي، ومع ذلك فإن الخدمات الصحية في المجتمع المصري تواجهها كثير من المشكلات والمعوقات التي من أهمها نقص الإعتمادات المالية المخصصة للرعاية الصحية. (ناجي، 2007، ص 220)

وبالتالي نجد أن المستوى الصحي للأفراد له تأثيراً مباشراً على دفع عجلة الإنتاج في المجتمع، لذا تستهدف الرعاية الصحية في أي مجتمع رفع المستوى الصحي للمواطنين بصفة عامة ولفقراء الحضر بصفة خاصة عن طريق توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية والعلاج الطبي ونشر الوعي الصحي لهم. (فهومي، 2002، ص 38).

لذا تهتم العديد من الدول بتدعيم الخطط الموجهة نحو برامج الرعاية الصحية لكافة المواطنين، وتوفر الرعاية لفئات المختلفة وفقاً لظروفها الإقتصادية والإجتماعية، ولاسيما الفئات غير القادرة على دفع قيمة الخدمات الصحية المقدمة. (المليجي، زايد، 2012، ص 210)

ومن ثم أصبح تطوير خدمات الرعاية الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول إهتماماً متزايداً خاصة في الفترة الأخيرة، حيث تبنت معظم دول العالم المتقدمة منها والنامية سياسات وبرامج لإصلاح خدمات الرعاية الصحية، وعلى الرغم من التفاوت في طبيعة المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء هذا القطاع الحيوي من دولة لأخرى، إلا أن أهداف سياسات التطوير تركز عادة على الإرتفاع بجودة الخدمات الصحية من ناحية، وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع من ناحية أخرى. (مجلس الوزراء 2015، ص 2).

لذا تسعى الدولة إلى تطوير نظم خدمات الرعاية الصحية من أجل ضمان مستويات أعلى من صحة المواطنين وتجنب إنتشار الأمراض، وعوامل هدر الطاقات الإنتاجية للموارد البشرية وهي عماد الإنتاج والثروة الوطنية في المجتمع. (السلمي، 2005، ص 499).

وفي ضوء ذلك قامت الدولة بوضع إستراتيجية متكاملة لتطوير قطاع الصحة في مصر، وتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين، مما يساعد في تحقيق أهداف التنمية ورفع مستوى معيشة المواطنين، وتهدف الحكومة من سياساتها الصحية إلى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مع ضمان جودة هذه الخدمات. (سرحان وآخرون، 2016، ص 11)

ومن ثم بدأت وزارة الصحة والسكان بالتنسيق مع وزارة التضامن في تطبيق برنامج العلاج بالكروت الذكية (برنامج الرعاية الصحية المتكاملة لغير القادرين) لأصحاب معاش

الضمان الإجتماعي ومشروع تكافل وكرامة، والذي يهدف إلي تطوير منظومة الرعاية الصحية لغير القادرين وتحقيق العدالة الاجتماعية كل الفئات غير القادرة، إيماناً بحق أي مواطن مصري في العلاج، ويبلغ عدد المستفيدين من المشروع حوالي مليون و578 ألف مواطن وبلغ عدد الوحدات التي يتم حالياً تقديم خدمات الرعاية الصحية بها بنظام الكروت الذكية و(1118) وحدة بالجمهورية و(120) مستشفى عاماً ومركزياً. (وزارة التضامن الاجتماعي، 2018، على موقع/ www.Moss.gov.eg)

وتعد العدالة الاجتماعية تعد محوراً أساسياً من محاور الفكر والثقافة، ويصبح الفرد جزءاً وأداة واعية وقادة على التواصل والإنتاج والبناء والارتقاء في ظل ظروف سليمة، لأنه أصبح يتمتع بحق المواطن في المجتمع والمساواة أمام القانون وتكافؤ الفرص على ضوء مقياس الكفاءة فقط وليس المحسوبية والوساطة غير المشروعة، (<http://www.Webcacahe.google-ser content.com>)

وبذلك تكون العدالة الاجتماعية وسيلة ومنهجاً يقوم على أسس علمية مدروسة لرفع مستوى الحياة وإحداث تغيير في طرق التفكير والعمل والمعيشة في المجتمعات للارتقاء بالذوق العام وأخلاقيات وسلوك الأفراد ويدفع أفراد المجتمع إلى المشاركة في بناء مجتمع قوى قادر على الإنتاج والتطوير مع الاستفادة من إمكانيات المجتمعات المادية وثرواتها الطبيعية بأسلوب يوائم حاجات المجتمع وتقاليد وقيمة الحضارية. (محمد، 2017، ص ص 5057 - 5058)

ولقد حرصت المواثيق الدولية والداستير التي تسير عليها الدول رغم اجتماع أيديولوجيتها وتوجهاتها على التأكيد على المساواة بين الأفراد في الحقوق والواجبات العامة وتحقيق أكبر قدر من العدالة بين جميع البشر على اختلاف الأماكن التي يقيمون فيها. (داود، 2013، ص 3659)

(مما سبق وفي إطار العدالة الاجتماعية ولتحقيق الغاية من تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر تسعى جميع المهن والتخصصات إلى التعاون والتنسيق فيما بينهم ومن ضمنها مهنة الخدمة الاجتماعية).

والخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تهدف إلى تحقيق التوافق بين الإنسان والمجتمع وذلك من أجل تحقيق الرفاهية والنهوض بالمجتمع وتدعيم القوى الكامنة في الإنسان، كما أنها تركز على تحقيق العدالة الاجتماعية والحقوق الإنسانية، ومواجهة عدم المساواة، والإستبعاد والظلم الإجتماعي. (Ward,2009,P.252)

وتعمل الخدمة الاجتماعية على مساعدة مؤسسات الرعاية الصحية مثل المستشفيات والمراكز الصحية القيام بوظائفها وتطوير أهدافها وزيادة فاعليتها في أدائها لوظائفها التي يتطلبها منها المجتمع. (قمر، 2007، ص 190).

وتعتمد الخدمة الاجتماعية على التخطيط الاجتماعي الذي يُمثل مدخلاً علمياً لإشباع الحاجات الإنسانية، حيث يقوم على الإستخدام الأمثل لموارد المجتمع المادية والبشرية وتعبئة الموارد وتوظيف هذه الموارد لتحقيق الأهداف المطلوبة بأقل تكلفة وأفضل طريقة ممكنة خلال فترة زمنية محددة. (خزام, 2011, ص308)

ويهدف التخطيط الاجتماعي إلى تجنب الوقوع في أخطاء نتيجة التغيير الاجتماعي التلقائي غير الموجه أو غير المخطط، كذلك يتحقق عن طريق التخطيط الاجتماعي أقصى مستويات التعاون بين كافة الأجهزة والمؤسسات المهمة بالرعاية الاجتماعية حيث تعمل هذه الأجهزة المتعددة في إطار سياسة محددة، وعن طريق التخطيط يمكن تحقيق أقصى استثمار للإمكانيات والموارد البشرية والمادية والتنظيمية المتاحة أو التي يمكن إتاحتها. (حمزة, 2015, ص 136)

ويتضمن التخطيط في المجال الصحي إستخدام أساليب علمية أو إجرائية لتوزيع وتخصيص الموارد بشكل يجعل المنشأة الصحية قادرة على تغطية الطلب والإحتياجات الصحية للمجتمع المراد تقديم الخدمة الصحية له. (عبد العزيز, 2003, ص8)

(وبالتالي نجد أن التخطيط الاجتماعي يسعى إلى تحسين وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر من خلال الأساليب العملية أو الإجرائية لتحقيق الأهداف المطلوبة من نشر الوعي بخدمات برنامج الرعاية الصحية للفقراء بصفة عامة وفقراء الحضر بصفة خاصة وضرورة تكثيف الدعاية الإعلانية والملصقات الإرشادية بكافة الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات الحكومية بهدف الوصول إلى جميع المستهدفين لحصولهم على خدمات الرعاية الصحية).

وللوصول إلى تحديد مشكلة الدراسة وصياغتها كان من الضروري الإطلاع على الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة سواء كانت دراسات عربية أو دراسات أجنبية وهي كالتالي:

ثانياً: الدراسات المتصلة (تحليل واستنتاج):

(أ) الدراسات المرتبطة بالعدالة الاجتماعية

استهدفت دراسة (Aradhana, 2001): اختبار مدخل التمكين الاجتماعي في مساعدة المرأة في التغلب علي إحساسها للافتقار للعدالة الاجتماعية وعدم المساواة بينها وبين الرجل في مجال التنمية، وقد توصلت الدراسة إلي أهمية تصميم برامج لتقوية المرأة وتمكينها للقيام بدور فاعل في التنمية لذا فمن المهم تصميم برامج لتعريف المرأة بأدوارها وأهمية مشاركتها ومطالبتها بحقوقها علي كافة المستويات، بينما أشارت دراسة (Rien, 2003) إلي وجود ارتباط قوي بين تحقيق العدالة الاجتماعية والسياسات ولغة الحوار والرأي العام والحالة الاقتصادية والسكانية والتمويل

وكذلك البرامج المصممة لتحقيق العدالة الاجتماعية، وقد أشارت الدراسة إلى أهمية تحقيق العدالة الاجتماعية في المجتمع المصري من خلال لغة الحوار بين القوى السياسية والصراع الفكري الأيدولوجي والرأي العام والتمويل الاقتصادي، في حين أكدت دراسة (Hansan, 2004)، إلى وجود علاقة بين العدالة الاجتماعية وتوفير فرص العمل، وأن القواعد التشريعية التي توضع في إطار العدالة الاجتماعية تتيح فرص العمل المناسبة والمنظمة سواء علي المستوى الرسمي أو الأهلي، وهذه الدراسة ركزت علي أن العدالة الاجتماعية تقاس بمدى توافر فرص العمل المناسبة، وهذه الدراسة تؤكد إلى توفير فرص عمل لتحقيق العدالة الاجتماعية سواء من الجهات الحكومية أو الأهلية، وفي حين واستهدفت دراسة (هاشم، 2004) التوصل لمؤشرات تخطيطية لتحقيق العدالة الاجتماعية حيث تعرضت سياسات الوقاية الاجتماعية في مصر لكثير من التغيرات مما أثر على العمل الاجتماعي الأهلي وكذلك على دور الدولة والتزاماتها نحو خدمات الرعاية الاجتماعية سواء كانت حكومية أو أهلية وكيفية صياغتها لبرامج الخدمات الاجتماعية وتحديد مسؤولية المستفيدين منها ومدى مشاركتهم في تمويلها وخرجت الدراسة بمؤشرات تخطيطية لتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الاجتماعية وأوصت بوضع معايير محددة لاستحقاق من هذه الخدمات ووجود جهاز رقابي لتوزيعها للمستحقين لها فعلا وأكدت دراسة (Wilcox, 2005) على ضرورة تحليل سياسات التعليم الجامعي علي اعتبار انه شيء هام علي طريق تحقيق العدالة الاجتماعية وتوصلت الدراسة إلى أهمية دور القيادة الرشيدة داخل التعليم الجامعي من حيث اعترافهم بحقوق كل إنسان، وتؤكد الدراسة علي أهمية توافر العدالة الاجتماعية في التعليم الجامعي، علي اعتبار أن التعليم الجامعي حق للجميع بينما استهدفت دراسة (أبو ودنيا، 2011) التعرف علي تسويق الأفكار الاجتماعية من خلال إعلان الخدمات العامة لتحقيق العدالة الاجتماعية، والتي كانت من أهم نتائجها أن الإعلان عن الخدمات العامة لها دور ملحوظ في عملية التوعية الاجتماعية والتي تسعى أحد أهدافها إلى تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال نشر قيم اجتماعية تتفق مع حاجات ومتطلبات المجتمع وأوصلت الدراسة بحاجة المصري إلى التوعية المستمرة بالقضايا الاجتماعية أو المجتمعية عامة والعدالة الاجتماعية خاصة وذلك من خلال استخدام مختلف وسائل الإعلام والاتصال لتسويق الفكرة الاجتماعية الدائمة بصيغة العدالة الاجتماعية وأشارت دراسة (الرشيدي، 2012) إلى تحديد مساهمة الخرائط التخطيطية في تحقيق العدالة الاجتماعية عند التخطيط للتنمية المستدامة من خلال المؤشرات التالية تحديد أهداف خطة التنمية المستدامة، وإعداد خطة التنمية المستدامة، تنفيذ ومتابعة وتقويم خطة التنمية المستدامة، والتي كانت من أهم نتائجها للخرائط التخطيطية دوراً هاماً في تحديد الأولويات وتقدير الاحتياجات للخدمات الاجتماعية علي المستوى المحلي والإقليمي والقومي، وأكدت دراسة (عبد الفتاح، 2015) على تحديد واقع العدالة الاجتماعية في

الأحياء الحضرية الفقيرة، تحليل المتغيرات التخطيطية المرتبطة بتحسين نوعية حياة فقراء الحضر، وأوضحت نتائج الدراسة قبول صحة الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً بين العدالة الاجتماعية والتخطيط، عدم صحة الفرض الثاني والذي مؤداه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً، وأستهدفت دراسة (بركات، 2016)، تحديد واقع العدالة الاجتماعية في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية للمرأة المعيلة، وأشارت نتائج الدراسة انه توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد العدالة الاجتماعية وصنع سياسات الرعاية الاجتماعية.

(ب) الدراسات المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية:-

استهدفت دراسة (Suck, 2004)، تحديد كيفية استخدام شبكة الأمان الإجتماعي في منع الفقراء من أن تصبح أكثر فقراً حيث من خلالها قدمت الحكومة الخدمات الصحية المجانية للأسر الفقيرة كعنصر من عناصر المشروع وتوصلت إلى أنه في أقل من سنة واحدة أفاد هذا البرنامج عدد كبير من الفقراء وإتساع هذه الرعاية في المراكز الصحية. بينما اشارت دراسة (الرشيدى, 2006) إلى تحديد واقع العدالة الإجتماعية في توزيع خدمات الرعاية الصحية الحكومية بإقليم الإسكندرية، وتوصلت إلى إطار تخطيطي مقترح يتضمن "تصميم نظم معلومات قومية لخدمات الرعاية الصحية، وإيجاد جهاز رقابي صارم يحكم عملية توزيع الموارد البشرية والمادية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية، وأكدت دراسة (Farjana, 2008) على التعرف على واقع المجتمع الريفي في بنجلادش من الإستفادة من خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوصلت نتائجها إلى وجود نقص في الأطباء، والأدوية الموصوفة وعدم وجود مختبرات معملية ملائمة للعمليات الجراحية، كما أوضحت الدراسة عدم الرضا عن مرافق الصحة العامة، والرعاية الصحية الأولية، وصعوبة الحصول على جودة الخدمات الصحية، فيما استهدفت دراسة (Stanton, 2009) التعرف على تحديات جودة الخدمات الصحية في المجتمعات الريفية، وتوصلت إلى أن تحسين نوعية الرعاية الصحية تأتي بالتعليم المستمر، من خلال تشجيع التطوير الوظيفي للعاملين من خلال برنامج أكاديمي، وتبنى مدخل متكامل قائم على ترتيب الأولويات، مع إستخدام تقنيات حديثة لدعم الرعاية الصحية، ورفع مستوى الكفاءة، إضافة إلى تأهيل السكان للمشاركة في تحسين صحتهم، مع دعم البنية الصحية في المناطق الريفية وفي حين هدفت دراسة (الأبشيهي, 2011) إلى تحديد متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من المتطلبات هي وجود رؤية ورسالة واضحة ومحددة ومتفق عليها، ووجود خطة إستراتيجية بعيدة المدى للوحدات الصحية الريفية، وضرورة وجود قاعدة بيانات مبرمجة بالوحدة حول

