

مجلة العلوم الاجتماعية

فصلية علمية محكمة - تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

الاتجاهات الجغرافية الحديثة في دراسات الرعاية الصحية خلال الفترة (2011 - 2021)

شيماء أحمد السيد

جامعة
الكويت

مجلس
النشر العلمي



جامعة الكويت
KUWAIT UNIVERSITY

ISSN: 0253 - 1097

Online ISSN: 3006-2977

المجلد ٥٢ - العدد ٤

٢٠٢٥



Doi: 10.34120/jss.v53i4.75

قدم في: يوليو 2022

أجيز في: مارس 2023



Recent Geographical Trends in Health Care Studies during the Period (2011-2021)

Shaymah Ahmed al Sayed

Abstract

Objective: The study dealt with research trends in the field of health care geography and its methods during the period from 2011 to 2021. **Methods:** The study was based on the analysis of research papers published in four international foreign journals and four specialized Arab journals as well as scientific theses. **Results:** The study ended with identifying seven main research directions for health care studies during the research period. Other recent trends began to gain great importance in the writings of geographers because of economic, social and health changes as well as the global development agenda, which were represented in health care for marginalized groups, inequality in health care, home health care and the last digital health care. Recent research trends in the field of health care geography have been associated with an increased reliance on qualitative methods along with quantitative methods in the treatment and analysis of research topics. **Conclusion:** The research trends in health care geography during the study period have an applied dimension, which helps to face health challenges and achieve sustainable development goals in the field of health.

Keywords: Health Care – Geography - Research trends.

الاتجاهات الجغرافية الحديثة في دراسات الرعاية الصحية خلال الفترة (2011 - 2021)

شيماء أحمد السيد (*)

ملخص

هدف الدراسة: تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن الاتجاهات البحثية في مجال جغرافية الرعاية الصحية وأساليبها خلال الفترة من 2011 - 2021. **المنهجية:** اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل وحصر الأوراق البحثية المنشورة في أربع دوريات عالمية أجنبية وأربع دوريات عربية متخصصة فضلاً عن الرسائل العلمية. **النتائج:** انتهت الدراسة إلى تحديد سبعة اتجاهات بحثية رئيسة لدراسات الرعاية الصحية خلال الفترة محل البحث، شكل ثلاثة منها اتجاهات قديمة أصيلة كانت ولا تزال موضع اهتمام الباحثين وهي دراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، والتوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية فضلاً عن رحلة العلاج، وكانت الاتجاهات البحثية الأربعة الأخرى اتجاهات حديثة بدأت تحظى بأهمية في كتابات الجغرافيين نتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية فضلاً عن أجندة التنمية العالمية، تمثلت في الرعاية الصحية للفئات المهمشة، وعدم المساواة في الرعاية الصحية، والرعاية الصحية المنزلية وأخيراً الرعاية الصحية الرقمية. وقد ارتبطت الاتجاهات البحثية الحديثة في ميدان جغرافية الرعاية الصحية بزيادة الاعتماد على الأساليب النوعية جنباً إلى جنب مع الأساليب الكمية في المعالجة والتحليل للموضوعات البحثية. **الخلاصة:** اتسمت الاتجاهات البحثية في جغرافية الرعاية الصحية خلال فترة الدراسة بأنها ذات بُعد تطبيقي بما يساعد على مواجهة التحديات الصحية ويحقق أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة.

المصطلحات الأساسية: الرعاية الصحية، الجغرافيا، الاتجاهات البحثية.

(*) أستاذ الجغرافيا البشرية المشارك، قسم العلوم الاجتماعية، كلية التربية، جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية.

Email: Shimaa_elsayed@alexu.edu.eg

الاهتمامات البحثية: الجغرافيا البشرية، الجغرافيا الاجتماعية، الجغرافيا الطبية، جغرافية السكان، جغرافية الرعاية الصحية، نظم المعلومات الجغرافية.

تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت. جميع الحقوق محفوظة للمجلة.

المقدمة

تعد الرعاية الصحية Health care من الموضوعات البحثية التي كانت ولا تزال تحظى باهتمام الجغرافيين منذ ما يزيد على نصف قرن، وخلال هذه الفترة شهدت العلاقة بين الرعاية الصحية والدراسات الجغرافية تطوراً وتغيراً كبيراً ترك أثره ليس فقط على الموضوعات البحثية في الرعاية الصحية من منظور جغرافي فحسب، بل على موقعها من فروع علم الجغرافيا وميدانه. وتهدف هذه الدراسة إلى الوقوف على الاتجاهات البحثية الحديثة والمعاصرة في دراسة جغرافية الرعاية الصحية من خلال حصر ومراجعة وتحليل الأوراق البحثية المنشورة في الدوريات العالمية الأجنبية والعربية والرسائل العلمية خلال الفترة من 2011 إلى 2021، وتحديد الاتجاهات العلمية التي تناولتها بالبحث والدراسة، والأهداف التي سعت إلى تحقيقها، والأساليب التي اتبعتها سواء في إجراء الدراسة أو في عرض نتائجها، وأهم هذه النتائج.

الرعاية الصحية وميدان علم الجغرافيا

تُعرّف الرعاية الصحية بأنها الأنشطة الموجهة نحو الفرد من قبل الهيئات الصحية للوقاية من الأمراض أو علاجها (جابر، 2010، 135)، وقد دخلت الرعاية الصحية منذ ستينيات القرن الماضي ضمن موضوعات الدراسة في الجغرافيا بعامة والجغرافيا الطبية بخاصة؛ فقد أشار Paul في دراسته الشهيرة- التي حملت عنوان: (Approaches to Medical Geography: An historical Perspective) ونشرت عام 1985- إلى أن الرعاية الصحية تعد مدخلاً من مداخل الجغرافيا الطبية يهتم بدراسة مواقع الخدمات الصحية والسلوك الصحي ونوعية الخدمة المقدمة في المؤسسات الصحية وسهولة الوصول إليها وخصائص رحلة العلاج، كما أكد Paul على إمكانية ربط الرعاية الصحية بأحد فروع الجغرافيا البشرية والذي أطلق عليه جغرافية الرفاهية Welfare Geography (Paul, 1985, 402).

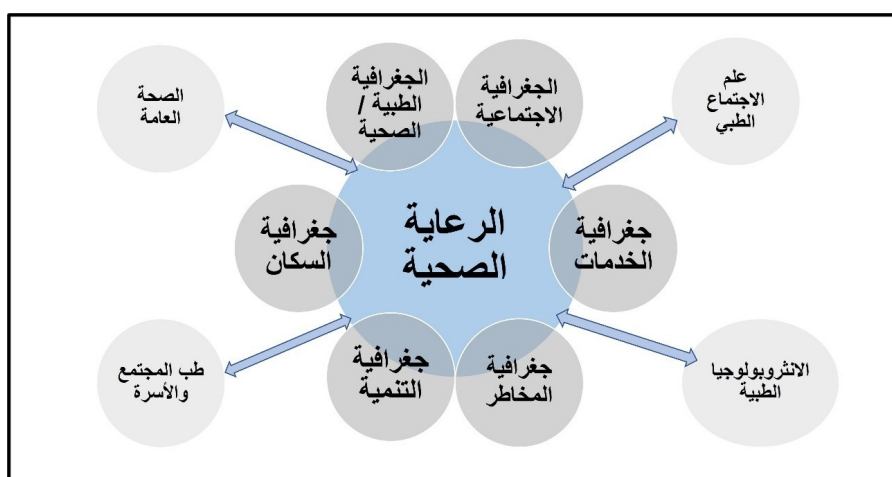
لم تستمر العلاقة بين الرعاية الصحية والجغرافيا الطبية كما تصورها وعرضها Paul، فمع نهاية القرن العشرين وبداية القرن الحادي والعشرين أشارت بعض الدراسات إلى أن الجغرافيا الطبية بمحتواها ومدخلها تعاني عزلةً نسبية عن فروع الجغرافيا الأخرى؛ إذ يُنظر إليها كفرع يمد جذوره إلى حد ما نحو العلوم الطبية خارج ميدان علم الجغرافيا حتى أن Brown وزميله أطلقا على الجغرافيا الطبية مصطلح: (ظل الطب الجغرافيا حتى أن Brown & Duncan, 2002, 361) (The Shadow of Medicine). وقد أدى ذلك إلى ظهور اتجاه لدى الجغرافيين نحو الاستعاضة عن مصطلح الجغرافيا الطبية بجغرافية الصحة

Health Geography كفرع يستمد جذوره من علم الجغرافيا خاصة الجغرافيا البشرية والاجتماعية، وسميت هذه المرحلة بمرحلة (ما بعد الطبية Post-medical) (Kearns & Moon, 2002, 607-608) والتي كان التركيز فيها على النموذج الإنساني والاجتماعي للصحة بدلاً من النموذج الطبي الحيوي للمرض. وقد اتسم هذا الانتقال بأنه حدث تدريجياً، خلال تسعينيات القرن الماضي، وأنه لم يكن قطعياً فلم تهمل الجغرافيا دراسة المرض، بل تقلصت المساحة التي يشغلها من الدراسات الجغرافية مقابل دراسات الصحة.

وقد ترك هذا الانتقال من الجغرافيا الطبية إلى جغرافية الصحة أثره على موضوعات الدراسة في الرعاية الصحية والتي اتجهت أكثر نحو التركيز على الرعاية الصحية الوقائية وعوامل تعزيز الصحة، والأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية للرعاية الصحية، والخروج بالرعاية الصحية من المنظومة الرسمية إلى مساحات أوسع كالمنزل والحي السكني والمجال الافتراضي، خاصة مع دخول جغرافية الصحة مرحلة جديدة من المسميات عرفت فيها بجغرافية الصحة والرفاهية Geography of Health and Welfare، تزامناً مع التأكيد المستمر على أن الصحة لا تعني الخلو من الأمراض بل تتعدى ذلك نحو تحقيق الرفاه الجسدي والنفسي والعقلي والاجتماعي للإنسان؛ ومن ثم تصبح الرعاية الصحية هي جميع الجهود والممارسات والأنشطة المبذولة للحفاظ على الصحة والرفاهية الجسدية والعقلية والنفسية أو استعادتها (Elliott, 2018, 206-207).

شكل 1

علاقة دراسات الرعاية الصحية بفروع علم الجغرافيا والعلوم الأخرى



المصدر: من إعداد الباحثة.

ولا تعد الجغرافيا الطبية أو الصحية هي فقط ميدان دراسات الرعاية الصحية (شكل 1)، بل تتقاطع وتتشابك مع العديد من فروع الجغرافيا الأخرى، يأتي في مقدمتها: الجغرافيا الاجتماعية، وجغرافية الخدمات، وجغرافية السكان، وجغرافية التنمية، وجغرافية المخاطر، عن الجغرافيا التطبيقية. وخارج ميدان علم الجغرافيا يهتم بعض فروع العلم والمعرفة بدراسة الرعاية الصحية منها: علم الاجتماع الطبي⁽¹⁾، والأنثروبولوجيا الطبية، وطب المجتمع والأسرة⁽²⁾، والصحة العامة، والدراسات البيئية، والدراسات السكانية، ومن ثم تتسم دراسات الرعاية الصحية بالطابع البيئي Interdisciplinary والتعددي Multidisciplinary.

