

المجال كآلية لإنتاج وإعادة إنتاج اللامساواة الصحية في أوساط النساء القرويات بمناطق الشمال الغربي المغربي

Spatial Belonging and the Reproduction of Health Inequalities: Rural Women in Northwest Morocco's

أ. زكية حمضي: باحثة دكتوراه في علم الاجتماع، مختبر التراب والبيئة والتنمية، جامعة ابن طفيل، المغرب.

أ. إبراهيم حمداوي: أستاذ باحث في علم الاجتماع، مختبر التراب والبيئة والتنمية، جامعة ابن طفيل، المغرب.

Zakia Hamdi: PhD Student in Sociology, TED Laboratory, Ibn Tofail University, Morocco. Email: zakia.hamdi@uit.ac.ma

Brahim Hamdaoui: Researcher in Sociology, TED Laboratory, Ibn Tofail University– Morocco. **Email:** brahim.hamdaoui@uit.ac.ma

DOI: <https://doi.org/10.56989/benkj.v5i6.1485>

المخلص:

تسعى هذه الورقة إلى دراسة الكيفية التي يؤدي بها تفاعل النوع الاجتماعي والانتماء المجالي في الحالة المدروسة إلى تقاوم اللامساواة في أوجهها المتعددة، بما فيها اللامساواة الصحية موضوع هذه المساهمة، من خلال النظر في الكيفية التي يؤدي بها الانتماء المجالي (الانتماء إلى المجال الجبلي القروي في الحالة المدروسة) إلى إنتاج وإعادة إنتاج اللامساواة الصحية في أوساط النساء القرويات، وذلك فيما يتصل بالجوانب المتعلقة بالرعاية الصحية، بما في ذلك النظر في الكيفية التي يتحول فيها مجال جغرافي ووظيفي ما (قرية/ مدينة) إلى آلية لتكريس الفوارق الاجتماعية والمجالية في الوصول إلى الخدمات الصحية العمومية.

تستند هذه المساهمة ذات الخلفية المعرفية السوسيولوجية إلى مناهج البحث الكيفي وأدواتها الميدانية، كما تستند نظرياً إلى الأدبيات السوسيولوجية حول مفاهيم المجال واللامساواة، وأساساً إلى اللامساواة الصحية وإعادة الإنتاج، بالشكل الذي تتجه فيه هذه المساهمة كذلك إلى التفكير في مساءلة اللامساواة الصحية في أوساط النساء القرويات، وإلى رصد الخفي والمكشوف في تعبيرات الفاعلين الاجتماعيين عن وضعياتهم الصحية.

الكلمات المفتاحية: الانتماء المجالي، إعادة الإنتاج، اللامساواة الصحية، المرأة القروية، المناطق الجبلية.

Abstract:

This paper investigates how the interplay between gender and spatial belonging in the studied context contributes to the exacerbation of various forms of inequality, with a particular focus on health inequality. It explores how affiliation with a specific geographical area (in this case, a rural mountainous region) leads to the production and reproduction of health disparities among rural women, especially in relation to access to and the quality of healthcare services. The study also examines how a given geographical and functional space (village/city) can serve as a mechanism for reinforcing socio-spatial inequalities in access to public health services.

Anchored in a sociological epistemological framework, this study employs qualitative research methods and fieldwork tools. Theoretically, it draws on sociological literature related to the concepts of space and inequality, with particular emphasis on health inequality and the theory of reproduction. Accordingly, this contribution aims to critically engage with the issue of health inequality among rural women and to uncover both the explicit and implicit ways in which social actors express their health-related experiences.

Keywords: Spatial belonging, Reproduction, Health inequality, Rural woman, Mountainous areas.

المقدمة:

يحظى موضوع المجال واللامساواة الصحية في صفوف النساء القرويات باهتمام بالغ من قبل الدارسين في العلوم الاجتماعية وعلم الاجتماع على وجه التحديد، بالنظر إلى ما تتيحه هذه الاختصاصات الاجتماعية من عناصر معرفية ومنهجية لفهم وتفسير لا مساواة الوصول إلى الخدمات الصحية، وبالنظر كذلك إلى ما توفره من آليات لمتابعة وتتبع وضعية الفوارق الصحية القائمة على الأبعاد المجالية والاجتماعية وحتى الاقتصادية، وما يتصل باحتياجات التنمية والعدالة الصحية والمجالية.

في الكثير من الحالات، يتحول غياب البنيات التحتية الصحية الكافية وبُعد المرافق الطبية ونقص الأطر المتخصصة في المجالات القروية إلى تحدٍ يومي للوصول إلى الخدمات الصحية، وتزداد هذه الصعوبات تفاقماً كلما تعلق الأمر بالنساء اللواتي يواجهن قيوداً إضافية متعلقة بالأعراف والمعايير الاجتماعية التي قد تحد من هامش التحرك في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة والمرضى.