المرضى والأطباء وطبيعة الأمراض، وتوفير الإعتمادات المالية اللازمة، والإهتمام بدراسة شكاوي ومقترحات العاملين بالوحدات الصحية الريفية والمتريدين عليها، بينما أكدت دراسة (Geffrey,2012) على أهم المعوقات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية الأولية في محميات الأمم الأولى في مانيتوبا" والتي هدفت إلى التعرف على معوقات خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة للمرضى، وأظهرت أهم نتائجها أن المعوقات تمثلت في انخفاض التمويل، محدودية الموارد البشرية، نقص الرعاية الملائمة، عدم كفاءة مستويات الضبط المحلي على توصيل الخدمة الصحية. وأشارت دراسة (قناوي, 2012) إلى تحديد المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية وتوصلت الدراسة إلى أن أهم المتطلبات المرتبطة بمعايير جودة خدمات الرعاية الصحية هي البنية التحتية التي تقدم فيها الرعاية وكفاءة تقديم الخدمة والرعاية في الوقت المناسب وإستمرارية تقديم الخدمة وكذلك المتطلبات الإدارية والمادية والفنية اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمدينة أسوان، وأكدت أيضاً دراسة (خواجه, 2013) على تحديد مستوى متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وتوصلت نتائجها إلى أن مستوى متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية ككل مرتفع، ومن أهم تلك المؤشرات: البنية التحتية، والترابط والتشابك بين كافة القطاعات الصحية، والموارد البشرية ذوي المعرفة، والتدريب وبناء القدرات، في حين إستهدفت دراسة (Eyles, et al, 2014) على التعرف على مقومات العدالة الإجتماعية في تقديم خدمات الرعاية الصحية وتوصلت نتائجها إلى أن ممارسة البيروقراطية السلبية قد تؤدي لتعقيد خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالمرضى، وتوسع من ثقافة الحد من التمكين والحرمان من الحصول على تلك الخدمات، وأن الممارسات الإيجابية لمقدمي الخدمة تساعد في تحسين وإتاحة الخدمات والعدالة والصحة بالمجتمع، وهدفت دراسة (خفاجي, 2014) تحديد العلاقة بين الشفافية في القطاع الصحي وتطوير خدمات الرعاية الصحية، وتوصلت نتائجها إلى أن، من أهم مؤشرات تطوير خدمات الرعاية الصحية من وجهة نظر المسؤولين وجود قائمة لإنتظار المرضى لإجراء العمليات الجراحية بالمستشفى وتطوير أساليب تقديم خدمات المستشفى بشكل دائم وفقاً لإحتياجات المرضى المحددة، وبينما إهتمت دراسة (مرعي, 2017) بتحديد واقع إسهامات برامج نظم المعلومات كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية وتوصلت الدراسة إلى أن برامج نظم المعلومات المتمثلة في تطوير التقارير الطبية عن حالة المرضى وإستخدام الآليات الحديثة لرفع مستوى الخدمة الصحية

المقدمة تساهم بشكل كبير في تطوير خدمات الرعاية الصحية للأطفال بلا مأوى، وأشارت دراسة (قنديل، 2018) إلى تحديد مستوى آليات الشراكة بين المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية لتحسين الخدمات الصحية وتوصلت إلى أن مستوى آليات الشراكة بين المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية لتحسين الخدمات الصحية جاءت بمستوى متوسط وكان أهم مؤثراتها (التعاون والتنسيق والاتصال).

(ج) الدراسات المرتبطة بفقراء الحضر:

استهدفت دراسة (العيسوي، 1998)، التعرف علي طبيعة الفقر والفقراء في مصر وتحديد هل الفقر يؤثر علي الإناث أكثر من الرجال، توصلت الدراسة إلي: إن الفقر بعد أنثوي واضح حيث تزداد نسبة الفقر بصورة أكبر بين الإناث وصلت إلي 14% بينما في الرجال وصلت لنسبة 10%. واهتمت دراسة (Aldojtalo, 2001)، التعرف علي آليات فقراء الحضر في الحصول علي خدمات الرعاية الاجتماعية والمطالبة بها ضد نظام الدولة، وتوصلت الدراسة إلي: مجموعة من الآليات التي يستخدمها فقراء الحضر في الحصول علي خدمات الرعاية الاجتماعية من خلال العمل التعاوني والمشاركة كذلك العلاقات فيما بينهم. بينما إستهدفت دراسة (Zihindula, 2002)، تحسين أداء المنظمات غير الحكومية والوصول لأفضل السبل لضمان تنفيذ خدمات الرعاية الاجتماعية في الحد من الفقر في الحضر، وتوصلت الدراسة إلي ان هناك العديد من المعوقات بعضها يرجع الي المنظمات والبعض الآخر يرجع الي طبيعة المناطق الحضرية. وأكدت دراسة (Arne, 2003) على التعرف علي دور المجتمع المدني في التخفيف من حدة الفقر في الحضر من خلال مشاركة المجتمع المدني بمؤسساته المختلفة في التركيز علي تنفيذ الرعاية الاجتماعية ومحاولة ابتكار سياسات رعاية اجتماعية جديدة وقد توصلت الدراسة الي ان المجتمع المدني كان له دور بارز في بناء سياسات رعاية اجتماعية جديدة لمواجهة الفقر في الحضر وأشارت دراسة (Carpenter et al, 2004) إلى التعرف على متغيرات الثقافة والتعاون للخصائص الديموجرافية للمبجوثين، أوضحت نتائج الدراسة أن متغيرات الثقافة والتعاون تتأثر بالخصائص الديموجرافية للمبجوثين السن، النوع، التعليم، عدد أفراد الأسرة، عدد سنوات الإقامة بالمنطقة العشوائية من ناحية، وتتأثر أيضاً بالعامل الثقافي والأحوال الاقتصادية والسياسية، وأكدت دراسة (محمد، 2011): على تحديد واقع الاستخدام الحالي للمجلس الشعبي بمحافظة القاهرة لتكنولوجيا المعلومات في تحديد أولويات خدمات الرعاية الاجتماعية بالمناطق الحضرية، وتوصلت نتائجها أن مستوى استخدام المجلس المحلي لمحافظة القاهرة لتكنولوجيا المعلومات في تحديد أولويات خدمات الرعاية الاجتماعية بالمناطق الحضرية المتخلفة

كما يحدده الأعضاء مستوى متوسط، في حين إستهدفت دراسة(احمد,2015) تحديد فعالية الخدمات الاجتماعية في مقابلة حاجات فقراء الريف من وجهة نظر الفقراء أنفسهم، أشارت نتائج الدراسة مدى وجود علاقات إنسانية عند تقديم الخدمات، الاستمرارية في تقديم الخدمات بمتوسط، سهولة سرعة حصول الفقراء على الخدمات الاجتماعية الحكومية، وأشارت دراسة(ابو زيد,2016) إلى تحديد القيم الثقافية وعلاقتها بصنع سياسات الامان الاجتماعي للفقراء في الصعيد، وأشارت نتائج الدراسة تحديد القضايا والمشكلات المجتمعية للفقراء، تحديد اهداف سياسة الامان الاجتماعي الموجهه للفقراء.

تحليل واستنتاج:

- 1- ركزت بعض الدراسات علي أن العدالة الاجتماعية تعد قضية رئيسية في تحقيق التنمية بالمجتمع وهذا ما أكدته دراسة (Sharma,2001).
- 2- أشارت بعض الدراسات علي وجود ارتباط قوي بين العدالة الاجتماعية وتوفير فرص العمل للمواطنين وهذا ما أكدته دراسة كلاً من (Martin,2003 - Migra,2004 - هاشم، 2004).
- 3- ركزت بعض الدراسات التعرف علي مساهمة الخرائط التخطيطية كأداة في تحقيق العدالة الاجتماعية بالمجتمع وهذا ما أكدته دراسة كلاً من (السعيد،2011- محمد،2012).
- 4- ركزت بعض الدراسات علي واقع العدالة الاجتماعية وسياسات الرعاية الصحية بالحضر وهذا ما أكدته دراسة كلاً من (عبد الفتاح،2015- السيد، 2016).
- 5- أكدت بعض الدراسات علي أن الرعاية الصحية والعدالة والمساواة حق من حقوق الإنسان في الحصول عليها منها دراسة (الرشيدى,2006, دراسة Eyles, et al ,2014).
- 6- أشارت بعض الدراسات إلى بعض المعوقات التي تواجه خدمات الرعاية الصحية منها دراسة (Geffrey,2012).

7- أظهرت بعض الدراسات على ضرورة الإستفادة من خدمات الرعاية الصحية ومدى رضا المواطنين عن تلك الخدمات منها دراسة (ودراسة (Kumar & Suck ,2004) (Farjana ,2008).

8- أكدت بعض الدراسات على ضرورة جودة خدمات الرعاية الصحية والتحديات التي تواجهها ومنها دراسة (Stanton ,2009, ودراسة الأبيشيبي ,2011, ودراسة قناوي,2012).

9- ركزت بعض الدراسات على التعرف على طبيعة الفقر وآليات حصول فقراء الحضر علي خدمات الرعاية الصحية وهذا ما أكدته دراسة كلاً من (إبراهيم العيسوي،1998- , Zihindula,2002-Aldojtalo,2001).

وبتحليل الدراسات السابقة يمكن استخلاص الآتي:

1. عدم تحقيق مبدأ العدالة الإجتماعية في تقديم خدمات الرعاية الصحية لبعض أفراد المجتمع.
2. عدم تحقيق مبدأ الإستثمار الإجتماعي في مواجهة مشكلات الفقراء وخاصة المشكلات الصحية.
3. أهمية التعاون والتنسيق والشراكة بين المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية في نشر وتوعية المواطنين بخدمات الرعاية الصحية داخل المجتمع.
4. التخطيط والمتابعة لمواجهة التحديات والمعوقات التي تواجه المرضى من الإستفادة من خدمات الرعاية الصحية وتطويرها.

أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

أولاً: أوجه التشابه:

1. إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أهمية العدالة الإجتماعية في تمكين الفقراء من الحصول على خدمات الرعاية الصحية ومواجهة المشكلات والدفاع عن حقوقهم.
2. إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أن فقراء الحضر يعانون من عدم الوعي بخدمات الرعاية الصحية المقدمة إليهم فيجب نشر الوعي والتسويق الصحي لتلك الخدمات.

3. إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أن العدالة الاجتماعية تعمل على تحسين وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

4. إتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أن عدم الإهتمام برعاية فقراء الحضر صحياً يسهم في عدم الإستقرار الإجتماعي والسلم المجتمعي لهم.

ثانياً: أوجه الاختلاف:

1. إختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في ضعف وتنفيذ الجهات المعنية لتطبيق أبعاد العدالة الاجتماعية الخاصة بالفقراء من قبل الدولة.

2. تناولت الدراسة الحالية التعرف على الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية في حين أن الدراسات السابقة لم تتناول تلك الخدمات بشكل كافٍ في ضوء العدالة الاجتماعية.

3. لم تتطرق الدراسات السابقة إلى تحديد مستوى أبعاد العدالة الاجتماعية وأبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

ثالثاً: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة.

1. إستفادت الدراسة الحالية في التعرف على أبعاد العدالة الاجتماعية التي يجب تناولها وإغفاله من الدراسات السابقة ومدى تأثيرها في حل معظم المشكلات التي تواجه الفقراء في المجتمع وخاصة فقراء الحضر.

2. إستفادت الدراسة الحالية في الصياغة الدقيقة لمشكلة الدراسة والتي أظهرت ضعف تنفيذ الجهات المعنية للعدالة الاجتماعية في مواجهة قصور خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

3. إستفادت الدراسة الحالية في التعرف على بعض المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

4. إستفادت الدراسة الحالية في التعرف على بعض توصيات ومقترحات سابقة أسهمت في إتاحة الفرصة للباحث في تحديد أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

تعقيب عام على الدراسات السابقة

من العرض السابق يتضح أن العدالة الاجتماعية أسهمت في الأخذ بمبدأ الأولويات في مناقشة قضايا ومشكلات المجتمع بصفة عامه والمشكلات الصحية بصفة خاصة، ووضع وتنفيذ

برامج وخدمات الرعاية الصحية على وجه الخصوص، والعمل على تطويرها من أجل مواجهة المشكلات التي يعاني منها فقراء الحضر، واستثمار الموارد المجتمعية المتاحة من أجل تطوير تلك الخدمات.

وكما يتضح أيضاً من العرض السابق للدراسات السابقة أنها لم تتناول لدور العدالة الاجتماعية كمتغير في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر موضوع الدراسة الحالية، وأنه لا توجد دراسات سابقة في حدود علم الباحث - اعتمدت على العدالة الاجتماعية كمتغير مستقل تعتمد عليه الدراسة الحالية في تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كمتغير تابع، حيث إن كل متغير استخدم على حدة مع متغيرات أخرى في الدراسات السابقة وهذا ما تهتم به الدراسة الحالية، وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة، في إثراء مشكلة الدراسة وكيفية وضع تعريف إجرائي لمفاهيم الدراسة، واختيار الأدوات المناسبة للدراسة بما يتفق مع العينة والأهداف والإجراءات المنهجية للدراسة.

ثالثاً: تحديد مشكلة الدراسة:-

تأتي أهمية العدالة الاجتماعية في هذا الإطار لمواجهة مشكلات الفقراء، حيث تمثل العدالة الاجتماعية الارتقاء بالأوضاع الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية للأفراد والصعود بهم من المستوى دون الإنساني الذي يعجزهم عن التفاعل الاجتماعي السوي وعدم القدرة على تطوير مبادرات ذاتية للارتقاء إلى مستوى إنساني يمتلكون فيه القدرة للحصول على الفرص التي تمكنهم من إشباع حاجاتهم الأساسية والتفاعل مع الآخرين. (أبو قورة، 2010، ص ص 117، 116)

وفي إطار ما تقدم من عرض للعدالة الاجتماعية للفقراء والدور المنوط الذي تقوم به الدولة والمتمثل في وزارة التضامن الاجتماعي ووزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والتنسيق والتكامل بينهم في توفير خدمات الرعاية الصحية لأصحاب معاش الضمان الاجتماعي وبرنامج تكافل وكرامة من خلال برنامج الرعاية الصحية وعدم الوعي والتسويق للخدمات الصحية التي يقدمها البرنامج مما يتطلب ذلك عملية التسويق الصحي ونشر الوعي من خلال مجموعة من الإجراءات والخطوات لحصول الفقراء على الخدمات الصحية مما يسهم ذلك في نمو المجتمع وتوفير حياة صحية آمنة للمواطنين بصفة عامة وفقراء الحضر بصفة خاصة، حيث تشكل الصحة الجيدة للفرد عنصراً أساسياً في رخائه وصيانة كرامته كإنسان .. لذا فإن هذه الدراسة تهتم بالتعرف على العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر وذلك من خلال تحديد مستوى إسهام العدالة الاجتماعية في تطوير خدمات الرعاية الصحية، والتعرف على المعوقات التي تواجهها والمقترحات لتطوير تلك الخدمات.

ومن خلال العرض السابق للتراث النظري والدراسات السابقة يمكن أن تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في "تحديد واقع العدالة الاجتماعية كمدخل فى التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر
رابعاً: أهمية الدراسة:-
1. أهمية مجتمعية:

- أ. تعتبر مشكلة الفقر من أهم المشكلات التي تواجه المجتمع المصري بسبب ما ينتج عنها من مشاكل اجتماعية وأمنية وهى من المنابع الرئيسة للجريمة، ولذا فإن دراسة الفقر بصفة عامة ، فقراء الحضر بصفة خاصة لها أهمية وتأثير كبير على مستقبل التنمية فى كافة مجالاتها والتي من الممكن أن تعوق خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- ب. أصبح فقراء الحضر جزءاً من النسيج المكون للمجتمع والذي يمكن استثماره لصالح المجتمع وإما أن نتركه فيمثل مصدر لعدم التوازن والاستقرار داخل المجتمع.
- ج. تعتبر العدالة الاجتماعية الدعامة الأساسية لأي مجتمع ويجب تطوير خدمات الرعاية الصحية للفقراء لتحقيق التنمية الشاملة.
- د. الإهتمام المتزايد من قبل الدولة بتحسين أحوال المجتمع المصري ومستوى خدمات الرعاية الصحية لكافة المواطنين وفقاً لمنظومة عملية، تهدف للإصلاح الصحي في المجتمع متضمناً كافة أوجه الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية.
- هـ. قد تُعد هذه الدراسة بمثابة نشر الوعي بالخدمات الصحية التي يقدمها برنامج الرعاية الصحية للفئات الفقيرة داخل المجتمع من خلال عملية التسويق الصحي للبرنامج.