الرعاية الصحية وأهميتها المتجددة

تُضفي الأهداف العالمية للتنمية أهمية متزايدة لدراسات الرعاية الصحية، ففي ديسمبر 1978 أصدرت منظمة الصحة العالمية إعلان "ألمأ آتا" الذي أوصت فيه بضرورة العمل على توفير الرعاية الصحية الأولية وتحقيق مستوى مقبول من الصحة للجميع بحلول عام 2000 (منظمة الصحة العالمية، 1978). وفي عام 2000 أعلن عن الأهداف الإنمائية للألفية كأجندة للتنمية العالمية تُنجز بحلول عام 2015، تضمنت ثمانية أهداف رئيسية يتفرع منها 21 غاية فرعية يتم قياسها من خلال 60 مؤشراً، وقد ارتبطت ثلاثة أهداف رئيسية منها بالصحة والرعاية الصحية وهي: (خفض معدلات وفيات الأطفال، تحسين صحة الأم، مكافحة الإيدز والأمراض الأخرى)، الأمم المتحدة، 2010، ما أسهم في توجيه الجغرافيين في مجال الرعاية الصحية نحو الموضوعات المرتبطة بتحقيق هذه الأهداف، كدراسة Hanchette وزملائه عن إنشاء قاعدة بيانات جغرافية للخدمات الوقائية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة في الولايات المتحدة الأمريكية كتحدٍ من تحديات عملية التنمية (Hanchette, et al., 2005)، ودراسة Doctor عن الرعاية الصحية في أثناء الحمل والولادة تحت إشراف طبي بنيجيريا (Doctor, 2011)، ودراسة Yao وزملائه عام 2014 عن التفاوتات المكانية في استخدام اختبار فحص

(1) يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة العلاقات والتفاعلات الاجتماعية القائمة بين مقدمي الخدمات الصحية والمرضى فضلاً عن دراسة أثر المرض على الأدوار الاجتماعية للفرد واتجاهات المجتمع نحو المرض والمرضى.

(2) يعد طب الأسرة تخصصاً طبيياً يتولى تقديم الرعاية الصحية الأولية لفئات محددة من الأسرة كالأطفال خاصة حديثي الولادة والأمهات خاصة خلال وبعد فترة الحمل بما يسهم في خفض الأمراض والوفيات لهذه الفئات. بينما يركز طب المجتمع على دراسة المشكلات الصحية بالمجتمع وتحليلها وتحديد الاحتياجات والأولويات الصحية للمجتمع.

الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة بريف موزمبيق (Yao, et al., 2014)، ودراسة Story عن استخدام خدمات الرعاية الصحية للأم والطفل بالهند (Story, 2014). كما أصدرت دورية Social Science & Medicine ثلاثة أعداد خاصة ترتبط بالأهداف الإنمائية المتعلقة بالرعاية الصحية صدر أولها عام 2007 عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز في إفريقيا، والثاني عام 2009 عن الرعاية الصحية للنساء والأمهات وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب في ظل فقر الموارد الصحية، والأخير عام 2013 ويختص بالمحددات الاجتماعية لصحة الطفل.

وفي عام 2015 تم تحديث أجندة التنمية العالمية وأهدافها المتعلقة بالصحة؛ وذلك بعد تقييم ما تم إنجازه من الأهداف الإنمائية للألفية التي أُخذ عليها أنها أهملت الرعاية الصحية للأمراض غير المعدية؛ كما أنها لم تعالج التفاوتات المكانية وعدم المساواة في الرعاية الصحية (Herrick, 2014, 187). ومن ثم تحول العالم إلى تبني أهداف التنمية المستدامة وعددها 17 هدفاً رئيساً يتفرع منها 169 غاية فرعية يتم قياسها من خلال 232 مؤشراً، وتسعى الدول إلى بلوغها بحلول عام 2030. وقد اختص الهدف الثالث بالصحة والرفاه ويتفرع منه 13 غاية فرعية تضمن تحقيقها الصحة الجيدة والرفاهية للسكان بكل فئاتهم، ويساعد على تحقيق أهداف التنمية المستدامة الأخرى (منظمة الصحة العالمية، 2015، 13).

وقد وجهت أجندة التنمية الجديدة الكثير من الدراسات الجغرافية في الرعاية الصحية بما يساعد على تحقيق أهدافها التنموية، منها دراسة Tan وزملائه عن الرؤية المستقبلية للرعاية الصحية في الصين بحلول عام 2030 (Tan, et al., 2017)، ودراسة Xiao وزملائه عن نمذجة إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية بما يحقق إستراتيجية الصين 2030 (Xiao, et al., 2021)، ودراسة Pronk وزملائه عن تحقيق العدالة الصحية والرفاهية في الولايات المتحدة الأمريكية بحلول عام 2030 (Pronk, et al., 2021). كما أصدرت دورية Social Science & Medicine ثلاثة أعداد خاصة تتعلق بأهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة، اختص العدد الأول منها بالمساواة الصحية وعلاقتها بالعنصرية عام 2018، وتناول العدد الثاني عام 2019 جغرافيات الصحة وكيفية تحقيق الصحة والرفاهية في وقت المخاطر، والأخير عام 2020، إذ اختص بالتفاوتات الاجتماعية في الصحة. فضلاً عن ذلك، فقد خصص الاتحاد الجغرافي الدولي Thematic Conferences The International Geographical Union (IGU) اثنين من مؤتمراتاته عام 2017 لتتناول موضوعات مرتبطة بالصحة، وهما: مؤتمر حيدر آباد بالهند عن

الصحة والرفاهية "Hyderabad: Urbanization: Health and Wellbeing"، ومؤتمر بوخاريسست برومانيا عن التغير في استخدامات الأرض والتنوع البيولوجي والصحة والتنمية المحلية والإقليمية "Bucharest: Land Use/Cover Changes, Biodiversity, Health and Environment, Local and Regional Development" (IGU, 2021).

أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- أ - الكشف عن الاتجاهات البحثية لدراسات جغرافية الرعاية الصحية خلال الفترة (2011-2021) وتحديد الأهمية العددية والنسبية لهذه الاتجاهات.
- ب - تصنيف الأهداف التي سعت دراسات جغرافية الرعاية الصحية إلى تحقيقها.
- ج - تصنيف الأساليب التي اتبعتها دراسات جغرافية الرعاية الصحية سواء أكانت أساليب منهجية في إجراء الدراسة أم أساليب عرضها للنتائج.
- د - إبراز نتائج دراسات جغرافية الرعاية الصحية ومدى تباينها أو تشابهها.

منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة في محاولتها تحقيق هذه الأهداف على المنهج الوصفي التحليلي من خلال حصر وتصنيف ومراجعة وتحليل الأوراق البحثية المنشورة خلال الفترة (2011-2021) في عدد من الدوريات الأجنبية والعربية فضلاً عن الرسائل العلمية العربية، وكان ذلك من خلال عدة خطوات يمكن توضيحها فيما يلي:

الأولى: حصر الدوريات الأجنبية المهمة بدراسات الرعاية الصحية ومراجعة مجالات تخصصها وميادين الدراسات التي تُنشر فيها للتأكد من أن الدراسات الجغرافية تدخل ضمن هذه التخصصات، وبالمثل حصر الدوريات العربية المتخصصة في نشر الدراسات الجغرافية، وقد تم ذلك بالاعتماد على بنك المعرفة المصري Egyptian Knowledge Bank.

الثانية: اختيار خمس دوريات عالمية أجنبية وأربع دوريات عربية لحصر وتصنيف وتحليل الأوراق البحثية المنشورة بها خلال فترة الدراسة (2011-2021)؛ اعتماداً على مجموعة من المعايير يأتي في مقدمتها أهمية هذه الدوريات وقربها من

موضوع الدراسة ومعامل تأثيرها، وكانت الدوريات الأجنبية المختارة هي:
(Social Science & Medicine – Health & Place – Applied Geography - International Journal of Health Geographic's - Annals of GIS)

أما الدوريات العربية⁽¹⁾ فهي: (المجلة الجغرافية العربية – بحوث جغرافية –
المجلة العربية لنظم المعلومات الجغرافية – المجلة العربية للدراسات الجغرافية).

الثالثة: مراجعة تخصصات وميدان المجالات المختارة وذلك لتوجيه خيارات البحث فيها، وقد تبين فيما يتعلق بالدوريات الأجنبية اتساع مجال اهتمام بعضها ليشمل كل العلوم المتصلة بالصحة كدورية Health & Place، في حين تهتم مجلة أخرى بكل العلوم الاجتماعية وهي دورية Social Science & Medicine: في حين يركز بعضها على الدراسات الجغرافية بكل فروعها كمجلة Applied Geography، وأخيراً تتخصص دورية أخرى وهي International Journal of Health Geographics في جغرافية الصحة بكل موضوعاتها. أما الدوريات العربية المختارة فتميزت بتخصصها في الدراسات الجغرافية فقط.

الرابعة: تفعيل عمليات البحث المتقدم في المواقع الإلكترونية للدوريات الأجنبية التي تم اختيارها، واعتمد البحث أولاً على تحديد تاريخ النشر بالسنوات التي تمثل الفترة الزمنية محل الدراسة، وثانياً على أن تضم الورقة البحثية في عنوانها أو ملخصها أو تخصص الباحث كلمة (Geography). وثالثاً مراجعة عنوانها وملخصها لتعرف موضوعها ومدى ارتباطه بالرعاية الصحية. أما المجالات المتخصصة في المعرفة الجغرافية فاقتصرت كلمات البحث على المرتبط منها بالرعاية الصحية، ومن ثم حصر نتائج البحث وتصنيفها وتحليلها للوصول إلى الاتجاهات البحثية التي تناولها هذه الدراسات. أما في الدوريات العربية فقد تم مراجعة عناوين كل الأبحاث المنشورة في الدوريات السابق ذكرها وحصر ما يختص منها بالرعاية الصحية وتصنيفها.

الخامسة: حصر إجمالي المقالات المنشورة في الدوريات الأجنبية الخمس التي اعتمدت عليها الدراسة خلال الفترة المحددة للدراسة وبلغ عددها 16268 مقالاً نُشرت في 249 مجلداً. وكان عدد المقالات التي تناولت موضوعات في جغرافية

(1) من الدوريات العربية التي وقع عليها الاختيار دورية "رسائل جغرافية" التي يصدرها قسم الجغرافيا بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة الكويت، إلا أنه بعد مراجعة أعدادها التي صدرت خلال فترة الدراسة تبين عدم نشر أي ورقة بحثية في مجال الرعاية الصحية فتم استبعادها.

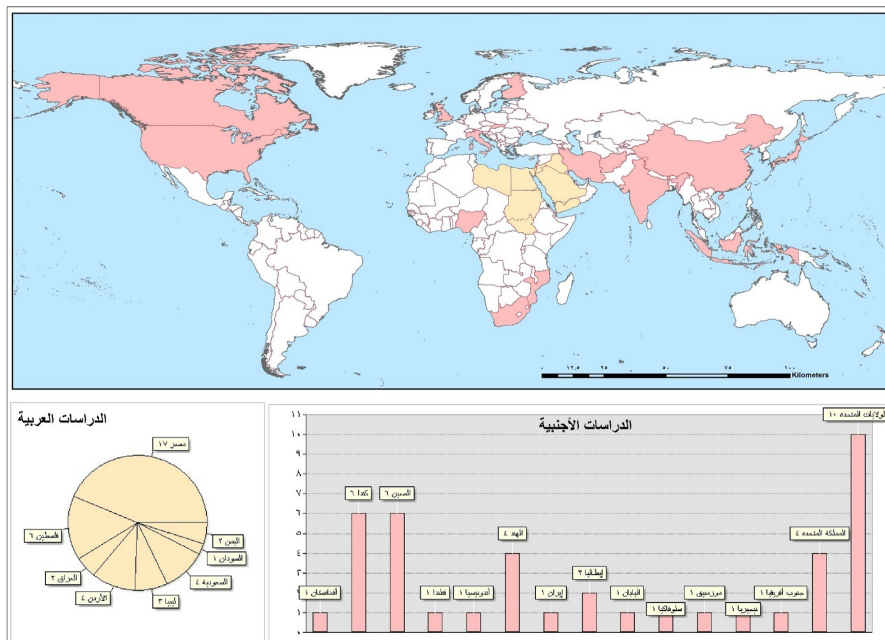
الرعاية الصحية 704 مقالات بنسبة 4.3%. أما الدوريات العربية الأربعة فقد بلغ إجمالي مقالاتها 497 مقالاً نُشرت في 27 مجلداً، تناولت 11 ورقة بحثية فقط منها موضوعات في الرعاية الصحية بنسبة 2.2%. ولا يعد ذلك بالأمر الجديد، فقد أشار السبعوي في تتبعه للإنتاج العلمي للجغرافيين المصريين في مجال الجغرافيا الطبية - خلال الفترة من 1979 وحتى 2008 - إلى أن إجمالي الدراسات في هذا الفرع من فروع الجغرافيا بلغ 55 دراسة، شكلت دراسات الرعاية الصحية 18% فقط منها (Elsabawy, 2013, 113).