يساهم ضعف الاندماج الاقتصادي للنساء القرويات وعدم انخراطهن في العمل المأجور في الحد من قدرتهن على تحمل تكاليف العلاج واقتناء الأدوية أو حتى التنقل لغاية الحصول على الرعاية الصحية اللازمة، خاصة النساء اللواتي يعشن أوضاعاً اجتماعية وأسرية هشة، مثل اللواتي يوجدن في وضعية الطلاق أو وفاة الزوج وغياب المعيل الاقتصادي. إضافة إلى هذه الأوضاع، يؤدي تدني المستوى التعليمي والوعي الصحي إلى تأخر طلب الرعاية أو عدم الحصول عليها إطلاقاً، الشيء الذي يفاقم انتشار الأمراض وتأخر التشخيص والعلاجات الضرورية.

بهذا المعنى، فإن البعد المجالي في سياق الحديث عن صحة النساء القرويات ليس مجرد مساحة مادية، بل هو علاقة معقدة من التفاعلات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تساهم في تكريس الفوارق الصحية وتعميقها، مما يستدعي فهماً متعدد الأبعاد لهذه الديناميات، حتى يتسنى تقديم حلول فعالة ومستدامة. بناءً عليه، تتأطر هذه المساهمة بالسؤال الإشكالي التالي:

كيف يؤدي المجال وأبعاد أخرى مساهمة إلى إنتاج وإعادة إنتاج اللامساواة الصحية في أوساط النساء القرويات بالمجالات القروية في الحالة المدروسة؟

تتطلب البحوث في العلوم الاجتماعية كما في العلوم الأخرى، تحديد الاختيارات المنهجية الملائمة لدراسة موضوع البحث، ومن شروط ذلك اختيار التقنيات المنهجية التي تناسب طبيعة الموضوع، التي يجب أولاً أن تكون دقيقة ومحددة وقابلة للنقل والتطبيق من جديد في الشروط نفسها، كما يجب أن تكون هذه التقنيات متلائمة مع الإشكالية ومع أهدافها العلمية، ومع ما تصبو

هذه المساهمة بلوغه من آفاق علمية. ولهذه الاعتبارات المنهجية، وقع الاختيار على تقنيتي شبكة الملاحظة وتحليل المضمون، التي تشمل ملاحظة ما يجري في الميدان وتحليل مضمون عدد من الوثائق والتقارير الصادرة عن مجموعة من المؤسسات الوطنية والدولية المعنية بالوضع الصحي المغربي. واستنادًا إلى ذلك، سعت هذه المساهمة من خلال اعتماد المقاربة الكيفية لما تتيحه من معارف مفيدة إلى تحقيق الفهم الأنسب للموضوع المدروس.

أولاً: الأوضاع الصحية العامة بالأوساط القروية في المغرب.

إن قياس الارتباط بين الصحة والرفاه الاجتماعي يُطمس بسبب التفاعلات بين الصحة والخصائص الاجتماعية للأفراد وخصائص المناطق التي يقيمون بها (الأحياء، المدن، المناطق، البلدان)، ذلك أن التفاوتات الاجتماعية والمجالية في الصحة لها تفاعلات قوية يجب توضيحها وفهمها بشكل أفضل، وكما نعلم فإن التركيبة الاجتماعية للسكان لا تقدر سوى جزء من التفاوتات المجالية في الوصول إلى الخدمات الصحية، إذ تلعب خصائص المجالات وتطورها دورًا في بناء أو تقليل التفاوتات الاجتماعية في الولوج إلى الخدمات الصحية (Zoé VAILLANT, 2017).

في هذا السياق، يمكن استحضار المقاربات التي تجمع بين الوضع الاجتماعي لكل فرد ومكان إقامته، حيث تشير هذه الاعتبارات إلى أن تأثيرات المجال تستمر حتى مع تساوي الوضع الاجتماعي، كما تشير أيضًا إلى أن حجم التفاوتات المحلية قد تختلف من مجموعة اجتماعية إلى أخرى، لأن التفاوتات الاجتماعية لا تتبدى بنفس الطريقة، حيث نجد على سبيل المثال للتوضيح؛ تفاوتات اجتماعية كبيرة في بعض البلدان مقارنة ببلدان أخرى، وتفاوتات اجتماعية أكثر حدة في المجالات الحضرية مقارنة بالمجالات القروية (Zoé VAILLANT, 2017).