2. أهمية مهنية:

- أ. الخدمة الاجتماعية كمهنة إنسانية تعمل على نشر قيم العدل والمساواة في المجتمع ومواجهة مشكلات الفقراء بصفة عامة وفقراء الحضر بصفة خاصة وإشباع إحتياجاتهم المختلفة.
- ب. تعمل الخدمة الاجتماعية على مساعدة مؤسسات الرعاية الصحية كالمستشفيات للقيام بوظائفها وتطوير أهدافها وزيادة فاعليتها بما يتناسب مع أوضاع الفقراء في المجتمع.

ج. تعتمد الخدمة الاجتماعية على التخطيط الاجتماعي الذي يُمثل مدخلاً علمياً لإشباع الحاجات الإنسانية والصحية من خلال تحديد آليات تطوير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة للفقراء.

3. أهمية تخصصية:

- أ. يعتبر مجال الرعاية الصحية من أهم المجالات الهامة في التخطيط الاجتماعي وذلك من خلال تحديد الاحتياجات للمواطنين ووضع برامج وخدمات الرعاية الصحية لهم.
- ب. يساعد التخطيط في التنسيق بين المهام على أسس من التعاون والإنسجام يحول دون حدوث التضارب أو التعارض عند مقابلة الحاجات ومواجهة المشكلات المجتمعية.
- ج. تتبع أهمية التخطيط من قدرته على تحقيق التوازن بين إحتياجات المجتمع وإمكانياته من خلال تحقيق الحد الأقصى من إشباع الإحتياجات الصحية عن طريق إستخدام أسلوب تحديد أولويات الإشباع في التخطيط.
- د. قد تُفيد هذه الدراسة في إثراء الجانب النظري للتخطيط الاجتماعي وإتاحة الفرصة للباحثين من تناول العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

خامساً: أهداف الدراسة:-

1. تحديد واقع أبعاد العدالة الاجتماعية لفقراء الحضر وهي كالتالي:

- أ. العدالة في الفرص المتاحة.
- ب. العدالة في توزيع الخدمات.
- ج. المساواة في الحقوق.
- د. المساواة في الواجبات

2. تحديد واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر وهي كالتالي:

- أ. تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية.
- ب. تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية.
- ج. تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية.

3. تحديد المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

4. تحديد مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

سادساً: فروض الدراسة:-

1. الفرض الأول: " من المتوقع أن يكون مستوى أبعاد العدالة الاجتماعية لفقراء الحضر بالمجال الصحي مرتفعاً"، ويمكن إختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

أ. العدالة في الفرص المتاحة.

ب. العدالة في توزيع الخدمات.

د. المساواة في الحقوق.

هـ. المساواة في الواجبات

2. الفرض الثاني: " من المتوقع أن يكون مستوى أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر مرتفعاً"، ويمكن إختبار هذا الفرض من خلال الأبعاد التالية:

د. تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية.

هـ. تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية.

و. تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية.

3. الفرض الثالث: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق أبعاد العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ".

سابعاً: المفاهيم الضابطة للدراسة :-

(1) مفهوم العدالة الاجتماعية:

(أ) المفهوم اللغوي:-

تعرف العدالة في المجمع الوجيز في اللغة العربية بأنها أحد الفضائل الأربع وهي العلم، الشجاعة، الثقة، الحرية، وتعرف بأنها نظام اقتصادي يعمل على إزالة الفوارق الاقتصادية الكبيرة بين الطبقات داخل المجتمع. (مجمع اللغة العربية، 2001، ص49) كما عرفت العدالة الاجتماعية بأنها تعاون الأفراد في مجتمع متحد يحصل فيه كل عنصر على فرص متساوية وفعليه لكي ينمو ويتعالى رافض ما تتيح له قدراته. (بدوي 1982، ص 389)

وعرفت العدالة الاجتماعية على أنها الصفات الأساسية لاي نظام، وهي الإرادة الثانية والأبدية لإعطاء كل فرد ما يجب أن يحصل عليه أو هي إعطاء كل ذي حق حقه (مجمع اللغة العربية، 2001، ص409).

(ب) المفهوم الإصطلاحي:-

والعدالة تعني إعطاء كل فرد ما يستحقه وتوزيع المنافع المادية في المجتمع، وتوفيراً متساوياً للاحتياجات الأساسية، كما أنها تعني المساواة في الفرص أي كل فرد لديه الفرصة في الصعود الاجتماعي، (التوم، 2016، ص31)

كما تعرف العدالة بأنها "إرادة دائمة دائبة لإيتاء كل ذي حق حقه دون المساس بمصالح الغير". (عيسى، 1999، ص 16)

وتعرف بأنها التوزيع العادل الذي يقوم به أحد الأطراف للموارد والحقوق والواجبات أو أي شيء آخر علي جماعة من الفاعلين. (السكري، 2004، ص29)

ويمكن تعريف للعدالة الاجتماعية إجرائياً في هذه الدراسة:

1- تحقق العدالة الاجتماعية قدرماً من إشباع الاحتياجات الأساسية لفقراء الحضر وتوفير مجموعة من الخدمات التعليمية والاقتصادية والاجتماعية لهم بقدر من المساواة وعدم التحيز لتحقيق العدالة الاجتماعية التي غيابها يهدد امن واستقرار سلامة المجتمع.

2- تحقق العدالة الاجتماعية المساواة بين جميع المواطنين دون تمييز على أساس ديني أو عرقي أو جنسي، أيديولوجي، أو أي مميزات أخرى في (الفرص المتاحة- الحقوق- الواجبات).

3- تشير العدالة الاجتماعية إلى تحقيق الإنصاف وتكافؤ الفرص والتكافل الاجتماعي والتضامن وسيادة القانون بين الجميع.

(2) مفهوم التطوير:

(أ) المفهوم اللغوي:-

التطوير لغوياً من الفعل طور، ويعني التغيّر التدريجي. (المعجم الوجيز، 2011، ص

396)

ويُعرف الشامل "قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية" التطوير بأنه تزايد التغيرات والتطورات بشكل منتظم. (الصالح، 1999، ص159)

وتُعرف الموسوعة العربية التطوير على أنه "مصطلح عام يشير إلى عملية مقصودة هادفة ينتج عنها تطور الشيء من تطور أدنى إلى تطور أعلى، ويؤكد البعض أن التطوير يرادف التطور، لكن هناك فارق بينهما من حيث الأسلوب، فالتطوير عملية تتم من خلال العامل والقائد، أما التطور فيحدث تلقائياً دون تدخل العاملين والقيادات بشكل مباشر، فهذا تطور يحدث بقدرة إلهية دون تدخل العاملين والقيادات، والتطوير هو نتاج لعمليات التنمية". (محمد، 2002، ص217)

(ب) المفهوم الإصطلاحى:-

ويُعرف التطوير بأنه "حالة من الحالات التي يكون فيها التغيير الإيجابي محملاً بقيم علمية واجتماعية وأخلاقية معينة يراها الداعون إليه سبيلاً نحو تحقيق التقدم الإنساني المطلوب في

ثقافة المجتمع المعاصر". (استيتية، سرحان، 2008، ص 76).

والتطوير كعملية يعني "التغيير التدريجي الذي يحدث في بنية الكائنات الحية وسلوكها، ويحدث في النظم والقيم والعلاقات السائدة في المجتمع". (لوشن، 2003، ص 114)

ويعرف التطوير أيضاً بأن يكون موجهاً نحو تحقيق أهداف إيجابية وعليه يكون هدفاً من أهداف التخطيط. (عويس، الأفندي، 2005، ص 32)

ويمكن تعريف التطوير إجرائياً في هذه الدراسة بأنه "تحسين خدمات الرعاية الصحية المتكاملة لفقراء الحضر لتكون أكثر قدرة على مقابلة حاجاتهم الصحية المختلفة".

(3) مفهوم خدمات الرعاية الصحية:

(أ) المفهوم اللغوي:-

في البداية يجب أن نشير إلى أن الصحة (Health) تعني "علم وفن يهدف إلى منع أو تقييد ظهور الأمراض، وتعزيز الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، وأيضاً تحسين معدلات العمر للأفراد من خلال الجهود المنظمة للمجتمع (جلبي، أحمد، 2011، ص 270).

والخدمات الصحية أيضاً هي "المتصلة بالوقاية من الأمراض وتحسين الصحة والإرشاد الصحي الذي يقدم لأفراد المجتمع". (بدوي، 2008، ص 556)

(ب) المفهوم الإصطلاحى:-

وتعرف الخدمات الصحية بأنها "تلك الخدمات التي تقدم لمجموعة من الأفراد بقصد رفع مستواهم الصحي، ولا تقتصر تلك الخدمات على تقديم الخدمة العلاجية للفرد فقط، بل تشمل أيضاً على الخدمة الوقائية والعلاجية والإنمائية". (Lun, 1987, P. 275)

وتعرف الخدمات الصحية على أنها "الرعاية التي تقدم للمريض وتتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على إستعادة صحته".

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى الأنشطة التي صممت ووضعت موضع التنفيذ للعلاج والوقاية والكشف عن الإعتلال الجسدي أو العقلي وتدعيم الرفاهية البدنية الإجتماعية والنفسية للسكان، ويشمل نسق الرعاية الصحية الأفراد الذين يقدمون الخدمات المطلوبة من أطباء وممرضين وعاملين بالمستشفيات والأخصائيين الإجتماعيين والعاملين في مجال الصحة، كما يشمل المرافق التي تقدم فيها الخدمات من مستشفيات ومراكز طبية ومؤسسات تساعد على الوقاية من الأمراض. (السكري، 2000، ص 238).

وتُعرف خدمات الرعاية الصحية على أنها منظومة متكاملة من البرامج والمشروعات الصحية التي تستهدف في الأساس تمكين الإنسان من الأداء الأفضل لأدواره الإجتماعية (Miller, 2003, PP, 302:303)

وتُعرف خدمات الرعاية الصحية على أنها "مجموعة من التدخلات الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية لمجموعة معينة من السكان، تتميز بأنها متعددة الأغراض، وتقدم بشكل

مستمر، عن طريق التكامل الرأسي في مختلف مستويات الخدمة ويتضح فيها دمج كل من السياسات القائمة ونوع الإدارة المستخدمة". (WHO, 2008, P. 3). ويمكن تعريف خدمات الرعاية الصحية إجرائياً في هذه الدراسة: أ. مجموعة الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي تقدمها المؤسسات الصحية لفقراء الحضر.

ب. مجموعة الإجراءات التي يترتب عليه الحصول على تلك الخدمات لفقراء الحضر.

ج. تهدف هذه الخدمات إلى رفع مستوى فقراء الحضر صحياً.

(3) مفهوم فقراء الحضر:

(أ) المفهوم اللغوي:-

الفقير لغة يعنى المحتاج، قال سبحانه وتعالى: ﴿ يَا أَيُّهَا النَّاسُ أَنْتُمُ الْفُقَرَاءُ إِلَى اللَّهِ وَاللَّهُ هُوَ الْغَنِيُّ الْحَمِيدُ ﴾ (سورة فاطر: الآية، 15). أي المحتاجون إليه. ويقال أفقر الله فلاناً - أي جعله فقيراً وافتقر - أي صار فقيراً إلى الأمر أي إحتاج أي نقص وإضطراب في تكوينه يصحبه شحوب وتتابع في النفس وخفقان في القلب (رشوان، 2007، ص 14) .

(ب) المفهوم الإصطلاحى:-

يعرف الفقر علي أنه الحرمان من القدرات الأساسية وليس مجرد انخفاض الدخل. (El Lathy; 2000, P, 43)

بينما يعرف الفقراء علي انه: هم الأفراد الذين لا يستطيعون توفير احتياجاتهم اليومية الأساسية، وهم لا يتوافر لديهم ما ينفقونه سوى عملهم. (Jan DEVRIES; 1998, P246)

وتعرف أيضاً جماعة اجتماعية تمثل المواقع الدنيا في النظام الإنتاجي الاجتماعي للمدينة، وتعمل علي هامش الاقتصاد الحضري وتعيش في المناطق العشوائية المختلفة وتعرض لشتى صور التهميش، ويرتبط بهذا الوضع عدد من المؤشرات والخصائص الثقافية والمعيشية منها انخفاض مستوى المعيشة، انتشار الأمية بالإضافة إلي ضعف المشاركة الاجتماعية والسياسية. (أحمد، 2009، ص 66)

كما يعرف علي أنه ظاهرة تتشكل وفق ظروفه الخاصة كل مجتمع إذ تلعب فيها الأسباب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية دورا واضحا في تحديدها. (صيام، 1997، ص 75).

ويمكن تعريف فقراء الحضر إجرائياً في هذه الدراسة:

- أسر فقيرة يعيشون في المناطق الحضرية.

- يعانون من نقص في الخدمات الأساسية وانخفاض في مستوى المعيشة.

- دخولهم منخفضة لا تكفي لإشباع حاجاتهم.

ثامناً : الإطار النظري للدراسة:-

(أ) العدالة الاجتماعية لفقراء الحضر:-

تستمد قضية العدالة الاجتماعية أهميتها من رسوخ وأهمية البعد الاجتماعي في منظومة التنمية المستدامة، إذ إن من أهم مقومات اندماج الفرد في المجتمع هو إحساسه بالعدالة الاجتماعية، هذا الإحساس الذي من شأنه دفع طاقاته وطموحاته لتحقيق المزيد من العمل والإنتاج، وبالتالي المزيد من الارتقاء والرفاهية. (الهادي, 2017, ص36).

وتتركز فكرة العدالة الاجتماعية على أربعة مبادئ رئيسية هي (الحسيني, 1996, ص26).

1- أن فكرة وجود المجتمع الحر تستند على المساواة بين كافة المواطنين.

2- أن كل فرد يستحق المواطنة وعليه أن يبقى باحتياجاته الأساسية.

3- أن لكل فرد حق في تحقيق احترام الذات والاستقلالية الشخصية والحصول على الفرص الحياتية المتاحة.

وهناك مجموعة من الأنماط والأشكال للعدالة الاجتماعية:

ترتبط المعايير المتعلقة بالعدالة الاجتماعية بأساليب توزيع السلع والخدمات حيث أن الثروة والفقر والسلطة والتعليم والأمية تعتبر مخرجات بصورة مكررة للقواعد المتعلقة بالتوزيع للسلع والخدمات الخاصة بالرعاية الاجتماعية (التعليم والإسكان، الصحة.....الخ). (Ginsberg, 1995, P6)

وتتضمن النظريات المفسرة للعدالة الاجتماعية الأشكال التالية:-

1- العدالة التبادلية: وتعنى العلاقات بين مجموعة من الأعضاء التي تحترم الشخصية الفردية وقيمة الفرد من خلال السعي لتحقيق المساواة وتحقيق المعاملة بالمثل وعدم التعدي على حقوق الآخرين، واحترام الفروق الثقافية والتنوع العرقي في غضون ثقافة المجتمع.