وللتغلب على قلة عدد الأوراق البحثية العربية تم مراجعة بعض الدوريات الأخرى غير المتخصصة والمتاحة على بنك المعرفة المصري لتعزيز البحث بعدد أكبر نسبياً من الأوراق البحثية بما يمكن من الوقوف على الاتجاهات البحثية الحديثة، إلا أنها كانت محدودة العدد أيضاً. كما تم حصر الرسائل العلمية العربية - التي تناولت موضوعات في الرعاية الصحية خلال الفترة محل الدراسة - على موقع اتحاد مكاتب الجامعات المصرية وموقع دار المنظومة، وكان عددها 27 رسالة علمية.

السادسة: اعتمدت الدراسة في استكشافها للاتجاهات الحديثة في دراسات الرعاية الصحية من منظور جغرافي على مراجعة عينة من الدراسات المنشورة في الدوريات الأجنبية السابق الإشارة إليها مثلت 69% (484 مقالاً) من إجمالي عدد الدراسات الأجنبية، في حين تمت مراجعة كل الدراسات العربية (40 دراسة). وفي تناولها لأهداف الدراسات وأساليبها ونتائجها اعتمدت الدراسة على قراءة وتحليل عينة بلغت نسبتها 12% (80 مقالاً) من إجمالي الدراسات الأجنبية وكل الدراسات العربية. ويوضح شكل (2) الإطار المكاني لعينة من الدراسات التطبيقية التي اعتمدت عليها الباحثة.

شكل 2

الإطار المكاني لعينة من الدراسات التطبيقية التي اعتمدت عليها الدراسة



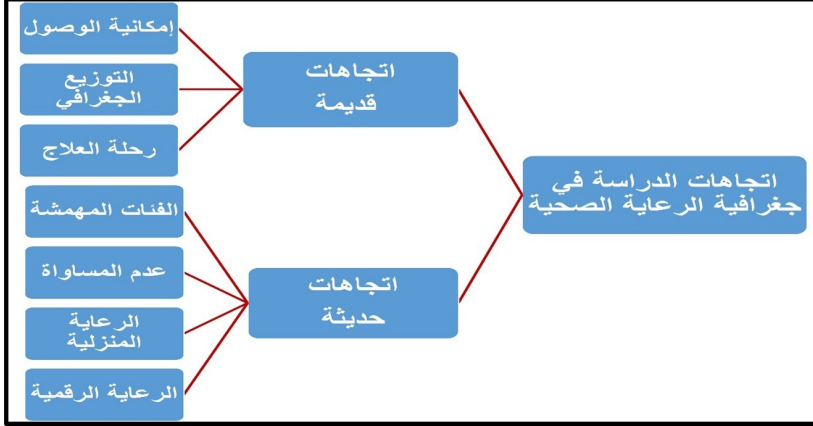
المصدر: من إعداد الباحثة.

1 - الاتجاهات البحثية في دراسات جغرافية الرعاية الصحية خلال الفترة (2011- 2021)

انتهى رصد اتجاهات الدراسات الجغرافية في الرعاية الصحية إلى التوصل إلى سبعة اتجاهات بحثية (شكل 3)، يمكن تصنيفها إلى فئتين: الأولى اتجاهات قديمة وتشمل دراسات (إمكانية الوصول للرعاية الصحية، التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية، رحلة العلاج) والتي تعد اتجاهات أصيلة وتقليدية في دراسات جغرافية الرعاية الصحية ذكرها Paul في دراسته بثمانينات القرن الماضي، وأشار إليها Verhasselt في دراسته التي تتبع فيها الاتجاهات البحثية في جغرافية الصحة عامة وجغرافية الرعاية الصحية خاصة في تسعينيات القرن الماضي (Verhasselt, 1993, 121)، ولكنها ما زالت حتى الآن تشغل اهتمام الجغرافيين. والثانية اتجاهات حديثة وهي: (الرعاية الصحية للفئات السكانية المهمشة، عدم المساواة في الرعاية الصحية، الرعاية الصحية المنزلية، الرعاية الصحية الرقمية) وهي اتجاهات ظهرت حديثاً ضمن اهتمامات الجغرافيين في تناولهم للرعاية الصحية وذلك استجابة للتغيرات في التفاعلات المكانية القائمة بين الصحة والظواهر الجغرافية.

شكل 3

الاتجاهات البحثية في دراسات جغرافية الرعاية الصحية خلال الفترة (2011-2021)



المصدر: من إعداد الباحثة.

1.1. الاتجاهات البحثية من واقع الدوريات الأجنبية العالمية

يعرض جدول (1) الحجم العددي والنسبي للدراسات الأجنبية التي تم حصرها ومراجعتها تبعاً للاتجاهات البحثية السابق ذكرها، ومنه يظهر استحواذ دراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية على النسبة الأكبر من الدراسات بما يتجاوز الثلث (36.8%)، يليها دراسات التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية بما يزيد على الخمس بقليل (22.1%)، إذا أضيف إليها دراسات رحلة العلاج. وهكذا فإن الدراسات التي تنتمي إلى الاتجاهات القديمة تشكل ثلثي الدراسات الأجنبية التي تم مراجعتها خلال فترة الدراسة (67.2%) في حين تمثل دراسات الاتجاهات الحديثة الثلث تقريباً؛ فقد استحوذت دراسات الرعاية الصحية للفئات السكانية المهمشة ودراسات عدم المساواة في الرعاية الصحية على ما يزيد على العشر بقليل لكل منهما (12.4%)، و10.3% على الترتيب، في حين ينخفض النصيب النسبي لدراسات الرعاية الصحية المنزلية إلى 5% تقريباً، ويقبل عن ذلك بقليل بدراسات الرعاية الصحية الرقمية.

وينبغي ملاحظة أن بعض الدراسات قد تجمع بين اتجاهين في آن واحد كما في دراسة "Morshed & Zhan" ودراسة "Crearey" حيث سيرد ذكرهما لاحقاً، فقد جمعت الأولى بين اتجاهي الرعاية الصحية للفئات المهمشة وعدم المساواة في الرعاية الصحية، في حين جمعت الثانية اتجاهي الرعاية الصحية الرقمية والمنزلية، إلا أن تصنيفها لأحد الاتجاهين اعتمد على الهدف الرئيس للدراسة.

جدول 1

الحجم العددي والنسبي للاتجاهات البحثية في دراسات جغرافية الرعاية الصحية بالدوريات الأجنبية خلال الفترة (2011 - 2021)

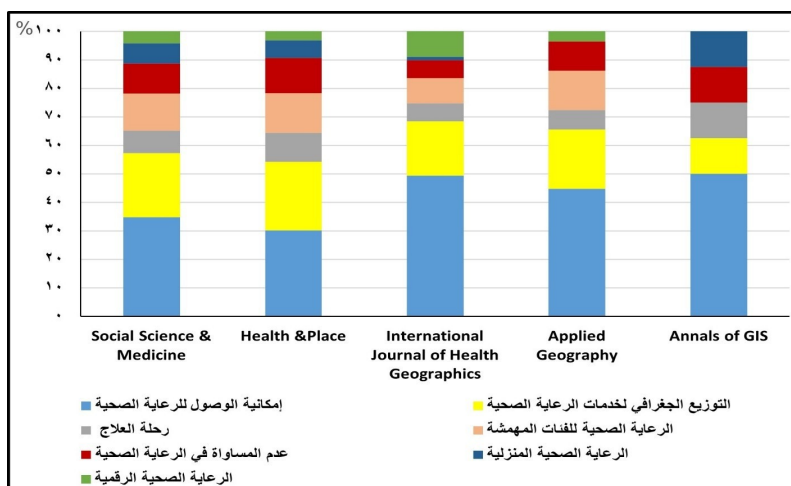
الاتجاهات البحثية / المجلات الأجنبية		إمكانية الوصول للرعاية الصحية		التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية		رحلة العلاج		الرعاية الصحية للمهمشة		عدم المساواة في الرعاية الصحية		الرعاية الصحية المنزلية		الرعاية الصحية الرقمية		
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
83	34.7	54	22.6	19	7.9	31	13	25	10.5	17	7.1	10	4.2			Social Science & Medicine
39	30.2	31	24	13	10.1	18	14	16	12.4	8	6.2	4	3.1			Health & Place
39	49.4	15	19	5	6.3	7	8.9	5	6.3	1	1.2	7	8.9			International Journal of Health Geographics
13	44.8	6	20.7	2	6.9	4	13.8	3	10.3	-	-	1	3.5			Applied Geography
4	50	1	12.5	1	12.5	-	-	1	12.5	1	12.5	-	-			Annals of GIS
178	36.8	107	22.1	40	8.3	60	12.4	50	10.3	27	5.6	22	4.5			إجمالي الدراسات

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على عينة من الدراسات المنشورة بهذه الدوريات خلال فترة الدراسة.

ويمكن عرض الاتجاهات البحثية بالدوريات الأجنبية تفصيلاً ونماذج للدراسات في كل اتجاه علمي كما يلي:

شكل 4

الوزن النسبي للاتجاهات البحثية في دراسات جغرافية الرعاية الصحية بالدوريات الأجنبية المختارة خلال الفترة (2011-2021)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على جدول (1).

1.1.1. إمكانية الوصول الجغرافي (المكاني) إلى الرعاية الصحية (Spatial accessibility to health care)

يأتي موضوع إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في مقدمة الموضوعات التي تناولتها الدراسات والأوراق البحثية الجغرافية في الدوريات الأجنبية العالمية خلال الفترة (2011-2021)، وتمثل إمكانية الوصول أحد أبعاد عملية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والتي تضم أيضاً أبعاد: (التوافر، والإقامة، والتكاليف، والرضا) (Kilinc, et al, 2017, 14). وقد أشار Mohan إلى أن إمكانية الوصول تعد أحد الاتجاهات البحثية الرئيسية في دراسات الرعاية الصحية التي تتم على مستوى الدول أو أقسامها الإدارية (Mohan, 1998, 116)، خاصة الدول ذات الامتداد المساحي الكبير والتنوع في بيئاتها الطبيعية والعمرانية بهدف محاولة تحقيق إمكانية الوصول إلى رعاية صحية متقاربة نسبياً لكل أقاليمها.

لقد ركزت بعض دراسات هذا الاتجاه على قياس وتقييم إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بعامة أو إلى نوع محدد من الرعاية الصحية ومنها دراسة Meyer التي ركزت على إمكانية الوصول إلى الطب التقليدي أو البديل بمقاطعة

أونتاريو في كندا (Meyer, 2012)، ودراسة Pan وزملائه عن تقييم الوصول المكاني إلى المستشفيات بمقاطعة ستشوان في الصين (Pan, et al., 2016) ومدى تباينها بين المستشفيات العامة والخاصة، ودراسة Yin وزملائه عن العوامل الجغرافية المؤثرة في تباين إمكانية الوصول إلى مرافق الرعاية الطبية في الصين (Yin, et al., 2018)، ودراسة Xiao وزملائه عن مدى فاعلية نظام الإحالة بين مستويات الرعاية الصحية في الصين وتأثير ذلك على إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية (Xiao, et al., 2021)، ودراسة Kotavaara وزملائه عن إمكانية الوصول الجغرافي إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية في فنلندا (Kotavaara, et al., 2021).