تساهم الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأفراد والمجموعات في تحديد مستواهم الصحي، حيث أثبتت بعض الدراسات على وجود علاقة وطيدة بين مستوى عيش الأفراد والمجموعات وبين وضعهم الصحي، ففي سنة 2015 قضت حوالي 30 ألف امرأة نخبهن أثناء الولادة، علمًا أن جميع تلك الوفيات تقريبًا سجلت في البلدان النامية والفقيرة. في هذا الإطار، وحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول البلدان النامية، سُجلت بهذه الأخيرة حوالي 99 بالمئة من مجموع وفيات الأمومة، خاصة في المجالات القروية ولدى الفئات الهشة. يوحي هذا الوضع إذن، بوجود هوة سوسيو- اقتصادية صارخة وكاشفة عن حجم اللامساواة، وأساسًا عما يطال منها النساء القرويات ويؤثر على حقوقهن في الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية (صنبة، 2021).

في هذا الاتجاه، اهتمت مجموعة من الدراسات والأبحاث بمسألة المجال واللامساواة، باعتبار البعد المجالي آلية لإنتاج وإعادة إنتاج اللامساواة الاجتماعية والصحية منها بالتحديد، حيث تؤكد

على الارتباطات الموجودة بين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والانتماء المجالي وبين الاعتلال بالمرض والوفيات (Singer, 2001). في البلدان المتقدمة مثلاً، غالباً ما يعيش الأفراد ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي المريح حياة أطول، مع معاناة أقل مع المرض والوصول إلى الخدمات والحقوق الصحية الملائمة مقارنة بالفئات الاجتماعية الهشة (Singer, 2001). وبالإشارة كذلك إلى ما كشفت عنه هذه الأعمال من ارتباط وثيق الصلة بين الوضع الاجتماعي والصحي، وبين الولوج إلى الحقوق الصحية الملائمة في لحظات الإصابة بالأمراض المزمنة.

في صلة بعلاقة تدني الوضع الصحي باتساع الفوارق الاقتصادية والهشاشة والفقر، يخبرنا عالم الاقتصاد أمارتيا صن "Amartya Sen" أن مفهوم الفقر لا يتم إدراكه بشكل كافٍ من خلال الدخل أو الإنفاق، بل بالحرمان من الخدمات الأساسية والحيوية، مثل الصحة والتعليم، التي تعتبر مقاييس مباشرة للحرمان والهشاشة مقارنة بمقاييس الدخل أو الإنفاق، وذلك إلى الحد الذي تكون فيه مقاييس الصحة حججاً مناسبة في قياس درجة الرفاه الاجتماعي. بهذا تكون اللامساواة الصحية مرآة عاكسة لمفهوم الحرمان والهشاشة أكثر من اللامساواة القائمة على طبيعة الدخل (Pradhan Menno, 2001). وهكذا، تتصل اللامساواة الصحية بالتفاوتات الحاصلة في الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسر والأفراد، وبالتباينات المسجلة على صعيد مجالات الانتماء، علماً أن هذه التفاوتات تؤثر أيضاً على مستوى الوعي الصحي وبما يؤول إليه ضعفه من تجاهل للحالة الصحية الفردية والجماعية.

ثانياً: مؤشرات اللامساواة الصحية في صفوف النساء بالمجالات القروية المدروسة.

تعكس مسألة اللامساواة الصحية في صفوف النساء بالمجالات القروية بالمغرب مقدار التفاوت المسجل في الحصول على جودة الرعاية الصحية مقارنة بالنساء المقيمت في المجالات الحضرية. ففي سنة 1995 وتحديداً في مؤتمر بيجين، لوحظ أن هناك مشاكل مقلقة وتستدعي التدخل. لقد كان الأمر دافعاً لتسطير استراتيجية موجهة للنهوض بالمسألة الصحية للنساء، وكان من أهدافها المسطرة؛ توسيع ولوج النساء طيلة حياتهن إلى الخدمات الصحية، بما يدعم تعزيز البرامج الوقائية الخاصة بتحسين صحتهن العامة، مع إطلاق مبادرات تأخذ بعين الاعتبار حاجيات النساء في مواجهة الأمراض المنقولة جنسياً (مثل السيدا)، إضافة إلى مشاكل صحية أخرى تتعلق بالممارسة الجنسية والتوالد. كما تم تعزيز أهمية البحث ونشر المعلومات حول صحة النساء، وزيادة الموارد المخصصة لذلك، مع تتبع وتقييم أوضاعهن الصحية (صنبة، 2021).