2- العدالة التشاركية: وتعنى تعزيز معايير العدالة وتمكين أفراد المجتمع من المشاركة في أنشطة المجتمع المختلفة في صنع القرارات واتخاذها والمشاركة في صنع وتنفيذ سياسات الرعاية الاجتماعية.

3- العدالة التصالحية: و تعنى التوفيق بين الأطراف المتنازعة من خلال إيجاد أرضية مشتركة بينها جميعاً (Matveen, 2011, P,5)

- 4- **العدالة الجنائية:** وتركز على تحديد الذنب والبراءة ومعاقبة المذنب وتعويض الضحايا.
- 5- **العدالة الإجرائية:** وتعنى رضا الناس عن النتائج المتحققة، وهم يكونون أكثر استعداداً لتقبلها وبخاصة إذا كانت إجراءات صنع القرار عادلة وذلك من خلال: (الحيادية وتوافر فرص المشاركة والثقة فى القيادة والاحترام). (Sharom,2006,P3)
- 6- **العدالة الاقتصادية:** وتعنى وجود فرص عادلة للمشاركة فى كافة الأنشطة على أساس عادل ودون تمييز على أساس (دينى أو عرقى أو طبقي أو جنسى أو أيولوجى).
- 7- **العدالة التوزيعية:** وتعنى تخصيص الموارد وتوزيعها على أفراد المجتمع بشكل عادل وذلك لتلبية الاحتياجات الأساسية لأفراد المجتمع من خلال المساواة، وكذلك توزيع عائد التقدم الاقتصادي والاجتماعي على جميع الناس. (Tones,2007,P54)

مما سبق يمكن القول لا يمكن الفصل بين هذه أنماط والأشكال المتعددة من للعدالة فهذا الكل مترابط ومتكامل، فلا تتحقق العدالة الاجتماعية بدون توفير عدالة في توزيع الخدمات أو الأنشطة الإنتاجية أو وجود قواعد وقوانين تضمن الحرية والمساواة بين أفراد المجتمع.

وهناك مجموعة من الآليات التى تحقق العدالة الاجتماعية لفقراء الحضر

وهناك مجموعة من الآليات لتحقيق العدالة الاجتماعية للفقراء وهذه المحاولات تتم من خلال برامج وزارة الشؤون الاجتماعية ومنها (البساطي, 2016, ص,31).

أ- **برنامج الضمان الاجتماعي** وتشمل المعاشات والمنح الدراسية لأطفال الأسر الضمانية والأسر الفقيرة ومنح المشروعات الضمانية.

ب- **برنامج إسكان الأسر الفقيرة الولي بالرعاية:** والذي يهدف إلي دعم الأسر الفقيرة بتوفير المسكن الملائم لها لتحقيق الاستقرار الاجتماعي ويقدم بالتعاون مع وزارة الإسكان.

ج- **مشروع استهداف الفئات الأولى بالرعاية:** وهو يهدف إلي تحديد الفئات والأسر الأولى بالرعاية حسب معايير دقيقة تسهم في تصنيف الأسر وفقاً لموقعها الاقتصادي والاجتماعي ودرجة احتياجها.

د- **برنامج منحة الأسرة:** وهو برنامج يهدف إلي التحويلات النقدية المشروطة لتعليم الأطفال والرعاية الصحية.

هـ- **برنامج الأسر المنتجة:** والذي يهدف إلي رفع مستوى معيشة الأسر الفقيرة وتخفيض البطالة بين الشباب والحد من الفقر.

و- مشروعات تنمية القرى الأكثر فقراً: والذي يستهدف تنمية القرى وإدخال المرافق والخدمات حتى يستطيع الأهالي أن يعيشوا حياة تليق بهم وبكرامتهم.

ي- الصندوق الاجتماعي للتنمية: والذي انشأ من أجل التركيز علي إنشاء مشروعات صغيرة للعديد من الفئات منها الفئات الفقيرة ومحدودي الدخل وسكان المجتمعات الأقل نمواً وسكان المناطق المحرومة من الخدمات.

(ب) تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.

تُعد خدمات الرعاية الصحية أحد الأسس التي تقوم عليها التنمية الاجتماعية والإقتصادية بأي مجتمع يقاس مدى تقدمه ورقيه بمستوى الرعاية الصحية التي يتمتع بها مواطنيه، وتتضح أهمية الرعاية الصحية سواء كانت وقائية أو علاجية أو تأهيلية في أنها تعمل على تحسين وزيادة الإنتاج وتحقيق الأمن والاستقرار والنماء للمجتمع، وذلك لأن الرعاية الصحية أحد الركائز الأساسية للرعاية الاجتماعية في أي مجتمع من المجتمعات

وهناك تصنيف لأشكال خدمات الرعاية الصحية:-

إتسمت برامج وأنظمة الرعاية الصحية في مصر والتي تقوم عليها وزارة الصحة والسكان بمراعاة تلك الخصائص والظروف الخاصة بطبيعة المجتمع (حلمي, 2007, ص 7).

حيث تنوعت البرامج والأنظمة في تقديم الخدمات الصحية لتتماشى مع إحتياجات الفقراء وتتواءم مع التغيرات المجتمعية، وهناك اختلال في توزيع الخدمات الصحية لفقراء الحضر وتتمثل في: (سلام, 1999, ص 18) :-

1. **الخدمة الصحية الوقائية:** وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن

أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة (الصيرفي, 2016, ص 18) .

2. **الخدمة الصحية العلاجية:** وهي تشمل الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة

مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من آلام المرض.

3. **الخدمة الصحية التأهيلية:** وتهدف إلى إعادة تكيف المريض مع بيئته أو إعادة قدراته

لأداء أدواره الاجتماعية بما يمكن استعادة أقصى ما يمكن استعادته من قدرات المريض

الجسمية أو الإجتماعية، أو النفسية وذلك من خلال برامج التأهيل الطبي والنفسي والإجتماعي والمهني وذلك بغرض تحسين الظروف الإنسانية للمريض بصورة متكاملة (غرابيه، 2008، ص 250).

ويتضح مما سبق أن خدمات الرعاية الصحية تصنف إلى خدمات صحية علاجية متمثلة في تقديم العلاج الدوائي المباشر داخل المراكز الصحية وتخفيف معاناة المريض من آلام المرض وأيضاً الخدمات الوقائية المتمثلة في حماية الأفراد من الأمراض المعدية والوبائية المنتشرة في البيئة والخدمات التأهيلية المتمثلة في برامج التأهيل الطبي والنفسي والإجتماعي وتقديم كافة الأجهزة التعويضية المناسبة للمرضى من خلال مراكز التأهيل المختلفة وأيضاً تكيف المريض مع الظروف البيئية التي تتفق وظروفه الإجتماعية.

وتواجه خدمات الرعاية الصحية تحديات منها (Ashford, (et.al), 2004, P,5)

1. قصور الرعاية الصحية والتغطية والنفقات والموارد الصحية.
2. يؤدي إرتفاع مستوى توقعات المجتمع بشأن الصحة والرعاية الصحية، يغذيه في ذلك إضفاء الطابع العصري، وزيادة وإتاحة المعلومات وتحسين الثقافة الصحية إلى حفز الطلب على إتاحة الرعاية الصحية التي تركز على الناس، وتحسين حماية صحة المجتمعات المحلية والمشاركة بفعالية اكبر في إتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة.
3. هناك إتجاه متزايد إكتسبته البلدان النامية من خلال التجارب والخبرات والمعارف نحو التغيير من جانب السكان ورسمي السياسات والمجتمع.

وهناك مجموعة من الإجراءات يتعين اتخاذها وهي (الكردي، 2018، ص 45):

1. يجب أن تتولى الدول الأطراف صياغة السياسات بنفسها حسب مواصفات كل بلد، ويجب ان يستغل المجتمع الصحي العالمي نفوذه لحشد القدرات وتيسير عملية التجديد.
2. القضاء على التباينات في المجال الصحي بالتحرك صوب التغطية الشاملة وهذا يعني التحرك من أجل توفير عدد كاف من الشبكات الخدمية التي تشمل ما يلزم من موارد بشرية وبنية تحتية وموارد وإدارة وتوجيه ليس فيها عوائق مالية أو أي عوائق أخرى ولكن فيها حماية للأسر من التبعات المالية ومن الفقر بسبب تكاليف الرعاية.
3. توسيع نطاق شبكات الرعاية الصحية حيثما كانت، تخفيف الرسوم عن المرضى وتحقيق التضامن والحماية الإجتماعية، وضع آليات لحماية صحة المجتمع.

4. زيادة المساعدات المالية للقطاع الصحي.
5. تصميم الخدمات وتنظيمها بغرض تمكين العملاء منها وخصوصاً الفقراء (فقراء الحضر) والمحتاجين.
6. الإجراءات المتعددة القطاعات ودمج الصحة في جميع السياسات.
7. تحسين السياسة العامة في القطاع الصحي وخارجه.
8. وضع الإعتبارات الصحية في مكانها الصحيح في المداولات المتعلقة بسائر الميادين السياسية.

وهناك مجموعة من الآليات التي تفيد في تطوير خدمات الرعاية الصحية:-

- يتم تطوير خدمات الرعاية الصحية في المجتمع من خلال التعرف على مؤشرات الصحة داخل المجتمع وهذه الآليات يتحدد على أساسها سواء كان المجتمع بصحة جيدة أو متوسطة أو قليلة من خلال معرفة عدة مؤشرات (الخطيب, 2006, ص 19).
- أ. مؤشر عدد أو نسبة المواليد إلى عدد السكان في الـ 1000، وعدد الوفيات من الأطفال الرضع في الـ 1000، فكلما قل عدد الوفيات من الأطفال الرضع وزاد نسبة المواليد في المجتمع، عبر ذلك عن إرتفاع مستوى الصحة في المجتمع.
 - ب. مؤشر عدد الأطباء بالنسبة إلى عدد السكان إذ كلما زاد عدد الأطباء في المجتمع، إرتفع المستوى الصحي في المجتمع والعكس صحيح.
 - ج. مؤشرات مدى توافر أعداد المهن التمريضية، إذا كلما توافر عدد مناسب وكاف من الممرضين كان المجتمع في مستوى صحي مناسب، والعكس صحيح.
 - د. مؤشر الأسرة: حيث يعتبر مؤشر عدد الأسرة بالنسبة لعدد السكان المجتمع في المستشفيات مؤشراً حقيقياً، لما يتميز به المجتمع من صحة.
 - هـ. مؤشر مدى توافر الأخصائيين الإجماعيين في المجتمع والأخصائيين النفسيين وفريق العمل الطبي والإجتماعي الذين يقدمون الخدمات.

تاسعاً: الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولاً: نوع الدراسة ومنهجها:

تعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية ، وذلك لوصف العدالة الاجتماعية كمدخل في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر، مستخدمة منهج المسح الإجماعي

- بالعينة لفقراء الحضر، المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية من مستشفيات (مديرية الشؤون الصحية بأسبوط) وترجع مبررات إختيار المجال المكاني للأسباب التالية:
- هذه المستشفيات تقع في النطاق الجغرافي لمدينة أسبوط.
 - هذه المستشفيات تقوم بتطبيق برنامج الرعاية الصحية لغير القادرين.
- وقد تم إختيار منهج المسح الاجتماعي للأسباب التالية:
- لأنه منهج بحثي يهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية فى وقت معين ومجتمع معين للتوصل لبيانات يمكن تحليلها وتفسيرها للإستفادة من نتائجها. (على، 2005، ص، 159)
 - يتميز بالمرونة فى طرح الاسئلة على المبحوثين حيث يحاول المسح الاجتماعي أيضاً التعرف على خدمات الرعاية الصحية المقدمة لفقراء الحضر وجمع البيانات والمعلومات والحقائق عنها، ويعتبر أداة للقياس تساعد على تحقيق العدالة الاجتماعية، ومن ثم يستفيد منه فى الدراسة الحالية فى التوصل إلى آليات لتحقيق العدالة الاجتماعية كمدخل فى التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر.
 - يستفاد من المسح الاجتماعي فى الوصف التفصيلي للوحدات المدروسة، ودراسة المشكلات القائمة ومدى تأثيرها على المجتمع. (حسن، 1990، ص، 221)

ثانياً: خطة المعاينة:

(د) وحدة المعاينة:

فقير الحضر المستفيد من (معاش الضمان الإجتماعي وبرنامج تكافل وكرامة) ضمن برنامج الرعاية الصحية لغير القادرين.

(هـ) إطار المعاينة:

تم حصر فقراء الحضر المستفيدين من (معاش الضمان الإجتماعي وبرنامج تكافل وكرامة) ضمن برنامج الرعاية الصحية لغير القادرين، وبلغ عددهم (545) مفردة، وتوزيعهم

كالتالي:

جدول رقم (1)

يوضح توزيع المستفيدين عينة الدراسة

م	البيان	عدد المستفيدين
1	مستشفى أسيوط العام	76
2	مستشفى التأمين الصحي بأسيوط	95
3	المستشفى الجامعي بأسيوط	374
	المجموع	545

(ج) نوع وحجم العينة:

- عينة عشوائية منتظمة، وتطبيق قانون الحجم الأمثل للعينة. (الضحيان، حسن، 2002، ص 247) بلغ حجم العينة للمستفيدين من برنامج الرعاية الصحية لغير القادرين (226) مفردة، وذلك بنسبة (2 : 1) تقريباً، وتم استخدام طريقة التوزيع المتناسب، كما يلي:

جدول رقم (2)

يوضح توزيع المستفيدين باستخدام قانون الحجم الأمثل للعينة

م	البيان	عدد المستفيدين	الحجم الأمثل
1	مستشفى أسيوط العام	76	32
2	مستشفى التأمين الصحي بأسيوط	76	39
3	المستشفى الجامعي بأسيوط	374	155
	المجموع	545	226

ثالثاً: أدوات الدراسة:

تمثلت أدوات جمع البيانات في:

- (1) إستمارة إستبار للمستفيدين حول العدالة لإجتماعية كمدخل فى التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:

■ وتم تصميم الأداة وفقاً للخطوات التالية:

1. قام الباحث بتصميم إستمارة إستبار للمستفيدين حول العدالة لإجتماعية كمدخل في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر، وذلك بالرجوع إلى التراث النظري، والإطار التصوري الموجه للدراسة، والرجوع إلى الدراسات المتصلة لتحديد العبارات التي ترتبط بأبعاد الدراسة.

2. صدق الأداة:

(أ) الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

تم عرض الأداة على عدد (10) من أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان، وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسيوط، وكلية الخدمة الاجتماعية جامعة الفيوم، لإبداء الرأي في صلاحية الأداة من حيث السلامة اللغوية للعبارات من ناحية وإرتباطها بأبعاد الدراسة من ناحية أخرى، وقد تم الإعتماد على نسبة إتفاق لا تقل عن (80%)، وقد تم حذف بعض العبارات وإعادة صياغة البعض، وبناء على ذلك تم صياغة الإستمارة في صورتها النهائية.

(ب) صدق المحتوي " الصدق المنطقي ":

وللتحقق من هذا النوع من الصدق قام الباحث بما يلي:

- الإطلاع علي الأدبيات والكتب، والأطر النظرية، والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت بأبعاد الدراسة.
- تحليل هذه الأدبيات والبحوث والدراسات وذلك للوصول إلي الأبعاد المختلفة والعبارات المرتبطة بهذه الأبعاد ذات الإرتباط بمشكلة الدراسة، من حيث تحديد أبعاد العدالة لإجتماعية كمدخل في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:

(ج) الصدق العاملي (صدق الإتساق الداخلي): حيث إعتد الباحث في حساب الصدق

العاملي على معامل إرتباط كل متغير في الأداة بالدرجة الكلية، وذلك لعينة قوامها (10) مفردات من المستفيدين عينة الدراسة. وتبين أنها معنوية عند مستويات الدلالة المتعارف عليها، وأن معامل الصدق مقبول، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول رقم (3)

يوضح الإتساق الداخلي بين أبعاد إستمارة إستبار المستفيدين ودرجة الإستبيان ككل

(ن=10)

م	الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة
1	أبعاد العدالة الإجتماعية لفقراء الحضر	0.788	**
2	أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر	0.882	**
3	المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر	0.898	**
4	مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر	0.812	**

* معنوي عند (0.05)

** معنوي عند (0.01)

يوضح الجدول السابق أن:معظم متغيرات الأداة دالة عند مستوى معنوية (0.01) لكل متغير على حدة، ومن ثم تحقق مستوى الثقة في الأداة والإعتماد على نتائجها.