بينما اهتمت بعض دراسات هذا الاتجاه بالكشف عن إمكانية الوصول إلى نوع محدد من الرعاية الصحية المرتبطة بمرض أو مشكلة صحية بعينها، ومنها دراسة Astell-Burt وزملائه عن الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية وعلاقتها بالكشف عن الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي C في المملكة المتحدة (Astell-Burt, et al., 2011)، ودراسة Wang & Onega عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية للمصابين بالسرطان في الولايات المتحدة (Wang & Onega, 2015)، ودراسة Lu & Davidson عن إمكانية وصول المصابين في حوادث السيارات إلى خدمات الرعاية الصحية الطارئة (Lu & Davidson, 2017)، ودراسة Tao وزملائه عن إمكانية الوصول المكاني إلى مواقع فحص الإصابة بفيروس كورونا المستجد في فلوريدا (Tao, et al., 2020).

وذهبت بعض الدراسات إلى التركيز على إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية على مستوى الريف أو الحضر، كدراسة Apparicio وزملائه عن طرق قياس إمكانية الوصول المحتمل إلى الخدمات الصحية الحضرية بمقاطعة مونترال الكندية (Apparicio, et al., 2017)، ودراسة كل من Neely & Ponshunmugam عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية بريف دولة جنوب إفريقيا (Neely & Ponshunmugam, 2019)، ودراسة Sabokbar وزملائه عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الريفية والنائية بولاية فارس في إيران (Sabokbar, et al., 2021).

1.1.2. التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية Geographic distribution of health care services

ما زال موضوع التوزيع الجغرافي يحظى بأهمية واضحة في دراسات الرعاية الصحية، وذلك للكشف عن نمط توزيع خدمات الرعاية الصحية وتقييمه وتغييره

المستمر في ضوء المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية. وقد تناولت بعض دراسات هذا الاتجاه توزيع خدمات الرعاية الصحية بمختلف مستوياتها، كدراسة كل من Shinjo & Aramaki عن التوزيع الجغرافي لموارد وخدمات الرعاية الصحية في اليابان (Shinjo & Aramaki, 2012)، ودراسة Qin & Hsieh عن العلاقة بين سوء توزيع موارد الرعاية الصحية والنمو الاقتصادي خلال النصف الثاني من القرن العشرين وبداية القرن الحادي والعشرين في الصين (Qin & Hsieh, 2014)، في حين ركز البعض الآخر من هذه الدراسات على توزيع نوع محدد من خدمات الرعاية الصحية ومنها دراسة Murage وزملائه عن التوزيع الجغرافي لخدمات علاج السرطان وعلاقتها بتوزيع معدلات الإصابة بالمرض وتأثير هذه العلاقة على معدلات بقاء المرضى على قيد الحياة في إنجلترا (Murage, et al., 2016)، ودراسة Jánosišková وزملائه عن تقييم مواقع مراكز الإسعاف والخدمات الطبية الطارئة في سلوفاكيا (Jánosišková, et al., 2021).

1.1.3. رحلة العلاج Medical Travel:

إن رحلة العلاج أو السفر بهدف الحصول على الرعاية الصحية تعد من الاتجاهات القديمة والتي تركز أساساً على عملية الانتقال المكاني لمسافة أطول بهدف الحصول على رعاية صحية متجاوزة أقرب الخدمات؛ إما بسبب البحث عن تخصص طبي محدد أو جودة طبية أعلى سواء أكان هذا الانتقال داخل حدود الدولة أم خارجها. وقد اهتم العديد من الدراسات بالكشف عن طبيعة هذه الرحلة وإبراز خصائصها، من حيث المسافة المقطوعة، والزمن المستغرق ووسيلة الانتقال المستخدمة وسلوك المرضى واختياراتهم في هذه الرحلة. وقد تناولت بعض الدراسات في هذا الاتجاه الرحلة العلاجية بصرف النظر عن نوع المرض أو المشكلة الصحية التي يعانيها السكان وبصرف النظر أيضاً عن نوع الخدمة التي يتوجهون إليها، كدراسة كل من Hine & Kamruzzaman التي تتبعا فيها تطور رحلة العلاج في بريطانيا خلال الفترة (1985-2006) (Hine & Kamruzzaman, 2012)، ودراسة كل من Chakrabarti & Tatavarthy عن جغرافية السفر بغرض الصحة وتباينها بين الريف والحضر في الهند (Chakrabarti & Tatavarthy, 2019). في حين كانت دراسات أخرى أكثر تحديداً؛ حيث ركزت على نوعية محددة من المرضى أو من الخدمات التي يقصدونها، ومنها دراسة Kim وزملائه عن طبيعة وخصائص رحلة الإناث للرعاية الصحية الطارئة وقت الولادة في أفغانستان (Kim, et al., 2020)، ودراسة Li وزملائه عن رحلة العلاج للمرضى المصابين بأمراض القلب والجهاز الدوري في مقاطعة هنيان في الصين

(Li, et al., 2021)، ودراسة Olickal وزملائه عن مسافة ووقت السفر بغرض الحصول على الرعاية الصحية لمرضى السكري في الهند (Olickal, et al., 2021).

1.1.4. الرعاية الصحية للفئات السكانية المهمشة Health care for vulnerable population:

ركز العديد من الدراسات على تقييم خدمات الرعاية الصحية المتاحة والمستخدمة من قِبَل مجموعات وفئات سكانية محددة تشترك في سمة أساسية وهي أنها فئات ضعيفة أو مهمشة أو معرضة للخطر، وتشمل هذه الفئات طيفاً واسعاً ومتبايناً من المجموعات السكانية، يختلف من دولة إلى أخرى تبعاً لطبيعتها وتركيبها السكانية، خاصة الدول ذات التركيب السكاني غير المتجانس والتي تعد ميداناً رئيساً لدراسات هذا الاتجاه كالولايات المتحدة الأمريكية. ويندرج تحت هذه الفئات الأقليات العرقية أو اللغوية أو الدينية، واللاجئون والمهاجرون والسكان الأصليون وذوو الاحتياجات الخاصة ومن لا مأوى لهم Homeless، وقد تتسع هذه الفئات لتشمل أيضاً كبار السن وسكان المناطق النائية والمصابين ببعض الأمراض كمرض نقص المناعة البشرية المكتسبة.

ومن دراسات هذا الاتجاه البحثي دراسة Oven وزملائه عن تأثير التغير المناخي على حصول كبار السن على خدمات الرعاية الصحية في إنجلترا (Oven, et al., 2012)، ودراسة Townes وزملائه عن معدلات فحص السرطان لمجموعتين سكانييتين هما: سكان ألاسكا الأصليين والأمريكيون من أصول إسبانية (Towne, et al., 2014)، ودراسة Caldwell وزملائه عن واقع خدمات الرعاية الصحية للسكان الأمريكيين من أصول إفريقية وإسبانية في المناطق الريفية (Caldwell, et al., 2017). كما اهتم الجغرافيون في كندا بهذا الاتجاه في دراسات الرعاية الصحية، ومنهم Wang الذي نشر ثلاث أوراق بحثية عن الرعاية الصحية للفئات المهمشة؛ تناولت الورقة الأولى أثر التركيب اللغوي لست مجموعات من المهاجرين على وصولهم إلى خدمات الرعاية الصحية بمدينة توريننتو الكندية (Wang, 2011)، في حين اهتمت الورقة الثانية بخدمات الرعاية الصحية للسكان المولودين خارج كندا (Wang, 2014)، أما الورقة الثالثة فقد ركزت على العقبات التي تحول دون وصول المهاجرين الكوريين في مدينة توريننتو في كندا إلى خدمات الرعاية الصحية (Wang & Kwak, 2015).

1.1.5. عدم المساواة في الرعاية الصحية Inequity in health care:

تُمثل التفاوتات في الرعاية الصحية أحد التحديات الصحية العالمية والتي تنتج من عمليات التنمية غير المتوازنة أو غير المكتملة، وقد كان عدم المساواة في الصحة

من الانتقادات التي وجهت لخطة التنمية العالمية وأهدافها مع بداية الألفية، ومن ثم تم تضمينها والتأكيد عليها في أهداف التنمية المستدامة. وقد تناول بعض هذه الدراسات عدم المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية عامة، كدراسة Cavalleri عن التباين المكاني في الاحتياجات الصحية غير المُلبّاة في إيطاليا (Cavalleri, 2013)، ودراسة Mulyanto وزملائه عن العلاقة بين عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية والتباين التعليمي والاقتصادي للسكان ومدى تمتعهم بخدمات التأمين الصحي في إندونيسيا (Mulyanto, et al., 2019). في حين ركزت دراسات أخرى على عدم المساواة في حصول المصابين بمرض أو من يعانون مشكلة صحية محددة على الرعاية الصحية، كدراسة Kuo وزملائه عن التفاوتات الجغرافية في تشخيص سرطان الثدي في مراحله المتأخرة بولاية كاليفورنيا وعلاقة هذه التفاوتات بخصائص الإناث الاجتماعية والاقتصادية (Kuo, et al., 2011)، ودراسة كل من Morshed & Zhan عن تفاوت حصول الأطفال المصابين بالسرطان على خدمات الرعاية الصحية تبعاً لسماتهم العرقية والاجتماعية بولاية تكساس (Morshed & Zhan, 2021).

1.1.6. الرعاية الصحية المنزلية Home health care:

كان ظهور هذا الاتجاه في الرعاية الصحية استجابة لعدد من المتغيرات الديموغرافية وأهمها الزيادة في أعداد السكان من كبار السن، والصحية ويأتي في مقدمتها ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة وما تتطلبه من رعاية صحية ومتابعة دورية وخدمات تأهيلية لفترات زمنية طويلة نسبياً عن غيرها من الأمراض فضلاً عن انتشار بعض الأوبئة التي قد تجعل المؤسسات الصحية مصدرًا للعدوى، والاجتماعية التي أبرزها الرغبة في توفير الرعاية الصحية لكل الفئات السكانية بما يوفر لهم حياة صحية ويحقق الرفاهية، والمكانية التي تتعلق بمدى سهولة وصول كبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة بشكل دوري إلى مؤسسات الرعاية الصحية، والاقتصادية الخاصة بتكلفة التردد المستمر أو الإقامة لفترات قد تطول في مؤسسات الرعاية الصحية، والنفسية التي ترتبط بشعور المريض بالعزلة نتيجة البعد عن المنزل والأسرة لفترات طويلة بغرض العلاج مما قد يؤثر في حالته الصحية. ويرتبط هذا الاتجاه الحديث في دراسات الرعاية الصحية بما أشار إليه كل من Brown & Duncan من أن النموذج الاجتماعي للصحة والسابق الإشارة إليه يتضمن جعل المساحات غير الصحية كالمنازل والحي السكني والشارع مساحة صحية لها دور في تعزيز صحة السكان (Brown & Duncan, 2002, 361).