في هذا الصدد، دعت منظمة الصحة العالمية في بداية السبعينيات إلى التقليل من التفاوتات الصحية، ومنذ ذلك الحين أولت العديد من الدراسات في العلوم الاجتماعية والإنسانية اهتمامها إلى موضوع الصحة واللامساواة الاجتماعية والمجالية، الأمر الذي أسفر عن استجابات اجتماعية

وسياسية متباينة لدى العديد من البلدان، وهو ما كشف عن العلاقة القائمة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي وبين الوضع الصحي، بما يؤثر عليه ذلك من أوجه القصور في السياسات الصحية العامة بين البلدان، ومن صعوبة في الوصول إلى الخدمات الصحية الكافية (Rey, 2017).

في هذا الاتجاه، عمل المغرب على وضع خطة عمل وطنية لتحسين الوضع الصحي للنساء القرويات، وقد كانت أول خطة حكومية متكاملة هي تلك التي قامت بها حكومة التناوب ما بين مارس 1998، ومارس 1999، وكان ذلك بشراكة مع المنظمات غير الحكومية المهتمة بقضايا المرأة. هدفت هذه الخطة إلى النهوض بالصحة الإنجابية وتحسين صحة النساء من خلال وضع سياسة وطنية موحدة ولا مركزية للصحة الإنجابية، مع توسيع خدمات التخطيط العائلي وتحسين استعمال موانع الحمل، وتخفيض نسب الوفيات والأمراض المرتبطة بالأمومة (صنبة، 2021).

في الحالة المدروسة، "ما يزال معدل الوفيات الناتجة عن الولادة والأمومة مرتفعاً ومستقرًا منذ أكثر من عشر سنوات، على الرغم من الجهود التي تبذلها الحكومة في مجال الرعاية الصحية للأمهات، حيث تسجل 227 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة خلال الفترة الممتدة بين 1995-2003" (Zouini, 2010). في السياق ذاته، أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت سنة 2004 حول الأسر المغربية، أن معدلات الاستفادة من الاستشارات قبل الولادة، والولادة في بيئة تسود فيها المراقبة الطبية والاستشارات ما بعد الولادة، لم تغطي إلا نسب قليلة تكاد لا تتجاوز 48 في المئة من إجمالي معدل حالات الحمل والولادة في المجالات القروية (Zouini, 2010)، وهو رقم يلامس ما نظيره المسجل بالنسبة لحالة المجتمع المدروس.

في هذا المنوال، توصلت دراسة أخرى أجراها المرصد الوطني للتنمية البشرية سنة 2017، أن نسبة الاستفادة من الاستشارة الطبية لما قبل الولادة لم تتعدى 27 بالمئة بالمناطق القروية المدروسة، وهي نسبة أقل بثلاثة عشر مرة مقارنة بنظيرها عند النساء القاطنات بالمجالات الحضرية (المرصد الوطني للتنمية البشرية، 2017). لقد أكدت الدراسة ذاتها، أن تمركز البنيات الاستشفائية في الوسط الحضري هو الذي يصعب من مسألة التكفل بحالات المرض في الأوساط القروية، خاصة ما يتعلق منها باستشارات الأمومة وتنظيم الأسرة وتتبع الحمل والولادة (المرصد الوطني للتنمية البشرية، 2017). تخفي المؤشرات المسجلة أعلاه، مسألة الفوارق الحاصلة بين الوسطين القروي والحضري على صعيد وصول النساء إلى الخدمات الصحية الضرورية، وتهم هذه الفوارق البنيات الصحية وجودة خدماتها المقدمة وسرعة الاستجابة لها.

ثالثاً: السياسات الصحية الجديدة وتجويد العرض الصحي: متابعة لموقع النساء القرويات ضمنها

يشهد قطاع الصحة في مجال الدراسة والمغرب عمومًا دينامية متواصلة تجسدها عملية إطلاق سياسات صحية جديدة تهدف إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، والرفع من مستوى جودتها حتى يتسنى لها تغطية شرائح واسعة من المجتمع. تؤكد هذه الأوضاع الجديدة توجه الجهات الرسمية المعنية إلى العمل على تقليص الفوارق الاجتماعية والمجالية التي تعد عاملاً منتجاً للامساواة الصحية. على هذا الأساس، وضع المغرب في السنوات الأخيرة برامج واستراتيجيات صحية عدة ترمي إلى الحد من هذه الفوارق، من ضمنها مثلاً الأوراش التي أخذت طابعاً اجتماعياً معيناً، أي تلك التي تستهدف شرائح اجتماعية بعينها، وهنا نستحضر تجربة برامج "تيسير" و"نظام المساعدة الطبية (راميد)"، ثم لاحقاً "برنامج التأمين الإجباري عن المرض" (المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، 2017)، وغيرها من البرامج الأخرى التي كانت غايتها القسوى الحد من الفوارق الاجتماعية والمجالية التي تعيق عملية تحقيق العدالة الصحية.