3. ثبات الأداة: تم حساب ثبات الأداة بإستخدام معامل ثبات (ألفا-كرونباخ) لقيم الثبات التقديرية لإستمارة إستبار للمستفيدين، وذلك بتطبيقها على عينة قوامها (10) مفردات من المستفيدين عينة الدراسة. وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (4)

يوضح نتائج ثبات إستمارة إستبار المستفيدين بإستخدام معامل (ألفا -كرونباخ)

(ن=10)

م	الأبعاد	معامل (ألفا -كرونباخ)
1	أبعاد العدالة الإجتماعية لفقراء الحضر	0.90
2	أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر	0.89
3	المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر	0.87
4	مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر	0.88
	ثبات إستمارة استبار المستفيدين ككل	0.93

يوضح الجدول السابق أن:معظم معاملات الثبات للمتغيرات تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وبذلك يمكن الإعتماد على نتائجها وأصبحت الأداة في صورتها النهائية.

رابعاً: أساليب التحليل الكيفي والكمي:

اعتمدت الدراسة في تحليل البيانات على الأساليب التالية:

(أ) أسلوب التحليل الكيفي: بما يتناسب وطبيعة موضوع الدراسة.

(ب) أسلوب التحليل الكمي: تم جمع البيانات من الميدان في الفترة من 2020/6/12م إلى 2020/7/23م، ثم تم معالجة البيانات من خلال الحاسب الآلي باستخدام برنامج (SPSS.V. 24.0) الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وقد طبقت الأساليب الإحصائية التالية: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والمدى، ومعامل ثبات (ألفا. كرونباخ)، وتحليل الانحدار البسيط، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل التحديد، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، والرسوم البيانية.

خامساً: تحديد مستوى أبعاد العدالة الاجتماعية كمدخل في التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:

يمكن تحديد مستوى أبعاد العدالة الاجتماعية باستخدام المتوسط الحسابي حيث تكون بداية ونهاية فئات المقياس الثلاثي: نعم (ثلاثة درجات)، إلى حد ما (درجتين)، لا (درجة واحدة)، تم ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي، ولتحديد طول خلايا المقياس الثلاثي (الحدود الدنيا والعليا)، تم حساب المدى = أكبر قيمة - أقل قيمة (3 - 1 = 2)، تم تقسيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طول الخلية المصحح (2 / 3 = 0.67) وبعد ذلك تم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية، وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

جدول رقم (5) يوضح مستويات المتوسطات الحسابية

مستوى منخفض	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى 1.67
مستوى متوسط	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.68 إلى 2.34
مستوى مرتفع	إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3

عاشراً: نتائج الدراسة:-

أولاً: البيانات الوصفية للمجتمع البشري للدراسة:

جدول رقم (6)

يوضح النتائج المتعلقة بخصائص مجتمع الدراسة (ن=226)

م	الخصائص	المتغيرات	س-	σ
1	المتغيرات الديموجرافية	السن	49	7
		متوسط الدخل الشهري للأسرة	524	121
		المجموع	226	%100
2	النوع	ذكر	العدد	النسبة
			111	49.1
		أنثى	115	50.9
			المجموع	226
3	الحالة التعليمية	أمي	50	22.1
		يقرأ ويكتب	53	23.5
		مؤهل أقل من المتوسط	51	22.6
		مؤهل متوسط	42	18.6
		مؤهل فوق المتوسط	30	13.3
		المجموع	226	100
4	الحالة الإجتماعية	أعزب	31	13.7
		متزوج	90	39.8
		مطلق	30	13.3
		أرمل	75	33.2
		المجموع	226	%100
5	نوع المرض	سكر	19	8.4
		ضغط	22	9.7
		فشل كلوي	63	27.9
		قلب	35	15.5
		عظام	22	9.7
		جهاز هضمي	31	13.7
		جهاز تنفسي	19	8.4
		أورام	15	6.6
		المجموع	266	%100

ثانياً: واقع أبعاد العدالة الاجتماعية لدى فقراء الحضر:

1. العدالة في الفرص المتاحة:

جدول رقم (7) يوضح مؤشرات العدالة في الفرص المتاحة كما يحددها المستفيدون
(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.49	2.7	1.3	3	27.4	62	71.2	161	1	تتاح الفرص أمام أولادي في الحصول على مستوى تعليمي جيد.
2	0.57	2.66	4.9	11	23.9	54	71.2	161	2	فرص الحصول على خدمات الدعم متاحة أمام الجميع.
5	0.51	2.62	1.3	3	35.8	81	62.8	142	3	أشعر بالعدالة في توزيع الفرص المجتمعية المتاحة.
8	0.58	2.5	4.4	10	41.6	94	54	122	4	تتاح لجميع الأسر محدودة الدخل فرص الحصول على وحدات سكنية.
6	0.6	2.54	5.8	13	35	79	59.3	134	5	أبنائي لديهم الفرص في الالتحاق بالوظائف المختلفة مثل أقرانهم.
7	0.55	2.5	2.7	6	44.7	101	52.7	119	6	تتاح لي فرص إقامة مشروع صغير مثل الآخرين.
3	0.58	2.64	5.3	12	25.7	58	69	156	7	يتم الاختيار للوظائف الحكومية طبقا للكفاءة وليس الوساطة.
4	0.54	2.62	2.7	6	32.3	73	65	147	8	يتاح لي الحصول علي قرض مالي بإجراءات ميسرة.
مستوى مرتفع	0.35	2.6	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: العدالة في الفرص المتاحة كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول تتاح الفرص أمام أولادي في الحصول على مستوى تعليمي جيد بمتوسط حسابي (2.7), وقد يرجع ذلك إلى إهتمام الدولة بتوفير فرص التعليم لجميع المواطنين بصورة متساوية مع الاهتمام بجودة التعليم
- وجاء في الترتيب الثاني فرص الحصول على خدمات الدعم متاحة أمام الجميع بمتوسط حسابي (2.66). وهو ما يعكس ضرورة توفير فرص الدعم لجميع المواطنين ووصول الخدمة لمستحقيها
- ثم جاء في الترتيب الثالث يتم الاختيار للوظائف الحكومية طبقا للكفاءة وليس الوساطة. بمتوسط حسابي (2.64), يرجع ذلك إلى الإهتمام التي توليه الدولة في الفترة الاخيرة بمحدودي الدخل من خلال برامج الحماية الاجتماعية لان التعليم حق لكل مواطن كما يكفله الدستور المصري وتلتزم الدولة بتوفيره مجانا مما يؤدي الي زيادة قدرتهم ومهارتهم في الحصول علي تعليم جيد وهو ما يعكس تطبيق مبدأ المساواة في اختيار الأشخاص الذين لديهم كفاءة ومهارة مما يؤكد على ضرورة المساواة في الأعباء الوظيفية والشفافية وعدم التمييز .

- وأخيراً الترتيب الثامن تتاح لجميع الأسر محدودة الدخل فرص الحصول على وحدات سكنية بمتوسط حسابي (2.5).
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للعدالة في الفرص المتاحة كما يحددها المستفيدون بلغ (2.6) وهو معدل مرتفع، تتفق هذه النتائج مع دراسة (Hassan, 2004) والتي أكدت على وجود علاقة وثيقة بين العدالة الاجتماعية وتوفير فرص.

(3): العدالة في توزيع الخدمات:

جدول رقم (8) يوضح مؤشرات العدالة في توزيع الخدمات كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
2	0.59	2.62	5.3	12	27.4	62	67.3	152	أحصل على مساعدات الضمان الاجتماعي بسهولة مثل الآخرين.	1
4	0.54	2.56	2.2	5	39.4	89	58.4	132	يستفيد الأغنياء بالقرية من دعم الطاقة مثل الفقراء.	2
1	0.56	2.63	4	9	29.2	66	66.8	151	تتعدد فرص العمل المتاحة بالقرية مثل المدينة.	3
5	0.56	2.56	3.5	8	37.2	84	59.3	134	يبدل فقراء الحضر جهداً للاستفادة من مساعدات الضمان الاجتماعي.	4
6	0.6	2.54	5.8	13	34.5	78	59.7	135	تلتزم الدولة بتوزيع خدمات الدعم بمنطقتي في المواعيد المحددة.	5
3	0.59	2.58	5.3	12	31.9	72	62.8	142	يلتحق أبناي بمدارس القرية.	6
7	0.57	2.53	4	9	38.9	88	57.1	129	أحصل على السلع الخدمية.	7
8	0.66	2.48	9.3	21	33.6	76	57.1	129	أستفيد من نظام التأمين الصحي.	8
مستوى مرتفع	0.37	2.56	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: العدالة في توزيع الخدمات كما يحددها المستفيدون، تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول تتعدد فرص العمل المتاحة بالقرية مثل المدينة، أحصل على السلع الخدمية بمتوسط حسابي (2.63)، وقد يرجع ذلك الي دور الدولة في تحقيق العدالة في توزيع الخدمات وذلك من خلال الاصلاح الاقتصادي والذي بدوره تتعدد فرص العمل المتاحة

ليحدث تقارب في الفوارق بين الطبقات ليحدث بذلك العدالة في توزيع الخدمات والعدالة في توزيع فرص العمل المتاحة.

- وجاء في الترتيب الثاني أحصل على مساعدات الضمان الاجتماعي بسهولة مثل الآخرين بمتوسط حسابي (2.62)، وقد يرجع ذلك الى ضرورة التوعية المستمرة والارشاد باهمية الصحة وتقديم خدمات الضمان لكل المناطق.

- جاء في الترتيب الثالث يلتحق أبنائي بمدارس القرية المختلفة بمتوسط حسابي (2.58)، وقد يرجع ذلك إلى مدى إمكانية توفير المدارس بالقرية مما يعكس مدى اهتمام الدولة في توفير الرعاية التعليمية والتخفيف من المعاناة والصعوبات التي تواجه المواطنين.

- وأخيراً الترتيب الثامن أستفيد من نظام التأمين الصحي للكشف الطبي على جميع المواطنين بمتوسط حسابي (2.48).

- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للعدالة في توزيع الخدمات كما يحددها المستفيدون بلغ (2.56) وهو معدل مرتفع، ونستنبط مما سبق الاهتمام بأهمية توفير الخدمات لتحقيق المساواة للسكان في المناطق العشوائية من ملاحظة الدراسة أثناء جمع البيانات أن السكان يلجأوا إلى المستوصفات الطبية نظراً لانخفاض المستوى المادي لهم ومن هنا يجب الاهتمام بتوفير الأدوية والعلاج بالمجان وتوفير المشروعات التي تساعدهم على مستوى معيشي جيد مما يؤهلهم للحصول على الخدمات التعليمية، وهذا ما اكدت عليه دراسة (عبد الفتاح، 2015) حيث ان الدولة تكفل للمجتمع حق المساواة فى الحقوق والواجبات بين جميع المواطنين.

(4): المساواة في الحقوق:

الجدول رقم (9) يوضح مؤشرات المساواة في الحقوق كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
1	0.53	2.65	2.7	6	29.6	67	67.7	153	تكفل الدولة لي الحق في العمل.	1
3	0.49	2.62	-	-	38.1	86	61.9	140	تكفل الدولة لي الحق في الرعاية الصحية لسكان المنطقة دون تمييز.	2
2	0.52	2.64	2.2	5	31.4	71	66.4	150	استفيد من خدمات الدعم مثل باقي أفراد المجتمع.	3
4	0.57	2.6	4.4	10	31.4	71	64.2	145	تتاح لي السلع الغذائية في القرية التي أعيش بها.	4
6	0.59	2.55	4.9	11	35	79	60.2	136	تكفل الدولة للفقراء الحق في الحصول على مسكن ملائم	5
7	0.8	2.39	19.9	45	21.2	48	58.8	133	احصل على المعلومات والإحصاءات والوثائق التي احتاجها بسهولة.	6
5	0.59	2.56	5.3	12	33.2	75	61.5	139	أمارس حقوقي السياسية في المجتمع دون تقييد.	7
مستوى مرتفع	0.32	2.45	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: المساواة في الحقوق كما يحددها المستفيدون، تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول تكفل الدولة لي الحق في العمل بمتوسط حسابي (2.65)، يرجع ذلك الي ان الدولة تكفل الحق في العمل لجميع المواطنين ولذلك يجب علي الدولة تحقيق المساواة في الحقوق والواجبات بين جميع.
- وجاء في الترتيب الثاني استفيد من خدمات الدعم مثل باقي أفراد المجتمع. بمتوسط حسابي (2.64)، وقد يرجع ذلك الى اهتمام الدولة بتوفير العلاج المجاني لجميع الفئات وهذا ما جاء في الدستور المصرى أن الرعاية الصحية حق مكفول للجميع.
- ثم جاء في الترتيب الثالث تكفل الدولة لي الحق في الرعاية الصحية لسكان المنطقة دون تمييز بمتوسط حسابي (2.62)، وقد يرجع ذلك إلى تبنى الدولة سياسات عادلة في توفير الخدمات الصحية والمستوصفات الطبية لجميع المواطنين ودعم الدواء وتقديمه بسعر مناسب للجميع وهذا ما اكدت عليه دراسة (الرشيدى، 2006) من خلال تحديد واقع العمل الاجتماعى.

- وأخيراً الترتيب السابع حصل على المعلومات والإحصاءات والوثائق التي احتاجها بسهولة بمتوسط حسابي (2.39). وقد يرجع ذلك الي ان الدولة تقوم بتوفير البيانات والمعلومات لجميع المواطنين ولذلك يجب علي الدولة توفير الاحصاءات والوثائق التي يحتاج إليها المواطنين المجتمع وهذا ما اكدت عليه دراسه (عبد الفتاح , 2015).
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمساواة في الحقوق كما يحددها المستفيدون بلغ (2.45) وهو معدل مرتفع، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (Gohans,2007) والتي تؤكد على مراعاة الحقوق بين المواطنين وتطبيق مبادئ العدالة الاجتماعية وايضا هذا ما اكدت عليه دراسة عبد الونيس محمد الرشيدى من خلال تحديد واقع العدالة الاجتماعية فى توزيع الادوية والخدمات الصحية.

(5): المساواة في الواجبات:

جدول رقم (10) يوضح مؤشرات المساواة في الواجبات كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
4	0.74	1.58	56.6	128	28.3	64	15	34	أستأوى أنا والآخرين أمام القانون فى أداء الواجبات العامة تجاه مجتمعنا.	1
3	0.58	2.59	4.9	11	31	70	64.2	145	نظام الضرائب المطبق فى المجتمع يحقق العدالة الاجتماعية بين الجميع.	2
2	0.53	2.60	1.8	4	37.2	84	61.1	138	يتساوى أبناء الأغنياء والفقراء فى أداء الخدمة العسكرية.	3
5	0.6	2.54	5.8	13	34.5	78	59.7	135	يتساوى الجميع فى الواجبات الملقة علي عاتقهم.	4
1	0.49	2.62	-	-	38.1	86	61.9	140	يتم محاسبة من يتهاون فى أداء واجباته	5
مستوى مرتفع	0.26	2.43	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن:المساواة في الواجبات كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

جاء في الترتيب الأول يتم محاسبة من يتهاون في أداء واجباته بمتوسط حسابي (2.62), وقد يرجع ذلك الي الدور التي توليه الدولة في هذا الامر من تفعيل دور الرقابة الادارية وتفعيل الدور الرقابي علي كل مؤسسات الدولة لتحقيق المساواة في الواجبات بين الجميع.