ويمكن التمييز بين نوعين رئيسيين من الرعاية الصحية المنزلية؛ النوع الأول هو رعاية صحية تتم بمساعدة مقدمي الخدمة الصحية، ولكن في المنزل، ومن ثم تكون العلاقة بين العرض والطلب في خدمات الرعاية الصحية معكوسة، أي أن مقدم الخدمة هو الذي يذهب إلى المريض في منزله، ويدخل ضمن هذا النوع العديد من الخدمات الصحية مثل الكشف المنزلي والتمريض المنزلي وإجراء التحاليل الطبية والعلاج الطبيعي بالمنزل. أما النوع الثاني فهو الرعاية المنزلية الذاتية؛ وفيها يتم الاعتماد على المريض ذاته في حصوله على الرعاية الصحية من خلال تبصيره بمجموعة من الإجراءات الصحية الواجب اتباعها للحفاظ على حالته الصحية بشكل جيد من دون مضاعفات، ومن ثم يستطيع أن يمارس حياته اليومية بشكل طبيعي، وغالباً ما يتم ذلك بمساعدة الأسرة وبعض الأجهزة التكنولوجية مثل جهاز قياس نسبة السكر في الدم، أو ضغط الدم، أو ضربات القلب ونسبة الأكسجين وأحياناً أجهزة التنفس البسيطة التركيب والاستخدام، فضلاً عن القيام ببعض التمارين الرياضية وتمارين التنفس، وأحياناً أخرى بمتابعة المنصات الإلكترونية التي تقدم الاستشارات عن بعد، وتزيد من الوعي الصحي بما يوفر على المريض اللجوء المستمر إلى مؤسسات الرعاية الصحية لمتابعة حالته الصحية.

ومن الدراسات الجغرافية التي تناولت هذا الاتجاه البحثي دراسة Kitchen وزملائه عن الأنماط المكانية لاستخدام الرعاية المنزلية بمقاطعة أونتاريو في كندا (Kitchen, et al., 2011)، ودراسة Kilinc وزملائه عن إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية المنزلية؛ أي إمكانية وصول مقدمي الرعاية الصحية للمريض في المنزل بولاية أركنساس (Kilinc, et al., 2017) ودراسة Horsfall عن المنزل كمكان للرعاية الصحية للمرضى من كبار السن في مراحل متأخرة من المرض (Horsfall, et al., 2017)، ودراسة Henry عن الأبعاد الزمانية والمكانية للرعاية الصحية المنزلية لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية (Henry, 2021).

1.1.7. الرعاية الصحية الرقمية Digital health care :

دخلت الرعاية الصحية في إطار التحول الرقمي الذي شمل الكثير من جوانب حياة السكان والخدمات الموجهة لهم في بعض دول العالم، ومن ثم اهتم الجغرافيون برصد التحول الرقمي للرعاية الصحية وتناوله بالبحث والدراسة. وتشمل الرعاية الصحية الرقمية التي يطلق عليها أيضاً الرعاية الصحية عن بعد Telehealth care مدًى

واسعاً من الموضوعات البحثية، فقد أشار Thomson في دراسته عن جغرافيات الصحة الرقمية *The geographies of digital health* إلى أن الرعاية الصحية الرقمية تشمل كل شكل من أشكال تقديم الرعاية الصحية عن بعد من خلال الاتصال بالإنترنت والأجهزة والتقنيات الإلكترونية الحديثة، وهي تقنيات تسمح بوصول المريض إلى مقدم الخدمة الصحية بصرف النظر عن المسافة، كما أنها وثيقة الارتباط بالرعاية الصحية الذاتية، كما لفت Thomson الانتباه إلى أن الصحة الرقمية ليست فقط اتجاهًا بحثيًا ولكنها تعد أيضاً أداة وأسلوباً لجمع وتحليل البيانات الإحصائية الصحية تمكن من الوصول إلى مؤشرات صحة السكان التي تعد أساساً للتخطيط الصحي (Thomson, 2021).

وعلى الرغم مما تمثله الرعاية الصحية الرقمية من كونها تجاوزاً وتحرراً من أبعاد الموقع والمسافة والزمن بين العرض والطلب في الرعاية الصحية، حيث يستبدل بالمكان فضاءً افتراضياً يعد هو مجال العرض والطلب بين مقدمي الرعاية الصحية ومستخدميها، إلا أنها تفرض قيوداً جديدة على الرعاية الصحية يأتي في مقدمتها المستوى التعليمي والتقني للسكان فضلاً عن شبكة الاتصالات ومدى توافرها وكفاءتها كوسيط في توصيل الخدمة الصحية للمستخدمين. ومن ثم فقد تعدد الرعاية الصحية الرقمية نمطاً من الرعاية الصحية يحقق عدالة ومساواة في إمكانية الوصول، أو قد تسهم في صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية بما يزيد من التفاوتات الصحية بين السكان والدول، وهو ما يتطلب مزيداً من الدراسات الجغرافية في هذا الاتجاه.

ومن الدراسات التي تناولت هذا الاتجاه البحثي دراسة Scaiola وزملائه عن الاختلافات والتباينات الجغرافية لممارسة الصحة الرقمية للنساء في أثناء الحمل في إيطاليا (Scaiola, et al., 2015) ودراسة Bhatia عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية عن بعد في الهند (Bhatia, 2021)، ودراسة Sharech وزملائه عن الصحة الرقمية كوسيلة للوصول إلى الموقع وجمع بيانات عن الصحة والرعاية الصحية عن بعد في وقت الأوبئة والكوارث (Sharech, et al., 2021)، ودراسة Crearey وزملائه عن المدن الصحية الذكية ودورها في تحقيق الرفاهية للسكان من كبار السن (Crearey, et al., 2021).

2.1. الاتجاهات البحثية من واقع الدوريات العربية؛

استحوذ موضوع التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية على معظم الإنتاج العلمي العربي الذي تم مراجعته (جدول 2 وشكل 5)، إذ تناولت 92.3% من الدراسات هذا الاتجاه البحثي، في حين اقتصرت نسبة دراسات إمكانية الوصول على 5.2%

ورحلة العلاج على 2.5% فقط، في غياب لسائر الاتجاهات البحثية في دراسات الرعاية الصحية، ويمكن القول إن محدودية عدد هذه الدراسات قد أثر بلا شك في تنوع الاتجاهات البحثية لها .

جدول 2

الحجم العددي والنسبي للاتجاهات البحثية في الدراسات العربية لجغرافية الرعاية الصحية خلال الفترة (2011 - 2021)

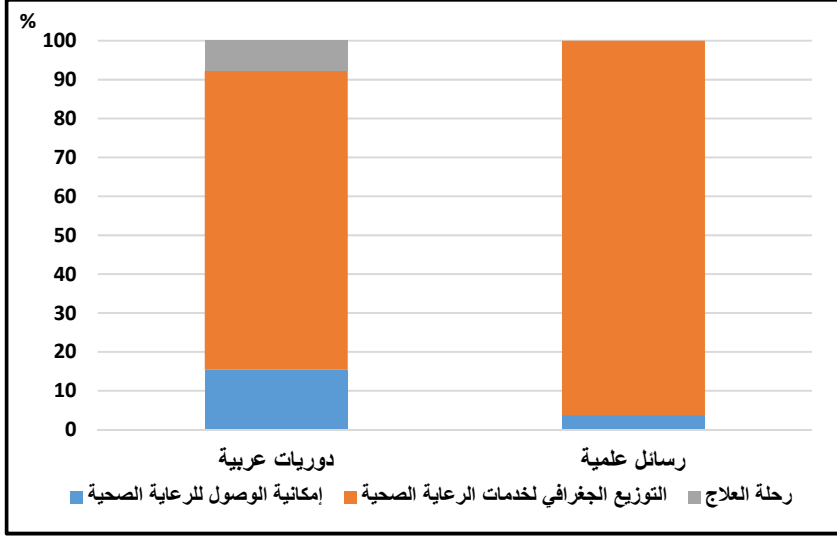
الاتجاهات البحثية	إمكانية الوصول للرعاية الصحية		التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية		رحلة العلاج		الرعاية الصحية للمهمشة		عدم المساواة في الرعاية الصحية		الرعاية الصحية المنزلية		الرعاية الصحية الرقمية	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
دوريات عربية	2	15.4	10	76.9	1	7.7								
رسائل علمية	1	3.7	26	96.3	-	-								
إجمالي الدراسات	3	7.5	36	90	1	2.5								

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على عينة من الدراسات المنشورة خلال فترة الدراسة .

وقد تباينت الدراسات العربية التي تناولت موضوع التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية في إطارها المكاني سواء كان دولة كدراسة "رشيد" عن التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية في الأردن (رشيد، 2012)، أو إقليم من أقاليم الدولة ومنها دراسة "مشخص" عن توزيع الخدمات الصحية بريف غربي المملكة العربية السعودية (مشخص، 2015)، أو محافظة كدراسة "جرادة" عن توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة غزة (جرادة، 2012)، ودراسة "علام" عن خدمات الرعاية الصحية الحرجة والطائرة للأطفال المبتسرين بمحافظة المنوفية (علام، 2021)، أو مدينة ومنها دراسة "السقرات" عن نمط التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية في مدينة الطفيلة (السقرات، 2016)، ودراسة "إسماعيل" عن العلاقة بين توزيع خدمات الرعاية الصحية وحالة الهواء وتلوثه في مدينة سوهاج (إسماعيل، 2017).

شكل 5

الوزن النسبي للاتجاهات البحثية في الدراسات العربية لجغرافية الرعاية الصحية المختارة خلال الفترة (2011-2021)



وبعيداً عن الإطار المكاني لدراسات التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية، اختلفت هذه الدراسات أيضاً في نوع الخدمات التي ركزت عليها؛ فقد تناولت بعض الدراسات كل أنواع خدمات الرعاية الصحية كدراسة "مصطفى" عن التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية بمدينة أربيل في إقليم كردستان/ العراق (مصطفى، 2015)، ودراسة كل من "كامل وعبد القادر" عن توزيع الخدمات الصحية باختلاف أنواعها بمركز بني سويف (كامل و عبد القادر، 2018)، ودراسة "نصر" عن الخدمات الصحية في محافظة المنوفية (نصر، 2020). في حين اهتمت دراسات أخرى بتوزيع نوع محدد من خدمات الرعاية الصحية ومنها دراسة "خليل" عن نشاط المستشفيات العامة والمركزية بإقليم دلتا نهر النيل (خليل، 2017)، ودراسة "علي" عن الخدمات الصحية العلاجية بمدينة الإسماعيلية (علي، 2017)، ودراسة "العوفي" عن توزيع مراكز فحص الإصابة بفيروس كورونا المستجد بمدينة الرياض (العوفي، 2021).

وبخلاف اتجاه الدراسات العربية نحو البحث في التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية، اهتمت ثلاث دراسات بتقييم إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، ركزت الأولى على إمكانية الوصول إلى أي نوع من أنواع الخدمات الصحية

بريف مركز كفر الدوار (غلاب، 2014)، في حين اهتمت الدراسة الثانية بإمكانية الوصول إلى خدمات الإسعاف بمدينة أسيوط (علي، 2019)، وركزت الثالثة على بناء نموذج مكاني لإيجاد المسار الأنسب لأقرب مركز صحي (كريشان، 2016). في حين تناولت دراسة واحدة موضوع رحلة العلاج حيث ركزت على رحلة العلاج لمستشفى المنصورة العام (رمضان، 2017).

يلاحظ من العرض السابق للدراسات الجغرافية العربية في مجال الرعاية الصحية أنها تبنت مفهوماً للرعاية الصحية من منظور جغرافية الخدمات، وتركزت في الاتجاهات القديمة مع غيابٍ للاتجاهات الأحدث والتي تمت جذورها في ميدان جغرافية الصحة والرفاهية أكثر من جغرافية الخدمات.