لقد وضع المغرب مجموعة من الاستراتيجيات والقوانين لتقليص الفوارق الصحية والمجالية، والتي كان من ضمنها كذلك القانون رقم 65.00، الذي ينشئ نظام التأمين الصحي الإجباري (AMO) الخاص بموظفي القطاعين العام والخاص، ونظام المساعدة الطبية الموجه للأسر في وضعية سوسيو-اقتصادية هشّة (RAMED). لقد سمح هذا القانون بإجراء إصلاحات مهمة خلال العقدين الماضيين، همت بالأساس توسيع نطاق التغطية الطبية الأساسية ومكافحة التفاوتات المجالية (مناطق الإقامة)، حيث تنص المادة الأولى منه على تغطية جميع الناس دون تمييز على أساس العمر أو الجنس أو نوع النشاط الاقتصادي، أو مستوى الدخل أو تاريخهم المرضي أو مناطق إقامتهم (Observatoire national du développement humain, 2021).

شكلت مسألة النهوض بالصحة، خاصة في المجالات القروية والمناطق النائية، الدعامة الأساسية التي بنت عليها مؤسسات الدولة برامجها التنموية الموجهة إلى تحقيق مؤشرات العدالة الصحية، حيث أطلقت من أجل ذلك مخططاً صحياً يهتم الأوساط القروية، بما فيها مجال الدراسة، على مدى خمس سنوات 2008-2012، وذلك من أجل تحقيق رعاية صحية أولية عادلة ومتكاملة بين جميع المواطنين والمواطنات بمناطق المغرب، وقد ارتكز هذا المخطط على ثلاثة محاور استراتيجية تهتم المشاكل الصحية ذات الأولوية، ودعم جودة الخدمات الصحية، إضافة إلى تقليص التفاوت الحاصل في المؤشرات الصحية بين الوسطين الحضري والقروي، وعلى صعيد الجهات والأقاليم (صنبة، 2021). بناءً على تتبع أثر هذه السياسات، تم تسجيل بعض هوامش التغيير بالمجالات القروية، حيث ارتفعت التغطية الصحية التي يوفرها نظام المساعدة الطبية

(RAMED) من 12.9 بالمئة إلى 34.9 بالمئة خلال الفترة الممتدة ما بين 2012-2017، وينطبق الشيء نفسه على المجالات الحضرية التي ارتفعت بها نسب التغطية الصحية، إذ انتقلت من 8.4 % إلى حوالي 25 % خلال نفس الفترة الزمنية (Radi, 2023).

في هذا الباب، تمكنت النساء منذ انطلاق نظام المساعدة الصحية (راميد) من الانخراط والاستفادة من هذه العملية، حيث بلغ عدد المستفيدات منهن بالوسط الحضري ما يناهز 1.5 مليون امرأة، في حين وصلت نسبة النساء القرويات المستفيدات حوالي 1.2 مليون امرأة (صنبة، 2021). يهدف هذا النظام الصحي إلى تقليص حجم التفاوت في الحصول على الرعاية الصحية في أوساط الفئات الاجتماعية الهشة، علاوة على ما حققه من تفاعل إيجابي في أوساط الناس، إذ نجح في رفع معدل التغطية الصحية في البلاد بشكل ملحوظ، وهو ما يعتبر خطوة مهمة نحو تحقيق عدالة صحية منصفة بين كافة شرائح المجتمع (Radi, 2023).

يُسجل كذلك أن معدل الولادات الموضوعة تحت الإشراف الطبي قد عرفت تحسناً ملحوظاً، حيث ارتفعت من ما يقارب 78 بالمئة سنة 2012، إلى 87.6 بالمئة سنة 2017، مما يبرز تحسناً في خدمات الرعاية الصحية الموجهة إلى الأمهات. تعكس هذه البيانات الجهود المبذولة لغاية تعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية خلال هذه الفترة (Radi, 2023)، الأمر الذي أدى إلى انخفاض معدل وفيات الأمهات من 112 حالة وفاة لكل 10000 مولود حي سنة 2010، إلى حوالي 72 حالة وفاة سنة 2018، بانخفاض قدره 35 بالمئة (مجلس المستشارين، 2021). يعزى هذا التحول، إلى تطور الخدمات الصحية المقدمة للنساء القرويات، ولا سيما ما يتعلق منها بالولوج إلى الخدمات المتعلقة بالأمومة والصحة الإنجابية.