وجاء في الترتيب الثاني يتساوى أبناء الأغنياء والفقراء في أداء الخدمة العسكرية .
بمتوسط حسابي (2.60)، وقد يرجع ذلك الى وجود معايير العدالة الاجتماعية مما يلزم الدولة
توفير الحقوق للجميع دون تمييز وهذا ما نص عليه الدستور المصرى.
ثم جاء في الترتيب الثالث نظام الضرائب المطبق في المجتمع يحقق العدالة الاجتماعية
بين الجميع بمتوسط حسابي (2.59)، وقد يرجع ذلك الي ان الدولة تكفل الحقوق لجميع
المواطنين وتلزم الجميع بالواجبات ومن تلك الواجبات نظام الضرائب المطبق في المجتمع ليحقق
المساواة والعدالة الاجتماعية بين فئات.
أخيراً الترتيب السابع يتساوى الجميع في الواجبات الملقاة علي عاتقهم بمتوسط حسابي
(2.54). ضرورة تحقيق المساواة بين جميع السكان دون تمييز في الحقوق والواجبات للحد من
الاستبعاد الاجتماعي لهؤلاء السكان ويجب تدخل الدولة لمتابعة كل فرد على للحصول على
الحقوق ومساعدة الفئات المستحقة.
وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام للمساواة في الواجبات كما
يحددها المستفيدون بلغ (2.49) وهو معدل مرتفع، وهذا ما اكدت عليه دراسة (عبد
الفتاح،2015) أن الدولة تكفل الحقوق لجميع المواطنين وتلزم الجميع بالواجبات وأكدت عليه
ايضاً (Gakopos,2007) والتي تؤكد مراعاة الحقوق بين المواطنين وتطبيق مبدأ العدالة
الاجتماعية.

ثالثاً: أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر
(1) تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية:

جدول (11)

يوضح تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
7	0.65	2.46	8.8	20	36.7	83	54.4	123	أشارك في تنظيم حملات التوعية الصحية بالمنطقة التي أعيش فيها.	1
5	0.62	2.51	6.6	15	35.4	80	58	131	أتعاون مع فريق العمل في القيام بندوات توعوية للوقاية من الأمراض.	2
1	0.58	2.65	5.3	12	24.8	56	69.9	158	يوفر البرنامج الصحي التحصينات اللازمة للوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية المنتشرة.	3
3	0.55	2.58	2.7	6	36.7	83	60.6	137	يهتم البرنامج الصحي بتعريف الأمهات بطرق التغذية السليمة أثناء الحمل.	4
4	0.59	2.53	4.9	11	37.2	84	58	131	يوجه البرنامج رسائل تثقيف صحي لكافة المواطنين.	5
6	0.6	2.49	5.3	12	40.7	92	54	122	يتعاون فريق العمل مع مؤسسات المجتمع في تقديم خدمات التثقيف الصحي.	6
4	0.59	2.53	4.9	11	37.2	84	58	131	يعقد فريق العمل لقاءات مع المرضى لمعرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم.	7
2	0.53	2.64	2.7	6	30.5	69	66.8	151	أقوم بدور واضح في تنمية الوعي الصحي لدى المرضى.	8
مستوى مرتفع	0.37	2.55	البعد ككل							

وضح الجدول السابق أن: تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول يوفر البرنامج الصحي التحصينات اللازمة للوقاية من الأمراض البوائية والمعدية المنتشرة بمتوسط حسابي (2.65)، وقد يرجع ذلك إلى حرص واهتمام المسؤولين ببرنامج الرعاية الصحية المتكاملة للفقراء والتركيز على الأمراض المعدية الخطيرة والأمراض الطفيلية من خلال نظام جيد للعلاج وإدخال طعوم جديدة للوقاية من الأمراض والتي تؤكد على أن الوقاية خير من العلاج. وقد يعكس ذلك ضرورة التركيز على الأمراض المعدية الخطيرة والأمراض الطفيلية من خلال نظام جيد للعلاج وإدخال طعوم جديدة للوقاية من الأمراض، وعقد الندوات لنشر الوعي بين المواطنين وبصفة خاصة الأمراض المعدية ووقت انتشارها وكيفية انتقال العدوى وطرق الوقاية منها، حيث أن اكتشاف المرض مبكراً وعلاجه يمنع انتشاره ويساعد على علاجه بسرعة والتي تؤكد على أن الوقاية خير من العلاج

- وجاء في الترتيب الثاني للبرنامج الصحي دور واضح في تنمية الوعي الصحي لدى المرضى بمتوسط حسابي (2.64)، وقد يرجع ذلك مدى أهمية التوعية الصحية من فريق العمل بالأمراض المنتشرة والمعدية بين المواطنين مما يتطلب زيادة وتنمية الوعي الصحي من خلال اللقاءات والندوات التثقيفية التي يقوم بها فريق العمل بالبرنامج داخل المستشفيات والوحدات الصحية للأسرة.

- ثم جاء في الترتيب الثالث يهتم البرنامج الصحي بتعريف الأمهات بطرق التغذية السليمة أثناء الحمل بمتوسط حسابي (2.58)، وقد يرجع ذلك إلى الإهتمام والمتابعة مع الأمهات الحوامل لتجنب حدوث المشكلات الصحية لدى الأمهات أو الأطفال فيما بعد الولادة ويصعب مواجهتها.

- وأخيراً الترتيب السابع يقوم البرنامج الصحي بتنظيم حملات التوعية الصحية بالمنطقة التي أعيش فيها بمتوسط حسابي (2.46).

- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لتطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية كما يحددها المستفيدون بلغ (2.55) وهو معدل مرتفع

(2) تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية:

جدول (12)

يوضح تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
3	0.57	2.54	4	9	38.1	86	58	131	يوفر البرنامج الصحي التدخلات الجراحية في الوقت المناسب.	1
4	0.55	2.53	2.7	6	41.6	94	55.8	126	يقوم البرنامج الصحي بتوفير وحدات غسيل كلوي حديثة.	2
1	0.59	2.67	6.2	14	20.8	47	73	165	يوفر البرنامج الصحي الأمصال للفيروسات البائية عند الحاجة إليها.	3
6	0.62	2.49	6.6	15	37.6	85	55.8	126	هناك تنسيق بين البرنامج الصحي وبنك الدم لتوفير فصائل الدم المختلفة.	4
2	0.54	2.66	3.1	7	27.4	62	69.5	157	يوفر البرنامج الصحي حضانات للأطفال المبتسرين.	5
5	0.58	2.51	4	9	40.7	92	55.3	125	يوفر البرنامج الصحي كافة المستلزمات الطبية عند إجراء العمليات الجراحية.	6
2	0.54	2.66	3.5	8	27	61	69.5	157	يوفر البرنامج الصحي وحدة عناية مركزة كافية للمرضى.	7
مستوى مرتفع	0.38	2.58	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية كما يحددها المستفيدون،

تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول يوفر البرنامج الصحي لأمصال للفيروسات الوبائية عند الحاجة إليها بمتوسط حسابي (2.67)، وقد يرجع ذلك إلى حرص البرنامج على توفير الأمصال للفيروسات الوبائية عند الحاجة إليها لعدم توفرها خارج المستشفيات بجودتها وكيفية استخدامها مما يعكس ذلك الإهتمام بالمواطنين ووقايتهم من الأمراض الوبائية والمعدية المنتشرة في المجتمع والمحافظة عليهم.

وجاء في الترتيب الثاني يوفر البرنامج الصحي حضانات للأطفال المبتسرين، ويوفر البرنامج وحدة عناية مركزة كافية للمرضى بمتوسط حسابي (2.66)، وقد يرجع ذلك إلى عدم قدرة غالبية المواطنين على تحمل الأعباء المالية وارتفاع تكاليف الحضانات خارج المستشفى ويعكس ذلك مدى اهتمام البرنامج بتخفيف الأعباء والمعاناة الملقاة على عاتق المواطنين، أيضاً توفير وحدات العناية المركزة والتي لا تقل أهمية واحتياجاً لها من قبل المرضى والحالات الحرجة مما يعكس ذلك الإهتمام بتوفير هذه الوحدات لما يعانون منه المرضى من عدم توفرها واللجوء إلى وحدات العناية المركزة الخاصة والتي ترهق المواطنين مادياً والتي تزيد تكاليفها أضعافاً مضاعفة.

ثم جاء في الترتيب الثالث يوفر البرنامج الصحي التدخلات الجراحية في الوقت المناسب بمتوسط حسابي (2.54)، وقد يعكس ذلك اهتمام البرنامج بالتخفيف من آلام ومعاناة المرضى سواء كانت صحية أو مادية وسرعة إنقاذ المرضى من تدهور الحالة الصحية مما يستوجب توفير تلك التدخلات الجراحية في الوقت المناسب.

وأخيراً الترتيب السادس هناك تنسيق بين البرنامج الصحي وبنك الدم لتوفير فصائل الدم المختلفة بمتوسط حسابي (2.49).

وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لتطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية كما يحددها المستفيدون بلغ (2.58) وهو معدل مرتفع.

(3) تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية:

جدول (13)

يوضح تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
4	0.6	2.54	5.3	12	35.4	80	59.3	134	أشارك في توفير الأجهزة التعويضية بدون مقابل مادي.	1
5	0.6	2.5	5.3	12	39.4	89	55.3	125	هناك تنسيق مع مصانع الأجهزة التعويضية للحصول عليها.	2
3	0.59	2.62	5.8	13	27	61	67.3	152	يوفر البرنامج الصحي مركزاً للعلاج الطبيعي قريب من الحالات المرضية.	3
2	0.51	2.68	2.2	5	27.4	62	70.4	159	يتابع فريق العمل الحالات الصحية للمرضى مع أسرهم.	4
1	0.49	2.71	1.8	4	25.7	58	72.6	164	أشارك في توفير برامج تأهيل اجتماعي للمرضى.	5
مستوى مرتفع	0.41	2.61	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول أشارك في توفير برامج تأهيل اجتماعي للمرضى بمتوسط حسابي (2.71),
- وجاء في الترتيب الثاني يتابع فريق العمل الحالات الصحية للمرضى مع أسرهم بمتوسط حسابي (2.68),
- ثم جاء في الترتيب الثالث يوفر البرنامج الصحي مركزاً للعلاج الطبيعي قريب من الحالات المرضية بمتوسط حسابي (2.62),
- وأخيراً الترتيب الخامس هناك تنسيق مع مصانع الأجهزة التعويضية للحصول عليها بمتوسط حسابي (2.5).
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لتطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية كما يحددها المستفيدون بلغ (2.61) وهو معدل مرتفع.

رابعاً: المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:

جدول (14)

يوضح المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر
كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
10	0.63	2.55	7.1	16	31	70	61.9	140	إجراءات الحصول علي خدمات الرعاية الصحية للمرضى روتينية.	1
7	0.55	2.57	2.7	6	37.6	85	59.7	135	نقص الموارد البشرية المؤهلة لتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى.	2
1	0.56	2.65	4	9	27.4	62	68.6	155	ضعف الميزانية المخصصة للإنفاق على خدمات الرعاية الصحية.	3
6	0.54	2.57	2.2	5	38.9	88	58.8	133	نقص بعض التخصصات الطبية بالبرنامج.	4
8	0.61	2.57	6.2	14	30.5	69	63.3	143	تأخر صرف الأدوية المطلوبة لنقصها بالمستشفى.	5
2	0.61	2.63	6.6	15	23.9	54	69.5	157	عدم وجود خطط مستقبلية لمواجهة مشكلات المؤسسات الصحية.	7
4	0.67	2.59	10.2	23	20.4	46	69.5	157	عدم التنسيق بين الجهات المعنية لتحقيق نظم الحماية الصحية للفقراء.	8
3	0.6	2.61	6.2	14	27	61	66.8	151	عدم الوعي بالخدمات الصحية لزيادة أعداد المستفيدين.	9
5	0.57	2.58	4	9	33.6	76	62.4	141	ضعف لجان المتابعة من المسؤولين بوزارة الصحة على فريق العمل.	10
مستوى مرتفع	0.4	2.55	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول ضعف الميزانية المخصصة للإنفاق على خدمات الرعاية الصحية بمتوسط حسابي (2.65), وقد يرجع ذلك إلى أن التمويل هو العامل الأساسي في استمرار وتقديم خدمات الرعاية الصحية المتكاملة للفقراء ورفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة لتحقيق أقصى استفادة ممكنة للمرضى وزيادة أعداد المستفيدين من البرنامج.

- وجاء في الترتيب الثاني عدم وجود خطط مستقبلية لمواجهة مشكلات المؤسسات الصحية بمتوسط حسابي (2.63), وقد يرجع ذلك إلى عدم وجود خطط مستقبلية لمواجهة

المشكلات الصحية إلى قلة الخبرات لدى المسؤولين مما يؤدي إلى زيادة وتفاقم المشكلات الصحية ويؤثر ذلك على تقديم الخدمات الصحية للمرضى في الوقت المحدد لهم، مما يتطلب ذلك التدخل والتخطيط لمواجهة تلك المشكلات من خلال دراسة ووضع وتحديد الخطط المناسبة وتنفيذها ومتابعتها وتقويمها للوصول إلى حل هذه المشكلات.

- ثم جاء في الترتيب الثالث عدم الوعي بالخدمات الصحية لزيادة أعداد المستفيدين بمتوسط حسابي (2.61)، وقد يرجع ذلك إلى حداثة برنامج الرعاية الصحية للفقراء وضعف عملية التسويق الصحي وتوعية المواطنين به وكيفية الإجراءات للحصول على هذه الخدمات الصحية مما يتطلب ذلك عقد الندوات التثقيفية الصحية وعمل اللقاءات وتوزيع النشرات والملصقات ووسائل الإعلام المختلفة ومؤسسات المجتمع المدني لتوعية المواطنين بهذه الخدمات الصحية.

- وأخيراً الترتيب العاشر إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية للمرضى روتينية بمتوسط حسابي (2.55).

- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلى أن المتوسط العام للمعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كما يحددها المستفيدون بلغ (2.55) وهو معدل مرتفع، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (الأبشيهي، 2011) التي أشارت إلى مجموعة من المتطلبات وهي وجود خطة إستراتيجية بعيدة المدى للوحدات الصحية الريفية، وتوفير الإعتمادات المالية اللازمة للوحدات الصحية الريفية، ودراسة (Geffrey2012) التي أظهرت أن معوقات إتاحة الرعاية الصحية الأساسية تمثلت في انخفاض التمويل وعدم كفاءة مستويات الضبط المحلي على توصيل الخدمة.