2- أهداف دراسات جغرافية الرعاية الصحية في ضوء الاتجاهات البحثية الحديثة:

ينبغي بعد عرض الاتجاهات الحديثة لدراسات الرعاية الصحية من منظور جغرافي، إلقاء الضوء على الأهداف التي سعت هذه الدراسات إلى تحقيقها وذلك لتحديد النقاط البحثية الدقيقة التي ركزت عليها الدراسات داخل الاتجاهات السابق الإشارة إليها، وهي كما يلي:

أ - هدفت دراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية في معظمها إلى إبراز التباين الجغرافي في إمكانية الوصول، وتحديد المناطق ذات الإمكانيات الأقل ومحاولة تفسير ذلك، في حين ركزت دراسات أخرى على العلاقة بين إمكانية الوصول وبعض المتغيرات الجغرافية والصحية والاقتصادية.

ب - تناولت دراسات التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية -خاصة الأجنبية منها- الكشف عن نمط التوزيع من حيث التركيز أو التباين، فضلاً عن العلاقة بين التوزيع الجغرافي للخدمات وتوزيع المصابين بمرض أو مشكلة صحية محددة، أما الدراسات العربية فقد كان الهدف من دراسة التوزيع الجغرافي كونه دليلاً على كفاءة الخدمة الصحية من خلال الربط بين توزيع الخدمات وعناصرها المادية والبشرية من جانب، وحجم السكان أو المرضى أو مدى رضا المستخدمين من جانب آخر.

ج - اتفقت دراسات رحلة العلاج سواء الأجنبية منها أو العربية على هدف محدد وواضح، وهو دراسة خصائص الرحلة من حيث المسافة المقطوعة وزمن الرحلة والوسيلة المستخدمة فضلاً عن العوامل المؤثرة في هذه الخصائص.

- د - اهتمت دراسات الرعاية الصحية للفئات المهمشة بالكشف عن مدى حصول فئات سكانية محددة على احتياجاتهم من الرعاية الصحية والعوامل التي قد تحول دون حصولهم عليها أو تضع عقبات أمام ذلك مثل: السن، أو اللغة أو الأصل العرقي.
- هـ - ركزت دراسات عدم المساواة الصحية على إبراز الأنماط المكانية للتفاوت في الرعاية الصحية داخل الدول وأقسامها الإدارية والكشف عن العوامل التي تسهم في هذا التفاوت للوصول إلى تحديد للمناطق أو البؤر المحرومة من الرعاية الصحية.
- و - جاءت أهداف دراسات الرعاية الصحية المنزلية متنوعة ما بين الكشف عن التباين الجغرافي في اعتماد السكان على الرعاية الصحية المنزلية والعوامل المؤثرة في هذا التباين، فضلاً عن إبراز دورها في تحسين نوعية الحياة لبعض الفئات السكانية خاصة كبار السن وتحقيق الرفاهية لهم.
- ز - أخيراً هدفت بعض دراسات الرعاية الصحية الرقمية إلى التأصيل لهذا الاتجاه الحديث في دراسات الرعاية الصحية ووضع إطار نظري يعتمد عليه الباحثون مستقبلاً في دراستهم للرعاية الصحية، في حين ركزت دراسات أخرى على التباين الجغرافي في الاعتماد على الرعاية الصحية الرقمية والعوامل المؤثرة في هذا التباين، وحاولت دراسات أخرى إبراز الصحة الرقمية كأسلوب لإجراء الدراسات الجغرافية في الرعاية الصحية خاصة في وقت الأزمات والمخاطر الصحية العالمية.

مناهج وأساليب دراسات جغرافية الرعاية الصحية في ضوء الاتجاهات البحثية الحديثة

كان للتحول من الجغرافية الطبية نحو جغرافية الصحة والرفاهية أثره ليس فقط على الموضوعات البحثية التي تحظى بالاهتمام والدراسة، بل أيضاً على أساليب ومناهج البحث المستخدمة في دراسة هذه الموضوعات تمثل أهمها في تغييرين رئيسيين أمكن رصدتهما، كان الأول في التوجه نحو الاعتماد على المداخل والأساليب الوصفية النوعية (Elliott, 2018, 207) أو ما أطلق عليه Kearns & Moon المداخل الاجتماعية والثقافية والإنسانية في دراسة الصحة بعامة والرعاية الصحية بخاصة (Kearns & Moon, 2002, 608)، ولا يعني ذلك تجاوز الأساليب الكمية بقدر ما يعني أن التحول نحو النموذج الاجتماعي للصحة تطلب الاعتماد على مداخل وأساليب كيفية جنباً إلى جنب مع الأساليب الكمية.

أما التغيير الثاني فتمثل في مصادر البيانات الكمية التي يتم الاعتماد عليها في دراسات الرعاية الصحية؛ فقد بدأ التحول بعيداً عن السجلات الطبية والمسوح الصحية وبيانات التشخيص الطبي نحو ما يسمى *Self related health* أو التقييم الذاتي للصحة من خلال استبانات يحدد فيها الشخص حالته الصحية من وجهة نظره الشخصية، ويعد ذلك استجابة للتحول نحو أنماط الرعاية الصحية غير الرسمية والتي لا تتم داخل مؤسسات الخدمات الصحية، وإنما في فضاءات أخرى سواء في المنزل للرعاية الصحية المنزلية أو في المجال الافتراضي في الرعاية الصحية الرقمية (Elliott, 2018, 206).

وقد أشار Rosenberg في دراستين له بشكل تفصيلي إلى الأساليب التي تستخدم في دراسات الرعاية الصحية؛ وهي أساليب التحليل الكمي خاصة معامل الارتباط وتحليل الانحدار، وأساليب التحليل المكاني من أهمها النمذجة المكانية المتعددة المستويات وتحليل الشبكات (Rosenberg, 1998)، فضلاً عن الأساليب الوصفية التي تعتمد على تجارب الأفراد الصحية من خلال المدخل الأثوغرافي وتصوراتهم الذاتية عن الصحة، والسرد بالإضافة إلى أسلوب تحليل المحتوى (Rosenberg, 2016).

وبالعودة إلى الأوراق البحثية التي تمت مراجعتها، يمكن القول إنها اعتمدت أكثر على الأساليب الكمية *Quantitative Methods* والتي تمثلت في تحليل الانحدار سواء البسيط أو الثنائي المتغير أو الانحدار اللوجيستي المتعدد المتغيرات أو الانحدار الموزون جغرافياً، فضلاً عن انحدار بواسون *Poisson regression*، وذلك بهدف التنبؤ بالظواهر محل الدراسة خاصة في دراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية ورحلة العلاج. كما اعتمدت بعض الدراسات على معامل الارتباط لقياس العلاقات، ومقياس "جيني" كمؤشر للعدالة ومؤشر العزل لقياس العزلة ومؤشر كارستيرز *Carstairs index* للحرمان المادي فضلاً عن منحنى "لورنز"، خاصة دراسات عدم المساواة في الرعاية الصحية والرعاية الصحية للفئات المهمشة.

أما عن أساليب التحليل المكاني *Spatial Analysis*، فاعتمدت دراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية في معظمها على تحليل منطقة الخدمات الطبية ثنائي المراحل *two-step floating catchment area (2SFCA)*، في حين استخدمت دراسات التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية تحليلات مكانية مثل تحليل المسار، وتحليل أقرب خدمة، ومعدل التقارب، والجار الأقرب، وتحليل التباين. واعتمدت

بعض الدراسات -خاصة في الاتجاهات العلمية الحديثة التي تناولت الرعاية الصحية للفتات المهمشة والرعاية المنزلية والرقمية- على بعض الأساليب النوعية Qualitative Methods منها أسلوب المراجعات النقدية للدراسات وتحليل المحتوى للخروج بإطار نظري يمكن الاعتماد عليه مستقبلاً، فضلاً عن أسلوب عينه كرة الثلج والمقابلات. أما عن الدراسات العربية، فقد اعتمدت في معظمها على المدخل الوصفي التحليلي وعلى الأساليب الكمية خاصة معامل الارتباط وتحليل الانحدار، وأساليب التحليل المكاني وأهمها المسافة المعيارية وتحليل النطاق Buffer والتوزيع الاتجاهي، في غياب تام للأساليب النوعية.

وبخلاف أساليب الدراسة، اعتمدت الأوراق البحثية التي تمت مراجعتها على عددٍ من أساليب العرض الجدولي والبياني والخرائطي للبيانات التي اعتمدت عليها الدراسات ونتائج التحليلات الكمية والمكانية والنوعية، والتي اتسمت ببعض الخصائص يمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

أ - يغيب عن الدراسات الأجنبية والعربية استخدام الصور في عرض أي جانب من جوانب البحث، يستثنى من ذلك دراسة "إسماعيل" التي عرضت بعض الصور عن الظواهر التي تسهم في تلوث الهواء في مواقع المنشآت الصحية (إسماعيل، 2017).

ب - كانت الدراسات المعتمدة على الأساليب البحثية النوعية أقل استخداماً لأساليب العرض الجدولي والبياني والخرائطي، ومنها دراسة Neely & Ponshunmugam عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية بريف دولة جنوب إفريقيا (Neely & Ponshunmugam, 2019)، ودراسة Bhatia عن الرعاية الصحية عن بعد في الهند (Bhatia, 2021)، في حين اعتمد بعضها على الأشكال التخطيطية فقط كدراسة Wang & Onega عن وضع إطار نظري لدراسة إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية لمرضى السرطان (Wang & Onega, 2015).

ج - بلغ متوسط عدد الجداول في الأوراق البحثية الأجنبية 3 جداول لكل دراسة، وهو يقل كثيراً عن مثيله في الدراسات العربية الذي بلغ 11 جدولاً للورقة البحثية الواحدة؛ ربما يعود الاختلاف في عدد الجداول إلى المعالجة الرأسية للدراسات الأجنبية، والمعالجة الأفقية للدراسات العربية.

د - كان متوسط عدد الخرائط والأشكال البيانية في الدراسات الأجنبية 3

خرائط وشكلين بيانين، في حين بلغ المتوسط في الدراسات العربية 11 خريطة و4 أشكال لكل بحث. ارتبط ذلك بغياب الدراسات ذات الطبيعة الوصفية عن الدراسات العربية مقارنة بالدراسات الأجنبية.

هـ - اتسمت الدراسات الأجنبية التي تناولت موضوعات عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية أو التوزيع الجغرافي للخدمات ورحلة العلاج بأنها أكثر الدراسات استخدامًا لأساليب عرض جدولي وبياني وخرائطي، سواء من حيث العدد أو التنوع، كدراسة Sabokbar وزملائه التي استخدمت 10 أشكال وخرائط في عرض نتائجها عن إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية بولاية فارس في إيران (Sabokbar, et al., 2021)، ودراسة Qin & Hsieh التي ضمت 9 أشكال وخرائط و6 جداول في تناولها لسوء توزيع خدمات الرعاية الصحية في الصين (Qin & Hsieh, 2014).

و - تتنوع الخرائط المستخدمة في عينة الدراسات بما يخدم موضوعها وهدفها، وكانت أكثر الخرائط استخدامًا في الدراسات الأجنبية خرائط التظليل المساحي خاصة التظليل المتدرج وخرائط الرموز المتدرجة، في حين كانت أكثر الخرائط المستخدمة في الأوراق البحثية العربية هي خرائط التظليل المساحي وخرائط الدوائر النسبية والأعمدة المركبة.

ز - جاءت الأشكال البيانية في الدراسات متنوعة ما بين الأشكال الوصفية كالمنحنيات البسيطة والمركبة والأعمدة المركبة والنسبية، والأشكال التحليلية كمخططات الانتشار ومنحنى "لورينز" والمنحنى اللوغاريتمي، وعلى الرغم من استخدام الدراسات العربية للأشكال البيانية كأسلوب عرض للبيانات بكثافة أعلى من مثيلتها الأجنبية، إلا أن الأوراق البحثية الأجنبية اتسمت أشكالها بالتنوع أكثر من الدراسات العربية.