للمضي قدماً نحو تعزيز وتجويد العرض الصحي في المغرب، تم التوقيع على استراتيجية التعاون بين منظمة الصحة العالمية والمغرب في الفترة نفسها (2012-2017). ركزت هذه الاستراتيجية على أربعة محاور أساسية ذات أولوية تمثلت في تعزيز الولوج العادل إلى الخدمات الصحية، وذلك في أفق تحقيق التغطية الصحية الشاملة والمساهمة في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، التي تتمثل في الحد من التفاوتات الصحية وتقليص عبء المرضى، بما في ذلك تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية والسلامة الصحية، مع تعزيز الحوكمة الصحية وما يرتبط بتطوير قواعد البيانات العلمية في مجال التفاوتات الاجتماعية والمجالية والمناصفة بين الجنسين في مجال الصحة (صنبة، 2021).

على الرغم من المنجزات الهامة التي حققها المغرب لتوسيع شبكات العرض الصحي وتحسين خدمات الصحة الإنجابية، وتعميم اللقاحات ومحاربة الأمراض المعدية والأوبئة، وتمكين نسبة كبيرة من المواطنين من ولوج المؤسسات والمراكز الصحية بفضل السياسات الصحية الرامية

إلى تقليص الهشاشة في القطاع الصحي خاصة في صفوف النساء، فإن تفعيل بعض الأهداف الصحية الأساسية ما يزال يواجه بعض التحديات، خاصة ما يتصل منها بالاستفادة من الخدمات الصحية بشكل متساوٍ بين مختلف المجالات الترابية، وأساساً بين الوسطين الحضري والقروي. تعود هذه الظروف إلى إشكالية التوزيع غير العادل للمؤسسات والموارد الصحية. فإذا أصبحت مراكز الصحة الأولية في السنوات الأخيرة متقاربة نسبياً من حيث تناسبها وعدد السكان بمختلف الجهات والأقاليم، فإنها ما زالت متباينة فيما يخص المسافة الفاصلة بين السكان والمركز الصحي، ومن حيث معدل التأطير الطبي والتمريضي. في هذا الإطار، وحسب وثيقة تعاون مبرمة بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية بين سنتي 2017-2021، فإن ما يناهز 20 بالمئة من السكان يقيمون على بعد 10 كيلومترات من أقرب المراكز الصحية إلى مواقع سكنهم، وهو ما يشكل خطراً حقيقياً على صحتهم. وبسبب الفوارق المسجلة على صعيد الموارد البشرية وتجهيزات المؤسسات الصحية العمومية، فإن بعض الأطباء في مجال الدراسة لا يجدون أي سبيل للوصول إلى التجهيزات الطبية الثمينة بإنجاز مهامهم بالشكل اللائق.

وإذا أخذنا مثلاً صحة الأم، فإن معدلاتها تخفي ورائها تلك الفوارق الكامنة بين المجالات القروية والحضرية من جهة، وأيضاً على صعيد أوضاع العيش بين هاذين المجالين، تجدر الإشارة كذلك، إلى أن جميع بنيات التوليد لا تتوفر في مجملها على المتطلبات الأساسية، خاصة منها ذات الطابع البشري، حيث يوجد تقريباً طبيباً واحداً لكل 2540 مولوداً منتظراً، ومولدة واحدة لكل 218 مولوداً منتظراً، في حين حددت منظمة الصحة العالمية مولدة واحدة لكل 175 مولوداً منتظراً (وزارة الصحة، 2012).

رابعاً: تأثير الرواسب الثقافية على جودة الوضع الصحي في أوساط النساء القرويات

وإن كانت الرواسب الثقافية تشكل جزءاً من الهوية الثقافية للمجتمع المحلي المدروس، إلا أنها قد تحمل من خلال ما يشكلها من عادات ومعتقدات شعبية وممارسات تقليدية ما يضر بصحة النساء القرويات، حيث تساهم هذه الرواسب الناشئة عن الثقافات المحلية والسلوكيات الصحية التقليدية في التأثير على الصحة العامة للنساء خصوصاً. في هذا الباب، ولتكوين برنامج صحي شامل وبناء، يجب على القائمين عليه فهماً عميقاً للنسيج الاجتماعي والثقافة التقليدية للمجتمعات المحلية، لأن النماذج الثقافية هي التي تشكل سلوك الأفراد منذ الصغر، مما يجعلهم يحرصون على مراعاتها عند تكوين اتجاهاتهم ومعتقداتهم. لذا، من الضروري استغلال هذه المعارف بشكل سليم عند تصميم زوايا أي برنامج صحي متصل بعالم النساء.

من جهة أخرى، يجب على واضعي سياسات تحسين الرعاية الصحية لدى النساء إدراك الخصوصيات الاجتماعية والاقتصادية لكل مجتمع على حدة، مع إدراك ما يتطلبه الأمر من

عناصر أخرى تهدف إلى القضاء على المعتقدات الخاطئة التي قد تعيق أي مشروع صحي، وكذلك إلى تنمية وتنشيط الأنماط الثقافية الجديدة، التي بدورها تحد من وصول الأفراد إلى الرعاية الصحية اللائقة (عبد المالك، 2008).