خامساً: مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:

جدول (15)

يوضح مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي للعبارة	الاستجابات						العبارات	م
			لا		إلى حد ما		نعم			
			%	ك	%	ك	%	ك		
10	0.49	2.68	1.3	3	29.2	66	69.5	157	تسهيل إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية.	1
1	0.43	2.81	1.3	3	16.8	38	81.9	185	زيادة الميزانية المخصصة لتحسين خدمات الرعاية الصحية.	3
7	0.52	2.69	2.7	6	25.2	57	72.1	163	توفير كافة الأدوية المطلوبة للمرضى.	6
2	0.45	2.77	1.3	3	20.8	47	77.9	176	وضع خطط مستقبلية لمواجهة مشكلات المؤسسات الصحية.	8
4	0.46	2.75	0.9	2	23.5	53	75.7	171	التسيق بين الجهات المعنية على تحقيق نظم الحماية الصحية للمرضى.	9
6	0.54	2.7	4	9	21.7	49	74.3	168	إلتزام فريق العمل بالمواعيد المحددة للكشف الطبي على المرضى.	11
8	0.53	2.69	3.5	8	23.9	54	72.6	164	عقد دورات تدريبية لفريق العمل لزيادة خبراته.	12
5	0.46	2.73	0.9	2	25.2	57	73.9	167	تحديث الأجهزة الطبية بالمستشفى للحصول على نتائج دقيقة.	15
3	0.48	2.76	2.2	5	19.9	45	77.9	176	نشر الوعي بالخدمات الصحية التي يقدمها البرنامج لزيادة أعداد المستفيدين.	17
9	0.54	2.69	4	9	22.6	51	73.5	166	الإهتمام بالنظافة اليومية لغرف المرضى.	18
5	0.46	2.73	0.9	2	25.2	57	73.9	167	تفعيل لجان المتابعة بوزارة الصحة على فريق العمل.	19
مستوى مرتفع	0.32	2.7	البعد ككل							

يوضح الجدول السابق أن: مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كما

يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

- جاء في الترتيب الأول زيادة الميزانية المخصصة لتحسين خدمات الرعاية الصحية بمتوسط

حسابي (2.81), وجاء في الترتيب الثاني وضع خطط مستقبلية لمواجهة مشكلات المؤسسات

الصحية بمتوسط حسابي (2.77)، ثم جاء في الترتيب الثالث نشر الوعي بالخدمات الصحية التي يقدمها البرنامج لزيادة أعداد المستفيدين بمتوسط حسابي (2.76)، مما ينعكس ذلك على التحسين والتطوير المستمر في تقديم خدمات الرعاية الصحية للفقراء وجودة تلك الخدمات الصحية كذلك التخطيط المستقبلي لمواجهة المشكلات مما ينعكس على ثقة المستفيدين في فريق العمل ببرنامج الرعاية الصحية وإزالة أية مشكلات يمكن أن تعوقهم في حصولهم على الخدمات الصحية وفي السياق ذاته العمل على نشر وتوعية المواطنين بوجود برنامج للرعاية الصحية للفقراء لزيادة أعداد المستفيدين كنوع من الحقوق التي توفرها الدولة لمستحقيها وتخفيف الأعباء والآلام من الأمراض التي يعانون منها المواطنين الفقراء.

- وأخيراً الترتيب العاشر تسهيل إجراءات الحصول على خدمات الرعاية الصحية الإهتمام بتحديث الأجهزة الخاصة بالفحوصات الطبية المختلفة بصفة مستمرة بمتوسط حسابي (2.68).

- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لمقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كما يحددها المستفيدون بلغ (2.7) وهو معدل مرتفع، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (U.N. Economic Research forum ,2005) التي أكدت على ضرورة وجود استراتيجيات للحد من الفقر وحماية الضعفاء وتفعيل دور منظمات المجتمع المدني في تقديم خدمات الرعاية الصحية لهم.

سادساً: إختبار فروض الدراسة

(1-6) إختبار الفرض الأول للدراسة: "من المتوقع أن يكون أبعاد العدالة الإجتماعية في لفقراء الحضر بالمجال الصحي مرتفعاً":

جدول (16)

يوضح واقع أبعاد العدالة الإجتماعية لفقراء الحضر بالمجال الصحي ككل كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	العدالة في الفرص المتاحة.	2.6	0.35	مرتفع	1
2	العدالة في توزيع الخدمات	2.58	0.31	مرتفع	2
4	المساواة في الحقوق.	2.45	0.32	مرتفع	3
5	المساواة في الواجبات	2.43	0.26	مستوى	4
	أبعاد العدالة الإجتماعية ككل	2.55	0.29	مستوى مرتفع	

يوضح الجدول السابق أن:أبعاد العدالة الإجتماعية لفقراء الحضر بالمجال الصحي ككل كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:

- الترتيب الأول العدالة في الفرص المتاحة بمتوسط حسابي (2.6).
- الترتيب الثاني العدالة في توزيع الخدمات. بمتوسط حسابي (2.58).
- الترتيب الرابع المساواة في الحقوق بمتوسط حسابي (2.45).
- الترتيب الخامس المساواة في الواجبات بمتوسط حسابي (2.43).
- وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لأبعاد العدالة الإجتماعية في المجال الصحي ككل كما يحددها المستفيدون (2.55) وهو معدل مرتفع.

مما يجعلنا نقبل الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون أبعاد العدالة لإجتماعية لفقراء الحضر بالمجال الصحي مرتفعاً ".

(2-6) إختبار الفرض الثاني للدراسة: " من المتوقع أن يكون واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر مرتفعاً ":

جدول (17)

يوضح واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

م	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
1	تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية	2.55	0.37	مرتفع	3
2	تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية	2.58	0.38	مرتفع	2
3	تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية	2.61	0.41	مرتفع	1
	أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية ككل	2.58	0.33	مستوى مرتفع	

- يوضح الجدول السابق أن: أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون, تمثلت فيما يلي:
- الترتيب الأول تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية بمتوسط حسابي (2.61).
 - الترتيب الثاني تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية بمتوسط حسابي (2.58).
 - الترتيب الثالث تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية بمتوسط حسابي (2.55).
 - وبالنظر للجدول نجد أن نتائجه تشير إلي أن المتوسط العام لأبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون (2.58) وهو معدل مرتفع.
- مما يجعلنا نقبل الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة لفقراء الحضر مرتفعاً ".

(3-6) إختبار الفرض الثالث للدراسة: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق العدالة الإجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ":

جدول (18)

يوضح تحليل الإنحدار البسيط للعلاقة بين تطبيق العدالة الإجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر كما يحددها المستفيدون

(ن=226)

معامل التحديد R ²	معامل الارتباط R		اختبار (ف) F-Test		اختبار (ت) T-Test		معامل الانحدار B	المتغير المستقل
	المعنوية	القيمة	المعنوية	القيمة	المعنوية	القيمة		
0.607	0.000	0.779	0.000	345.444	0.000	18.586	0.903	أبعاد سياسات الحماية ككل

يوضح الجدول السابق أن:

- بلغت قيمة معامل الارتباط بين المتغير المستقل " أبعاد تطبيق العدالة الإجتماعية ككل " والمتغير التابع " أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل " كما يحددها المستفيدون (0.779)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01)، وتدل على وجود إرتباط طردي بين المتغيرين.
- وتشير نتيجة إختبار (ف) ($F=345.444$, $Sig=0.000$) إلى معنوية نموذج الإنحدار، وبلغت قيمة معامل التحديد (0.607)، أي أن تطبيق العدالة الإجتماعية ككل يفسر (60.7%) من التغيرات في تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل.
- وقد بلغت قيمة معامل الإنحدار (0.903)، وهي تشير إلى وجود علاقة طردية بين المتغير المستقل والمتغير التابع، وتشير نتيجة إختبار (ت) ($T=18.586$, $Sig=0.000$) إلى أن تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع يعتبر تأثيراً معنوياً وذا دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (0.01).

مما يجعلنا نقبل الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه : توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق العدالة الإجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر

حادى عشر: نتائج الدراسة الميدانية:-**أولاً: نتائج الدراسة في ضوء أهدافها:**

(1) فيما يتعلق بالهدف الأول للدراسة: " تحديد واقع أبعاد العدالة الإجتماعية في المجال الصحي ":

■ توصلت نتائج الدراسة إلى أن واقع أبعاد العدالة الإجتماعية في المجال الصحي ككل كما يحددها المستفيدون بلغ (2.55) وهو معدل مرتفع، وذلك وفقاً للمؤشرات التالية:

- العدالة في الفرص المتاحة.

- العدالة في توزيع الخدمات.

- المساواة في الحقوق.

- المساواة في الواجبات

(2) فيما يتعلق بالهدف الثاني للدراسة: " تحديد واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ":

■ توصلت نتائج الدراسة إلى أن واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية المتكاملة لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون بلغ (2.58) وهو معدل مرتفع، وذلك وفقاً للمؤشرات التالية:

- تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية.

- تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية.

- تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية.

(3) فيما يتعلق بالهدف الثالث للدراسة: " تحديد المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ":

■ توصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم المعوقات التي تواجه تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون بلغ (2.55) وهو معدل مرتفع، وذلك وفقاً للمؤشرات التالية:

- ضعف الميزانية المخصصة للإنفاق على خدمات الرعاية الصحية.

- عدم وجود خطط مستقبلية لمواجهة مشكلات المؤسسات الصحية.
 - عدم الوعي بالخدمات الصحية التي يقدمها البرنامج لزيادة أعداد المستفيدين.
- (4) فيما يتعلق بالهدف الرابع للدراسة: " تحديد مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر":**
- توصلت نتائج الدراسة إلى أن أهم مقترحات تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون بلغ (2.7) وهو معدل مرتفع، وذلك وفقاً للمؤشرات التالية:
 - زيادة الميزانية المخصصة لتحسين خدمات الرعاية الصحية.
 - وضع خطط مستقبلية لمواجهة مشكلات المؤسسات الصحية.
 - نشر الوعي بالخدمات الصحية التي يقدمها البرنامج لزيادة أعداد المستفيدين.

ثانياً: نتائج الدراسة في ضوء فروض الدراسة:

- (1) فيما يتعلق باختبار صحة الفرض الأول للدراسة: " من المتوقع أن يكون واقع أبعاد العدالة الاجتماعية في المجال الصحي مرتفعاً ":**
- أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الأول للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون أبعاد العدالة الاجتماعية لفقراء الحضر بالمجال الصحي مرتفعاً "، حيث أن واقع أبعاد العدالة الاجتماعية في المجال الصحي ككل كما يحددها المستفيدون (2.55) وهو معدل مرتفع.
- (2) فيما يتعلق باختبار صحة الفرض الثاني للدراسة: " من المتوقع أن يكون واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر مرتفعاً":**

- أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الثاني للدراسة والذي مؤداه " من المتوقع أن يكون واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر مرتفعاً"، حيث أن واقع أبعاد تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون (2.58) وهو معدل مرتفع.
- (3) فيما يتعلق باختبار صحة الفرض الثالث للدراسة: " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ":**

أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الثالث للدراسة والذي مؤداه " توجد علاقة طردية تأثيرية دالة إحصائياً بين تطبيق العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر"، حيث أنه توجد علاقة طردية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.01) بين تطبيق العدالة الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر، كما أن تطبيق العدالة الاجتماعية

ككل يفسر (60.7%) من التغيرات في تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر ككل كما يحددها المستفيدون.

ثانى عشر: آليات تفعيل تطبيق العدالة لإجتماعية كمدخل فى التخطيط لتطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:-

(أ): العدالة الاجتماعية لفقراء الحضر

1- المساواة فى الفرص المتاحة :-

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

1. استخدام وسائل الضبط الاجتماعى (الرسمى - غير الرسمى) للالتزام بتطبيق مواد الدستور لتحقيق تكافؤ الفرص بين جميع المواطنين فى المجتمع
2. سن القوانين الرادعة للقضاء على ظواهر الفساد والرشوة والمحسوبية
3. تفعيل دور الأجهزة الرقابية فى المجتمع وإنشاء مفوضية لمكافحة الفساد وتفعيل دورها.
4. وجود معايير وواضحة وعادلة ومعلنة للجميع للاستفادة من الفرص المتاحة التى تطرحها الدولة سواء فى (الحصول على فرص عمل- وحدات للإسكان الاجتماعى- قروض صغيرة- إلخ).

2- العدالة فى توزيع الخدمات

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

1. ضرورة وضع خريطه لاستهداف الفقراء فى المجتمع وتحديثها باستمرار وتحديد أكثر القرى والمناطق المحتاجة للخدمات وتوفير هذه الخدمات بها.
 2. وجود الخرائط التخطيطية فى المجالس المحلية التنفيذية والاستفادة منها عند توزيع الخدمات.
 3. ضرورة وضع نطاق التمكين للخدمات التى توفرها الدولة عن طريق إجراء الدراسات والبحوث الحديثة التى تحدد ذلك.
- تحديد القرى الأكثر فقراً وحرماناً وتوفير الخدمات الأساسية بالنسبة لهم لتحسين نوعية حياتهم.

3- المساواة في الحقوق

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

1. إصدار القوانين والتشريعات التي تحث على احترام حقوق وكرامة الإنسان.
2. إلغاء التعذيب والقهر والاضطهاد لأي اعتبارات تمييزية بين الأفراد.
3. تفعيل دور المجلس القومي لحقوق الإنسان في الدفاع عن حقوق الإنسان في المجتمع.
4. بنشر ثقافة حقوق الإنسان بين جميع أفراد المجتمع وتوعية المواطنين بالاتفاقيات والمواثيق والإعلانات التي تخص حقوق الإنسان في المجتمع وتوعيتهم بحقوقهم وواجباتهم من خلال التعليم والإعلام والثقافة.

4- المساواة في الواجبات

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

1. تطبيق القانون بشكل عادل على جميع أفراد المجتمع دون تمييز لأي اعتبارات سواء كانت على أساس (الجنس أو النوع أو الطبقة الاجتماعية أو اللون -إلخ)، بحيث يحصل كل فرد على ماله من حقوق ويؤدي ما عليه من واجبات.
2. نشر ثقافة المواطنة بين جميع أفراد المجتمع وبصفة خاصة لدى الفقراء الأكثر حرماناً في الريف المصري لأنهم أساس التنمية في المجتمع.
3. سن القوانين والتشريعات التي تحقق العدالة وتمنع التمييز بين جميع أفراد المجتمع.

تطبيق مبدأ الثواب والعقاب على الجميع دون تمييز

(ب) تطوير خدمات الرعاية الصحية لفقراء الحضر:-

1- تطوير خدمات الرعاية الصحية الوقائية:

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

أ. تنظيم حملات التوعية الصحية بجميع المناطق الحضرية.

- ب. عقد الندوات التثقيفية لتوعية المواطنين للوقاية من الأمراض المنتشرة.
- ج. العمل التعاوني والجماعي مع مؤسسات المجتمع المدني في تقديم خدمات التثقيف الصحي.
- د. الإهتمام بتوفير لوحات إرشادية تسهل الحصول على الخدمات الصحية سواء مكتوبة أو بالأشكال والرسوم حسب أيديولوجية المجتمع.

2- تطوير خدمات الرعاية الصحية العلاجية:

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

- أ. توفير فصائل الدم المختلفة عن طريق بنك الدم.
- ب. توفير كافة المستلزمات الطبية عند إجراء العمليات الجراحية.
- ج. توفير وحدات غسيل كلوي حديثة كافية للمرضى.
- د. توفير الأمصال للفيروسات الوبائية عند الحاجة إليها.
- هـ. توفير وحدة عناية مركزة كافية للمرضى.
- و. إستحداث أساليب جديدة للعلاج، وزيادة وسائل الإتصال وتبادل الخبرات والمعلومات على المستوى العالمي.

3- تطوير خدمات الرعاية الصحية التأهيلية:

ويتطلب تحقيق ذلك إجرائياً ما يلي :

- أ. التنسيق والتعاون مع مصانع الأجهزة التعويضية لتوفير كافة الأجهزة التعويضية اللازمة للمرضى.
- ب. تقديم كافة الأجهزة التعويضية للمرضى بدون مقابل مادي.
- ج. التواصل مع أسر المرضى من قبل فريق العمل لمتابعة حالتهم الصحية.

د. توفير مركزاً للعلاج الطبيعي به كافة الأجهزة الفنية قريب من المرضى.

(ج) قضايا لدراسات مستقبلية

1- سياسات الرعاية الاجتماعية وتطوير خدمات الرعاية الصحية في المجتمعات الريفية.

2- الإصلاح الاقتصادي وتطوير الرعاية الصحية للفقراء.