نتائج دراسات جغرافية الرعاية الصحية تبعًا للاتجاهات البحثية

بعد استعراض الاتجاهات العلمية التي تناولتها دراسات الرعاية الصحية من منظور جغرافي خلال الفترة من 2011 إلى 2021، وأهداف هذه الدراسات وأساليبها لإجراء الدراسة ولعرض البيانات، يمكن الإشارة إلى نماذج للنتائج التي انتهت إليها بعض هذه الدراسات، ولتكن البداية بدراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية حيث كشفت دراسة Meyer عن أن المسافة التي يقطعها السكان للوصول إلى الطب التقليدي بمقاطعة أونتااريو أطول من مثيلتها للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأخرى؛ ما يقلل من إمكانية الوصول إلى خدمات الطب التقليدي (Meyer, 2012)،

وانتهت دراسة Pan وزملائه إلى أن إمكانية الوصول تقل في غرب مقاطعة ستشيوان؛ حيث البيئة الجبلية القليلة السكان الذين يغلب عليهم الطابع الريفي ويمثلون أقلية عرقية ويعتمدون على المستشفيات العامة في تلقي الرعاية الصحية، وبين شرق المقاطعة ذات الطبيعة الحضرية والتي تتمتع بمستوى مرتفع من التنمية الاجتماعية والاقتصادية (Pan, et al., 2016)، في حين توصلت دراسة Neely & Ponshunmugam التي اتبعت أسلوباً كفيماً في إجراء الدراسة إلى أن أكثر العوامل المؤثرة في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية في ريف جنوب أفريقيا تتمثل في شبكات النقل وطبيعة العلاقات الاجتماعية والأسرية وندرة الموارد والفصل العنصري (Neely & Ponshunmugam, 2019)، بينما خلصت دراسة Kotavaara وزملائه إلى أن وسائل النقل العام لها دور كبير في تسهيل وصول سكان المناطق الحضرية في فنلندا إلى الرعاية الصحية، وأن بعض الفئات تجد صعوبة في الوصول وأهمهم المراهقون الذين يحاولون الوصول بمفردهم، وأشارت إلى أن أحد الحلول لصعوبة وصول هذه الفئات للرعاية الصحية هو الاعتماد على الرعاية الصحية عن بعد (Kotavaara, et al., 2021). أما عن الدراسات العربية فقد انتهت دراسة غلاب إلى أن 13.5% فقط من مساحة مركز كفر الدوار و45% من سكانه يقعون داخل نطاق الخدمة، ولديهم سهولة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بناء على معيار زمن الوصول (غلاب، 2015).

أما عن دراسات التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية، فقد انتهت دراسة كل من Shinjo & Aramaki إلى أن موارد الرعاية الصحية في اليابان تتوزع توزيعاً غير متوازن؛ ما يؤدي إلى ارتفاع معدلات تردد المرضى على بعض المؤسسات الصحية ومن ثم انخفاض مستوى الرعاية الصحية المقدمة في هذه المؤسسات، وأكدوا على ضرورة إعادة توزيع موارد الرعاية الصحية بما يسهم في ارتفاع مستوى الخدمة المقدمة للسكان (Shinjo & Aramaki, 2012)، وانتهت دراسة Murage وزملائه إلى أن خدمات الرعاية الصحية لمرضى السرطان في بريطانيا تبتعد في مواقعها عن المناطق ذات المعدلات الأعلى للإصابة بالسرطان؛ ما يترك أثره سلباً على معدلات بقاء المرضى على قيد الحياة (Murage, et al., 2016). وفي الدراسات العربية خلصت دراسة العوفي إلى أن ثلثي مساحة مدينة الرياض و80% من سكانها يصنفون على أنهم خارج منطقة الخدمة لمراكز فحص الإصابة بفيروس كورونا المستجد (العوفي، 2021)، بينما انتهت دراسة علام إلى أن محافظة المنوفية تعاني خللاً في توزيع حضانات الأطفال والذي يميل إلى نمط التوزيع غير المنتظم ومن ثم تظهر الكثير من المناطق غير المخدومة بالمحافظة (علام، 2021).

جاءت نتائج بعض دراسات الاتجاه البحثي الخاص برحلة العلاج، لتشير إلى التغير في الرحلات الطبية خلال فترة زمنية محددة كما في دراسة المسافة المقطوعة لكل من Hine & Kamruzzaman التي انتهت إلى تناقص المسافات في الرحلات بغرض الوصول إلى الرعاية الصحية خلال فترة الدراسة (1985-2006) (Hine & Kamruzzaman, 2012)، ودراسة Li وزملائه التي خلصت إلى زيادة معدلات التنقل بغرض طبي بوسط الصين خلال الفترة (2012-2017) (Li, et al., 2021).

لقد اتفقت دراستا كل من Olickal وزملائه ودراسة رمضان في جزء من نتائجهما فيما يتعلق بالمسافة المقطوعة في رحلة العلاج في جنوب الهند ومدينة المنصورة على الترتيب، والتي بلغ متوسطها في الدراستين 30 كم وإن اختلفتا في متوسط زمن الرحلة والذي ارتفع في جنوب الهند إلى 78 دقيقة في حين لم يتجاوز 40 دقيقة بمدينة المنصورة (Olickal, et al., 2021) (رمضان، 2017).

وقد انتهت دراسات الرعاية الصحية للفئات المهمشة إلى الكشف عن مدى الاستفادة وحصول هذه الفئات على احتياجاتها من الرعاية الصحية والعوامل المؤثرة في ذلك، ومنها دراسة Towne التي انتهت إلى أن معدلات فحص الإصابة بالسرطان بين الأمريكيين من أصل إسباني أقل من مثلتها للأمريكيين من أصول غير إسبانية، وأن العامل الاقتصادي من أهم العوامل المؤثرة في تباين معدلات الفحص (Towne, et al., 2014)، ودراسة Wang & Kwak التي خلصت إلى أن المهاجرين الكوريين في مدينة توريننتو بكندا لديهم أدنى معدل لاستخدام الخدمات الصحية بين المجموعات السكانية الأخرى، وأن أهم العوامل التي أسهمت في ذلك هو تغير العادات الغذائية والتباين اللغوي والعمل لفترات طويلة والعنصرية والتمييز ضدهم (Wang & Kwak, 2015). وتتشابه الدراسات التي اهتمت بموضوع التفاوت وعدم المساواة في الرعاية الصحية إلى حد كبير في نتائجها التي تمحورت حول تحديد البؤر المحرومة من الرعاية الصحية في مناطق الدراسة، فقد انتهت دراسة Cavalleri إلى أن الاحتياجات الصحية غير المُلبَّاة لسكان إيطاليا تزداد في إقليم الجنوب عن الشمال (Cavalleri, 2013)، في حين خلصت دراسة Mulyanto وزملائه إلى أن المناطق الريفية في إندونيسيا أقل استفادة من خدمات الرعاية الصحية مقارنة بالمناطق الحضرية (Mulyanto, et al., 2019).

وخلصت معظم دراسات الرعاية المنزلية إلى الكشف عن التباينات الجغرافية في استخدام هذا النمط من الرعاية الصحية والعوامل الكامنة وراء هذه التباينات، فقد

انتهت دراسة Kitchen إلى وجود تباين بين سكان الريف والحضر بمقاطعة أونتاريو في كندا في نوع الرعاية المنزلية التي يحصل عليها السكان (حكومية - خاصة)، وكان التركيب العمري والنوعي من العوامل المؤثرة في هذا التباين (Kitchen, 2011)، بينما تشير نتائج دراسة Henry إلى أن التحول إلى الرعاية الصحية المنزلية لكبار السن يرتبط بصعوبة الوصول إلى المؤسسات الصحية خاصة مع سياسة غلق المستشفيات والتغير في نظام التأمين الصحي لكبار السن في الولايات المتحدة الأمريكية (Henry, 2021).

وقد انتهت بعض دراسات الرعاية الصحية الرقمية إلى وضع إطار نظري مفاهيمي يرشد الباحثين مستقبلاً في دراستهم بهذا الاتجاه، ومنها دراسة Creaney وزملائه التي انتهت إلى اقتراح أربعة اتجاهات بحثية فيما يتعلق بالمدن الصحية الذكية ورعاية كبار السن، وأكدت على ضرورة أن تكون الدراسات المستقبلية متعددة التخصصات (Creaney, et al., 2021)، في حين خلصت بعض الدراسات الأخرى إلى الكشف عن العوامل المؤثرة في اتجاه السكان نحو الرعاية الصحية الرقمية ومنها دراسة Bhatia، وكان من أهم هذه العوامل: مدى احتياج السكان إلى الرعاية الصحية، وإمكانية الوصول إلى مؤسسات الخدمة الصحية، ومستوى السكان التعليمي والتكنولوجي، والتركيب العمري، وحجم الأسرة، وعبء المرض (Bhatia, 2021).

يلاحظ من العرض السابق أن الدراسات الجغرافية الأجنبية تتبنى مفهوماً واسعاً وشاملاً للرعاية الصحية من حيث تقديم الرعاية الصحية وكفاءتها وعدالتها، مع التركيز على مردود الرعاية الصحية على السكان أكثر من التركيز على عناصر الخدمة الصحية ذاتها؛ ما يمكننا من التوصل إلى نتيجة محددة وهي أن دراسات الرعاية الصحية الأجنبية تدخل في ميدان جغرافية الصحة والرفاهية.

أما الدراسات العربية فقد تبنت مفهوماً أضيق وجزئياً للرعاية الصحية ينتمي أكثر إلى ميدان جغرافية الخدمات، باعتبارها مرادفاً للخدمات الصحية المؤسسية، ومن ثم كان التركيز على توزيع المؤسسات وعناصر الخدمة المادية والبشرية، وبنسبة أقل مردود لهذه الخدمة على السكان وصحتهم ورفاهيتهم، فقد غاب عن هذه الدراسات النظر للرعاية الصحية من منظور الجغرافيا الاجتماعية الذي يركز على توفير الرعاية الصحية للسكان بنوع من العدالة والمساواة؛ ما يقلل من التفاوتات الصحية، وفي الوقت ذاته لا يربط تقديم الرعاية الصحية بالنظام المؤسسي الرسمي بل يتجاوزه إلى

أطر مكانية أوسع كالمنزل أو المجال الافتراضي، والذي تبنته الدراسات الأجنبية جنباً إلى جنب مع منظور الخدمات الصحية فكانت أكثر تمثيلاً لواقع الرعاية الصحية.

ومن ثم يمكن القول إنه ينبغي تنويع موضوعات الدراسة في الكتابات الجغرافية العربية وتبني نظرة أكثر اتساعاً للرعاية الصحية غير مرتبطة بالمؤسسات الصحية ذات المواقع الثابتة فقط، فيدخل ضمن اهتماماتها على سبيل المثال القوافل الطبية المتنقلة والتي تعد أحد حلول قصور الخدمات ومحدودية الموارد الصحية في بعض البلدان العربية، فضلاً عن كونها حلاً عاجلاً لمواجهة المشكلات الصحية المفاجئة كالقوافل المتنقلة للتطعيم ضد العدوى بفيروس كورونا المستجد في بعض الدول العربية، والاهتمام بالرعاية الصحية المنزلية خاصة لكبار السن مع الزيادة المستمرة في نسبة هذه الفئة بالمجتمعات العربية وفي ضوء احتياجاتها الصحية المستمرة، فضلاً عن توجيه الاهتمام للطب التقليدي في المناطق الريفية والبدوية والذي تعتبره منظمة الصحة العالمية أحد الموارد الصحية المتاحة مع وضع ضوابط لممارسته تبعاً لطبيعة كل دولة. فضلاً عن الرعاية الصحية الرقمية في ظل الاتجاه المتسارع في الدول العربية نحو رقمنة كل التعاملات والخدمات وتحديداً في المدن الكبرى، كما حدث خلال انتشار العدوى بفيروس كورونا المستجد وخوف كل من المريض ومقدم الخدمة الصحية من العدوى.