إن محاولة قياس اللامساواة الصحية في المناطق القروية بالتركيز على الأبعاد الاقتصادية وحدها تبقى غير مجدية، ويعود ذلك إلى غياب فهم كافٍ لخصوصيات هذه المجتمعات الثقافية، حيث تؤثر عوامل نفسية وثقافية بشكل كبير على الحالة الصحية. تتجلى هذه التأثيرات في سلوكيات ثقافية متجذرة، كالرواسب الثقافية المرتبطة بتمثيلات الأمراض، خاصة تلك المتعلقة بممارسات الطعام والرضاعة لدى النساء، كما تلعب الأعراف والممارسات الاجتماعية دورًا مهمًا في انتشار الأمراض المنقولة جنسيًا. هذا لا ينفي مساهمة العوامل المجتمعية في إنتاج اللامساواة الصحية، وهي غالبًا ما تكون مهمة جدًا في تحديد اللامساواة الصحية (Pradhan Menno، 2001).

تتجلى تأثيرات الرواسب الثقافية المرتبطة بقيمتي "العرض" و"الشرف" بوضوح في بعض السياقات القروية، وبخاصة في تقييد حركة المرأة، حيث يدفع هذا الاعتقاد إلى عدم السماح للمرأة بالتنقل وحدها إلى المستشفى، وهو ما يكون غالبًا مشروطًا بمرافقتها برجل لمتابعة حالتها الصحية. يبرز هذا التقييد بشكل أكبر في حالات الطلاق، حيث يمكن أن تؤدي التبعية الاقتصادية للزوج إلى منعه إياها من الذهاب للمستشفى أو رفض مرافقتها. غالبًا ما يتم تبرير هذا المنع بالاستناد إلى ممارسات الأجداد، حيث كانت النساء يلدن في المنزل بعيدًا عن أي تدخل خارجي، وقد يمتد هذا التقييد ليشمل استخدام وسائل منع الحمل ورفض أي صيغة لتحديد النسل، وكل ما يتصل بالتخطيط الأسري (مجلس النواب، 2022). نسجل كذلك مسألة أخرى لا تقل أهمية، وهي حينما يُرفض اللجوء إلى الاستشارات الطبية قبل الولادة أو الولادة في المؤسسات الطبية بناءً على تجارب الأمهات والجذات اللواتي أنجبن دون مساعدة طبية، حيث كما أشرنا سلفًا ينظر في هذه الأوساط الاجتماعية التقليدية إلى مسألة تنظيم النسل ومراقبته بنوع من الازدراء، وأحيانًا أخرى ينظر إليه بنوع من السلبية.

يمكن مواجهة هذه الممارسات الثقافية المتأثرة بالرواسب الثقافية، والتي تؤثر سلبًا على صحة النساء القرويات، من خلال تبني برامج توعية مستدامة وتوفير خدمات صحية متكاملة، الشيء الذي يتطلب تمكين المرأة في المجال الصحي وتضافر جهود الحكومات والمجتمع المدني والمنظمات الدولية، وذلك بغاية إحداث تحول في الممارسات الثقافية المتعلقة بالصحة، وبالتالي تحسين صحة المرأة، لا سيما في البيئات القروية التي يدخل المجال المدرس ضمن نطاقها.

تلعب وسائل الإعلام دورًا محوريًا في نشر الثقافة الصحية وتوعية الأمهات بأهميتها، ويمكن تحقيق ذلك من خلال بث برامج خاصة بموضوع الأمومة الآمنة. إن البرامج ذات الصدى الاجتماعي والتنموي التي تُبث عبر وسائل الإعلام الرسمية (التلفزيون والراديو) يمكن أن يكون لها الأثر الملموس في تشجيع اللجوء إلى الرعاية الصحية، خصوصًا فيما يتعلق بالولادة في بيئة طبية لائقة. لذلك، من الضروري أن تستعين الدولة بالمتخصصين في المجال الصحي لضمان تمرير معلومات وخطابات صحية دقيقة وموثوقة، ومبنية على أسس علمية وذات معنى، وذلك بهدف تحقيق تغير اجتماعي وتنموي خاصة على صعيد الممارسات الصحية.