3- إسهامات منظمات المجتمع المدني في تسويق الخدمات الصحية للفقراء.

4- الخرائط التخطيطية كأداة لتطوير البرامج الصحية بالمجتمع المصري.

قائمة المراجع:

القران الكريم

سورة فاطر: الآية (15).

أولاً: المراجع باللغة العربية:

- (1) أبو زيد ,سمية سمير دنقلاوي (2016): القيم الثقافية كمتغير لصنع سياسات الأمان الاجتماعي للفقراء دراسة مطبقة علي مدينة نجع حمادي بمحافظة قنا, رسالة دكتوراه, غير منشورة, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
- (2) أبو قورة , خضر عبد العظيم (2010): نحو إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في مصر, القاهرة, معهد التخطيط القومي, مركز دراسات التنمية البشرية, سلسلة قضايا التخطيط والتنمية, رقم (224), سبتمبر.
- (3) أحمد , سمر إبراهيم عبد المبدي (2015): فعالية الخدمات الاجتماعية الحكومية لمقابلة حاجات فقراء الريف بمركز أسيوط, رسالة ماجستير, غير منشورة, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
- (4) أحمد ,حمدي علي (2009): المجتمعات الجديدة بين سياسة الانتشار الحضري والتنمية المتوازنة, الاسكندرية, دار المعرفة الجامعية.
- (5) استيتية, دلال محلس , سرحان, عمر موسي (2008): التجديدات التربوية, الأردن, عمان, دار وائل للنشر والتوزيع.
- (6) الأبشهيي, أحمد عبد الحميد (2011): متطلبات تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية بالوحدات الصحية الريفية, بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية, العدد الحادي والثلاثون, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان, الجزء السابع.
- (7) البساطي, السيد حسن (2016): دور الأخصائي الاجتماعي في تحقيق العدالة الاجتماعية للفقراء, بحث منشور, مجلة الخدمة الاجتماعية(الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين) القاهرة, العدد55.
- (8) التوم , عفاف أحمد محمد (2016): العدالة الاجتماعية "منظور مقارن", بحث منشور, مجلة التنوير, ع16, مركز التنوير المعرفي, السودان.
- (9) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء (2015). الكتاب الدوري, جمهورية مصر العربية
- (10) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (2016): النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت

- (11) الحسيني, السيد (1996): التنمية القومية والعدالة الإقليمية "الحالة المصرية", بحث منشور, مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية, العدد السابع, المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة.
- (12) الخطيب, عبد الرحمن عبد الرحيم(2006): ممارسة الخدمة الإجتماعية الطبية والنفسية, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.
- (13) الرشدي, عبد الونيس محمد (2006): العدالة الإجتماعية وتوزيع خدمات الرعاية الصحية بإقليم الإسكندرية, رسالة دكتوراه غير منشورة, كلية الخدمة الإجتماعية, جامعة حلوان.
- (14) _____ (2012): الخرائط التخطيطية لتحقيق العدالة الاجتماعية في التخطيط للتنمية المستدامة, بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية, والعلوم الانسانية, العدد 32, ج6, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
- (15) السعيد, سمر هاني (2011): تسويق الأفكار الاجتماعية من خلال إعلان الخدمات العامة لتحقيق العدالة الاجتماعية, بحث منشور في المؤتمر العلمي (24) المجلد (9) جامعة حلوان, كلية الخدمة الاجتماعية.
- (16) السكري, أحمد شفيق (2000): قاموس الخدمة الإجتماعية والخدمات الإجتماعية, الإسكندرية, دار المعرفة الجامعية.
- (17) _____ (2004): الحق في التنمية كأحد حقوق الإنسان في الخدمة الاجتماعية, بحث منشور, المؤتمر العلمي السنوي الخامس عشر, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة القاهرة, فرع الفيوم, 10-11 مايو.
- (18) السلمي, علي (2005): رحلتي مع الإدارة, القاهرة, دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- (19) الصالح, مصلح (1999): الشامل "قاموس مصطلحات العلوم الإجتماعية", الرياض, دار عالم الكتب.
- (20) الصيرفي, محمد (2016): التسويق الصحي, القاهرة, دار الفجر للنشر والتوزيع.
- (21) الضحيان, سعود بن ضحيان, حسن, عزت عبد الحميد محمد (2002): معالجة البيانات باستخدام برنامج SPSS 10, الرياض, سلسلة بحوث منهجية.
- (22) العيسوي, إبراهيم (1998): الفقر والفقراء في مصر الوقائع والتشخيص والعلاج, مجلة بحوث اقتصادية عربية, العدد 13.

- (23) _____ (2001): **التنمية فى عالم متغير**, "دراسة مفهوم التنمية ومؤشراتها", القاهرة, منتدى العالم الثالث.
- (24) الكردى, محمود محمد (2018): **التخطيط للبيئة الصحية**, الإسكندرية, دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- (25) المليجي , إبراهيم عبد الهادي , زايد, سامي مصطفى (2012): **الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الإجتماعية**, الإسكندرية, المكتب الجامعي الحديث.
- (26) الهادي , فوزي محمد (2017): **الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية "قضايا في الممارسة مع الأفراد والأسر"**, دار الكتب والدراسات العربية, الإسكندرية.
- (27) بدوي, أحمد زكى (1982): **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**, بيروت, مكتبة لبنان.
- (28) بدوي, أحمد زكى (2008): **معجم مصطلحات الرعاية والتنمية الإجتماعية**, القاهرة, دار الكتب المصرية اللبنانية.
- (29) بهنسي, فايز رجب , فهمي, محمد سيد (2011): **ممارسة الخدمة الإجتماعية في المجال الطبي**, الإسكندرية, دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- (30) جليبي, علي عبد الرازق , أحمد, هاني خميس (2011): **العولمة والحياة اليومية**, القاهرة, مكتبة الأنجلو المصرية.
- (31) حامد, ألاء حامد السيد (2016): **العدالة الاجتماعية كمتغير في صنع سياسات الرعاية الاجتماعية للمرأة المعيلة**, رسالة دكتوراه, غير منشورة, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
- (32) حسن, عبد الباسط (1990): **أصول البحث الاجتماعي**, القاهرة, مكتبة وهبه
- (33) حلمي, هناء جمال (2007): **تقييم فعالية خدمات الرعاية الإجتماعية بوحدة طب الأسرة**, رسالة ماجستير غير منشورة, كلية الخدمة الإجتماعية , جامعة حلوان.
- (34) حمزة , أحمد إبراهيم (2015): **التخطيط الاجتماعي**, الأردن, عمان, دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- (35) خزام, منى عطية (2011): **التخطيط الاجتماعي في المجتمع المعاصر**, الإسكندرية, المكتب الجامعي الحديث.

- (36) خفاجي, فاطمة رزق عبد الرحمن احمد (2014): الشفافية وتطوير خدمات الرعاية الصحية "دراسة مطبقة على مستشفى الباطنة التخصصي بمدينة المنصورة", بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد السابع والثلاثون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الأول.
- (37) خواجه, زينهم مشحوت سيد أحمد (2013): متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية في مصر، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الرابع والثلاثون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الثالث عشر.
- (38) داود, عماد حمدي (2013): العدالة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للمرأة العاملة، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (28)، الجزء السادس، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان.
- (39) رشوان, حسين عبد الحميد أحمد (2007): الفقر والمجتمع دراسة في علم الاجتماع، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
- (40) رضوان, مصطفى احمد حامد (2010): دراسة حالة الفقر في مصر، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، ع 47، كلية الحقوق جامعة المنصورة.
- (41) رمضان, فاطمة محمد (2011): استخدام تكنولوجيا المعلومات في تحديد أولويات خدمات الرعاية الاجتماعية بالمناطق الحضرية المتخلفة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة.
- (42) سرحان , نهال وآخرون(2016): تقييم الأوضاع الصحية في مصر من واقع العقد الاجتماعي، القاهرة، مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار.
- (43) سلام ,إسماعيل (1999): إستراتيجية الرعاية الصحية في مصر، المؤتمر السنوي السابع عشر للجمعية المصرية للطب والقانون، الإسكندرية، الجمعية المصرية للطب والقانون.
- (44) صيام ,شحاتة (1997): التحضر الرث والتطور الرث، القاهرة، مصر العربية للنشر والتوزيع.
- (45) ظاهر, أحمد جمال (1983) : المرأة في دول الخليج العربي، الكويت، ذات السلاسل.
- (46) عبد العزيز ,خالد سعد (2003): أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الرياض، مكتبة المتنبئ.

- (47) عبد الفتاح , محمد (2015): العدالة الاجتماعية كمتغير في التخطيط لتحسين نوعية حياة فقراء الحضر, رسالة ماجستير, غير منشورة, كلية الخدمة الاجتماعية, جامعة حلوان.
- (48) على, ماهر أبوالمعاطي(2005) : البحث فى الخدمة الاجتماعية, القاهرة, مكتبة زهراء الشرق
- (49) عويس ,منى ، الأفندي, عبلة (2005): التخطيط الاجتماعي والسياسة الإجتماعية، القاهرة، دار الفكر العربي.
- (50) عيسى ,محمد جمال (1999): تاريخ القانون في الغرب, القاهرة, دار النهضة العربية.
- (51) غرابيه, فيصل محمود (2008): الخدمة الإجتماعية الطبية، الأردن، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.
- (52) فهمي , محمد سيد (2002): الرعاية الإجتماعية والأمن الاجتماعي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث،.
- (53) قمر عصام (2007): الخدمة الإجتماعية بين الصحة العامة والبيئة، القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع.
- (54) قناوي , كوثر أحمد محمد (2012): المتطلبات اللازمة لتحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة بالجمعيات الأهلية بمدينة أسوان، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الثاني والثلاثون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الثامن.
- (55) قنديل, سهير علي عبد الحليم (2018): الشراكة بين المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية لتحسين الخدمات الصحية، بحث منشور في مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الرابع والأربعون، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الرابع.
- (56) لوشن , حسين (2003): إستراتيجية تطوير التعليم، نماذج نظرية ورؤية مستقبلية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، المجلة العربية للتربية، المجلد الثالث والعشرين، العدد الثاني، ديسمبر.
- (57) مجلس الوزراء(2015): تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، القاهرة، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار،.
- (58) مجمع اللغة العربية (2001): المعجم الوجيز, القاهرة, المطابع الأميرية.

- (59) محمد, عبد الحميد محمد : دور التصميم الصناعي في ابتكار منتجات تدعم قيم العدالة الاجتماعية فى ظل التحديات الاقتصادية المحلية والعالمية (المنتج السوسولوجي). بحث منشور فى المؤتمر الرابع والعشرون, المجلد العاشر, كلية الخدمة
- (60) محمد, ماهر إسماعيل صبري (2002): الموسوعة العربية (المصطلحات التربية وتكنولوجيا التعليم)، الرياض، مكتبة الرشد.
- (61) محمود , محمد محمود(2006): الخدمة الاجتماعية ومشكلات المجتمع، القاهرة، زهراء الشرق.
- (62) معهد التخطيط القومي(2008): البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، العقد الاجتماعي في مصر ودور المجتمع المدني، تقرير التنمية البشرية.
- (63) ناجي، أحمد عبد الفتاح (2007): تحديث الإدارة المحلية في مصر، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- (64) هاشم، صلاح أحمد (2004): مؤشرات تخطيطية لتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الاجتماعية الأهلية فى الحضر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة: فرع الفيوم.
- (65) وزارة التضامن الاجتماعي(2018): على موقع /www.moss.gov.eg

ثانياً: المراجع باللغة الانجليزية:

- (1) Ashford ,Lori S. (et.al) (2004): **designing health & population programs to reach the poor**, population reference bureau, Washington.
- (2) Aldoitalo; Panfichi, (2001): **Political Opportunity, Households and Networks Among the Urban poor**, New School for Social Research, United States- New York.
- (3) Aradhana ,Sharma,(2001):**WomensDevelopmentThrough Empowerment** The Gender Of The State Ana The State Of Gender In India, Ph.D, Stanford University.
- (4) Arne, Rucket; (2003): **the Role of Civils Society in the Infand World Bank Poverty Redvelein**, Qveen, s University, Atkingston, Canada.
- (5) Branch ,Melville C. (1988): **Regional Planning "introduction Explanation"** Westport, connectional, London, M.,

- (6) Deozihindula ,Namwira; (2002): **International Development and Poverty Readuction An exploration of NGos Perceptions of performance**, Canada University of Guelph Canada.
- (7) Devries ,Jan; (1998): **Poverty and Capitalism, Theory and Society** BritISh Jornal of Sociology, VOL 12,NO.2,1998.
- (8) El Lathy ,Naglaa El Ehwany Heba;(2000): **Poverty, Employment and policy Making in Egypt**, International Labour Organization, Area office in Cairo, North Africa 2000
- (9) Erickson, Patricia (2003): **"Social Justice" EncyClopedia of Community**, London, Sage Application.
- (10) Geffrey, Johnson, (2012): **Exploring Barriers to Primary Health Care Services on First Nations Reserves in Manitoba**, University of Northern British Columbia.
- (11) Handoussa, Heba (2010): **Situation Analysis Key Development Challenges Facing Egypt**, Egypt.
- (12) Hansan ,Migra: **Facilitating Civil Society** (2004): in (john bwlidge) **Citizen participation and the use og Civil Society** (N.Y) 2004.
- (13) Harris B. Eyles, et al(2014): **Bringing Justice to Unacceptable Health Care Services**, Journal of Transitional Justice, University of the Witwatersrand South Africa, Vol (8).
- (14) <http://www.webcacahe.goggle-ser content.com>.
- (15) Iun, Daman (1987): **Health Services System, Encyclopedia of Social Work**, U.S.A, National Association of Social Workers, inc, 18th Edition.
- (16) Jeffry p. Carpenter et al (2004): **Cooperation, trust, and Social Capital in Southeast Asian urban slums**, Journal of Economic Behavior & Organization, Vol55.
- (17) Kumar, Sanjoy & Farjana ,Sharmin (2008): **Attitude of Rural Community Towards Health Care Utilization at Primary**, Bangladesh ,Journal of Medicine, Vol. 9, No 2.
- (18) Matlveen: **Asocial Justice(2011): Value Approach Regarding physician Assisted Suicide and Euthan Asia Among the Elderly**, Journal of Social Work Values, Ethics, Vol, (8) No (1) Springer,
- (19) Miller ,Tom (2003): **Health Care**, USA, Cato Institute Policy Analysis,.

- (20) Nevin ,Wilcox(2005): **Cooperation Learning Groups Leads aid Integration**, teaching exceptional children
- (21) Rien ,Martin (2003): **Social Policy – focus of choice and change**, N.Y, random house.
- (22) Sharom, Home: (2006): **social Justice an Approach to International Collaborative Con Sultation**, London, Sage Application.
- (23) Stanton, Marietta (2009): **Health Services Quality Challenges in Rural Communities**, Online Journal of Rural Nursing and Health Care, Vol 9. No. 1.
- (24) Suck ,Eunice Sri Teas (2004): **Utilization of Primary health Care by poor Children: the role of an Indonesian Social Safety net program** ,Ph.D. Brown University.
- (25) Tones ,Katrin,:(2007): **The Dilemma of Regress Social Justice and Democracy in Recent Critical Theory**, European journal of Political Theory, London, sage Application.
- (26) Ward ,Nicki (2009): **Social Exclusion, Social Identity and Social Work Analyzing Social Exclusion 'from A Material Discursive perspective**, University of Birmingham, Edyboston, Vol. 28, No.
- (27) WHO (2008): **Integrated Health Services**, World Health Organization,
- (28) World Bank: **World Development Report (2000/2001) Attacking Poverty**, Oxford University Press, Oxford, 2000.
- (29) Young ,Pat (2000): **Mastering Social Welfare**, Fourth Edition, MacMillan Press, L.T.D, London.