الخاتمة:

تأسيسًا على ما سبق، تعد دراسة مسألة الأوضاع الصحية في الأوساط القروية بالمغرب، كاشفًا حقيقيًا عن الترابط الوثيق بين الصحة والوضع الاجتماعي والاقتصادي، والانتماء المجالي، حيث يتضح جليًا أن الفوارق الصحية ليست مجرد انعكاس للظروف الفردية، بل هي نتاج تفاعلات معقدة بين الخصائص السوسيو-اقتصادية للأفراد والمناطق التي يقطنون بها، وهو الأمر الذي يؤدي إلى نشوء تفاوتات صارخة في الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، خاصة بالنسبة للنساء القرويات.

تبرز هذه المسألة أن اللامساواة الصحية في الحالة المدروسة في عوامل متعددة، تبدأ من الحرمان من الخدمات الحيوية كالتعليم والصحة - كما أشار إليها "أمارتيا صن" - وتمتد لتشمل ضعف البنيات التحتية الصحية في المناطق القروية مقارنة بالمناطق الحضرية. وقد تجلت هذه اللامساواة بشكل خاص في مؤشرات صحة النساء، حيث سجلت نسب وفيات أمومة مرتفعة، ونسب متدنية خاصة بحالات الاستفادة من الاستشارات الطبية قبل وبعد الولادة، أو تلك التي تتعلق منها بالولادة في بيئة خاضعة للمتابعة الطبية المنتظمة في الوسط القروي. بناءً عليه، لا تكشف هذه المؤشرات فقط عن هوة سوسيو-اقتصادية، بل تطرح تساؤلات عميقة حول ترابط الحق في الصحة والعدالة المجالية.

وفي ظل هذه التحديات، اتجهت هذه المساهمة إلى استحضار الجهود والسياسات الصحية التي تبناها المغرب بهدف تقليص الفوارق وتحسين العرض الصحي المحلي والوطني، مثل مبادرات نظام المساعدة الطبية (راميد) والتأمين الإجباري عن المرض (AMO)، بالإضافة إلى المخططات الصحية الوطنية واستراتيجيات التعاون مع منظمات دولية (منظمة الصحة العالمية)، وقد شكلت خطوات مهمة نحو توسيع نطاق التغطية الصحية وتحسين بعض مؤشراتها، لا سيما منها تسجيل ارتفاع في نسبة الولادات تحت الإشراف الطبي، وانخفاض في معدل وفيات الأمهات، بما حققته

هذه السياسات الاستباقية من تحسن في استفادة النساء القرويات بالمجال المدروس من العرض الصحي الوطني، الذي يعني التوجه نحو تحقيق عدالة صحية أكثر إنصافاً للنساء القرويات.

قائمة المصادر والمراجع:

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي. (2017) التقرير السنوي، الرباط.
- المرصد الوطني للتنمية البشرية. (2017) مظاهر التمييز المتعدد الجوانب الذي يطال النساء في المغرب: خلاصات تركيبية، الرباط.
- صنبة، ب. (2021) النوع الاجتماعي ومشكلة التنمية: دراسة مقارنة، عمان: أريد: عالم الكتب والحديث للنشر والتوزيع.
- عبد المالك، ك. (2008) دراسة في أثر الرواسب الثقافية على التنمية المستدامة، القاهرة: دار مصر المحروسة.
- مجلس المستشارين (2021) الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، الرباط: منشورات مجلس المستشارين، الولاية التشريعية 2021-2027.
- مجلس النواب (2022) القيم وتفعيلها المؤسسي: تغيرات وانتظارات لدى المغاربة (التقرير الأول)، الرباط: منشورات مجلس النواب، البرلمان المغربي.
- وزارة الصحة (2012) الاستراتيجية الوطنية للصحة 2012-2016، الرباط: منشورات وزارة الصحة.
- Observatoire national du développement humain. (2021). Les discrimination intersectionnelles des femmes au Maroc. Rabat.
- Pradhan Menno, S. D. (2001). Decomposing World Health Inequality. Amsterdam: cornell University.
- Radi, Y. (2023). L'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc : une étude de la gouvernance et de l'instrumentation de l'action publique dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH). Paris: Université Paris-Est.
- Rey, G. (2017). Mesures des inégalités socio-Spatiales de santé. Dans V. U. Thierry Lang, Les inégalités sociales de santé (pp. 70-81). Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016.

- Singer, B. H. (2001). Committee on future directions for behavioral and social sciences research at the national institutes of health. Washington: National Academies Press.
- Zoé VAILLANT, S. R. (2017). Investiguer le role du territoire dans l'analyse des inégalités sociales de santé. Dans Les inégalités sociales de la santé (p. 41).
- Zouini, M. (2010). Etude de la mobilité maternelle des populations rurales du Haut Atlas occidental marocain. Dans M. C. Abdelounaim Aboussad, Santé et vulnérabilités au Maroc (pp. 135– 154). Marrakech: Imprimerie et Papeterie El Watanya.