ويعد من المهم أن تركز الدراسات العربية أكثر على مردود الخدمة الصحية على الأفراد من خلال تقييم السكان الذاتي لصحتهم، بدلاً من الاعتماد فقط على تقييم عناصر الخدمة المادية كالأُسرة والأدوات والأجهزة، والبشرية من الأطباء وعناصر التمريض بمؤشرات كمية تخفي داخلها كل التفاصيل المعبرة حقاً عن مستوى الرعاية الصحية التي يتلقاها السكان خاصة مع تعدد الجهات والمؤسسات التي تسهم في تقديم الرعاية الصحية للفرد، فقد يتوجه الفرد إلى أكثر من مؤسسة صحية حتى يحصل على الرعاية المطلوبة، ومن ثم فإن الاعتماد على المؤسسات في التقييم يعطي نظرة جزئية، في حين يسهم الاعتماد على متلقي الرعاية الصحية ذاته في الحصول على تقييم كامل للرعاية الصحية ومردودها الحقيقي على السكان.

ويرتبط ذلك أيضاً بضرورة إعطاء مساحة أكبر في الدراسات العربية للعوامل الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على الأنماط المكانية للرعاية الصحية والقضايا الاجتماعية ذات الخصوصية في المجتمعات العربية.... ومنها على سبيل المثال ما يتعلق بختان الإناث، والرعاية الصحية للإناث في فترة الحمل والرعاية الصحية لبعض

الأمراض التي تحمل نوعاً من الوصم الاجتماعي كالأزمات النفسية والعقلية والوراثية ومرض نقص المناعة البشرية المكتسبة، بالإضافة إلى العقبات الاقتصادية التي تحول دون تلقي الرعاية الصحية المناسبة سواء ما يرتبط منها بالتغير في نظم التأمين الصحي في الدول العربية، أو خصخصة الصحة والتي تدخل ضمن الاتجاه البحثي الخاص بالمساواة في الحصول على الرعاية الصحية. فضلاً عن ضرورة إعطاء بعض الفئات السكانية أهمية أكثر في البحث والدراسة في إمكانية وصولهم وطرق حصولهم على الرعاية الصحية المناسبة ومستواها ومدى رضاهم عنها، ومن هذه الفئات العمالة الوافدة واللاجئون السياسيون في الدول العربية.

خاتمة الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الاتجاهات البحثية في مجال دراسات الرعاية الصحية من منظور جغرافي خلال الفترة من 2011-2021، وذلك من خلال حصر وتصنيف ومراجعة الأوراق البحثية المنشورة في بعض الدوريات الأجنبية والعربية والرسائل العلمية للوقوف على أهم الاتجاهات العلمية التي تناولتها هذه الدراسات وأهدافها التي سعت إلى تحقيقها، وأساليبها المنهجية، وطرق عرض البيانات ونتائجها.

ومن خلال الاعتماد على خمس دوريات أجنبية وأربع دوريات عربية فضلاً عن الرسائل العلمية أمكن حصر وتصنيف الدراسات الجغرافية في مجال الرعاية الصحية وتحديد أهم اتجاهاتها البحثية والتي تنوعت ما بين اتجاهات قديمة كانت سائدة وتحظى باهتمام الباحثين منذ سنوات سابقة على فترة الدراسة واتجاهات حديثة الظهور تركزت في الأوراق البحثية الأجنبية، كما أظهرت الدراسة تبايناً في الأساليب والمناهج المتبعة لدراسات كل اتجاه بحثي فضلاً عن التباين بين الدراسات الأجنبية والعربية.

نتائج الدراسة

جاءت أهم نتائج الدراسة كما يلي:

أ - تناولت الدراسات الجغرافية سبعة اتجاهات بحثية اتسم ثلاثة منها بأنها قديمة بدأت منذ اهتمام الجغرافيين بدراسة الرعاية الصحية في القرن الماضي، وما زالت تحظى بذات الأهمية وهي: دراسات إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، والتوزيع الجغرافي للرعاية الصحية، ورحلة العلاج، بينما كانت أربعة منها حديثة الظهور وتعكس التغيرات الحديثة في الأنماط المكانية للرعاية الصحية، وهي: الرعاية

الصحية للفئات المهمشة، وعدم المساواة والتفاوتات في الرعاية الصحية، والرعاية الصحية المنزلية والرعاية الصحية الرقمية. وفي الوقت الذي تنوعت فيه الدراسات الأجنبية بين هذه الاتجاهات كانت الدراسات العربية على قلة عددها محصورة في الموضوعات الثلاثة القديمة.

ب - كشفت الدراسة عن اعتماد معظم الأوراق البحثية الأجنبية على الأساليب الكمية وأساليب التحليل المكاني في سبيل تحقيق أهدافها مع استخدام نسبة محدودة منها لبعض الأساليب النوعية، في حين غابت الأساليب النوعية تماماً عن الدراسات العربية والتي تمت جميعها اعتماداً على أساليب التحليل الكمي والمكاني. وقد انعكست أساليب إجراء الدراسات على أساليب عرضها للنتائج والتي تنوعت بين الجداول والخرائط والأشكال البيانية والتخطيطية وإن كانت أكثر عدداً وأقل تنوعاً في الدراسات العربية عنها في الدراسات الأجنبية.

ج - اتسمت نتائج الدراسات بأنها في معظمها ذات طبيعة تطبيقية، تسهم في سهولة وصول السكان إلى الرعاية الصحية المناسبة وتلقي الخدمة المطلوبة من دون قيود جغرافية أو اجتماعية أو اقتصادية، بما يساعد على تحقيق الصحة والرفاهية لكل فئات السكان كما تسعى الأهداف العالمية إلى التنمية المستدامة.

توصيات الدراسة

انتهت الدراسة إلى بعض التوصيات فيما يتعلق بالدراسات العربية في مجال الرعاية الصحية وكانت أهمها ما يلي:

أ - تنويع موضوعات الدراسة وتبني نظرة أكثر اتساعاً للرعاية الصحية غير مرتبطة بالمؤسسات الصحية ذات المواقع الثابتة فقط، فيدخل ضمن اهتماماتها على سبيل المثال القوافل الطبية المتنقلة والرعاية الصحية المنزلية خاصة لكبار السن وعلاقتها بالطب التقليدي في المناطق الريفية والبدوية، فضلاً عن الرعاية الصحية الرقمية وتحديداً في المدن الكبرى حيث اتسع نطاق استخدامها خلال انتشار العدوى بفيروس كورونا المستجد وخوف كل من المريض ومقدم الخدمة الصحية من العدوى.

ب - التركيز على دراسة مردود الخدمة الصحية على الأفراد من خلال تقييم السكان الذاتي لصحتهم، بدلاً من الاعتماد فقط على تقييم عناصر الخدمة المادية في الأسرة والأدوات والأجهزة، والبشرية من الأطباء وعناصر التمريض.

ج - إعطاء مساحة أكبر في الدراسات العربية للعوامل الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على الأنماط المكانية للرعاية الصحية، منها على سبيل المثال ما يتعلق بختان الإناث أو الوصم الاجتماعي من الإصابة ببعض الأمراض وتأثيره على تلقي الخدمة الصحية، بالإضافة إلى العقبات الاقتصادية التي تحول دون تلقي الرعاية الصحية المناسبة.

د - اتجاه الدراسات العربية نحو الاهتمام بالأساليب النوعية في دراسات الرعاية الصحية خاصة ما يهدف منها إلى وضع أطر نظرية لموضوعات الرعاية الصحية، حيث لا يمكن الاعتماد دائماً على الأطر النظرية في الدراسات الأجنبية وتطبيقها في بيئات جغرافية وعلى متغيرات اجتماعية وديموقراطية واقتصادية غير التي استندت إليها هذه الأطر بما قد يؤثر في صدق النتائج وقابليتها للتطبيق.

محددات الدراسة

أجريت الدراسة في ضوء مجموعة من المحددات منها الفترة المحددة للدراسة، والمصادر الرقمية التي تم الاعتماد عليها في حصر الدراسات والبحوث الجغرافية التي يأتي في مقدمتها بنك المعرفة المصري واتحاد مكنتبات الجامعات المصرية ودار المنظومة، وفي ضوء كلمات البحث المستخدمة. إن تأخر فهرسة الكثير من الدراسات العربية ورقمنة الإنتاج العلمي العربي بشكل سليم وكامل وليس بشكل جزئي كرفع الملخصات دون الأبحاث الكاملة أو رفع البحث دون كلمات مفتاحية أو تصنيف أو كملفات صور وليست ملفات نصية يسهل الوصول إليها بمحركات البحث، كل ذلك أثر بشكل كبير في حجم الدراسات العربية التي اعتمدت عليها هذه الدراسة ومدى تنوعها مقارنة بالدراسات الأجنبية.

المراجع

إسماعيل، إسماعيل. (2017). حالة الهواء ومواقع المنشآت التعليمية والصحية بمدينة سوهاج. *سلسلة بحوث جغرافية*، 102: 1-81.

الأمم المتحدة. (2010). *تقرير عام 2010 عن الأهداف الإنمائية للألفية*. متاح على الرابط:

<https://www.un.org/ar/millenniumgoals/pdf/2010Report.pdf>

جابر، محمد. (2010). *معجم مصطلحات الجغرافية الطبية والخدمات الصحية*، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- جرادة، ممدوح. (2012). *التحليل المكاني لمراكز الرعاية الأولية الحكومية في محافظة غزة* [رسالة ماجستير غير منشورة]، كلية الآداب الجامعة الإسلامية. غزة.
- خليل، أمال. (2017). *التباين المكاني لنشاط المستشفيات العامة والمركزية وتقييم أدائها في دلتا النيل. المجلة الجغرافية العربية، 70، 85-142.*
- رشيد، حسين. (2012). *التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في الأردن. مجلة بحوث كلية الآداب، كلية الآداب، جامعة المنوفية، 90، 75-103.*
- رمضان، هويدا. (2017). *التحليل الجغرافي للأمراض في محافظة الدقهلية ورحلة العلاج لمستشفى المنصورة العام. مجلة كلية الآداب، كلية الآداب، جامعة المنصورة، 61، 805 - 862.*
- السقرات، هبة. (2016). *التحليل المكاني للخدمات الصحية في مدينة الطفيلة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS)* [رسالة ماجستير غير منشورة]، عمادة الدراسات العليا جامعة مؤتة. الأردن.
- علام، محمد. (2021). *التحليل المكاني لخدمات الرعاية الصحية الحرجة والطائرة للأطفال المبتسرين بمحافظة المنوفية: دراسة جغرافية. سلسلة بحوث جغرافية، 157، 1-83.*
- علي، أحمد. (2019). *خدمات الإسعاف في محافظة أسيوط: دراسة في الجغرافية الطبية باستخدام تقنيات الاستشعار عن بعد ونظم المعلومات الجغرافية* [رسالة دكتوراه غير منشورة]، كلية الآداب جامعة أسيوط. أسيوط.
- علي، هدى. (2017). *أطلس الخدمات العلاجية بمدينة الإسماعيلية باستخدام نظم المعلومات الجغرافية* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة قناة السويس. الإسماعيلية.
- العوفي، صيته والقرادي، مفرح. (2021). *تقييم الكفاءة المكانية لمراكز عيادات تطنن في مواجهة انتشار فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في مدينة الرياض. المجلة العربية للدراسات الجغرافية، 9، 81-106.*
- غلاب، مرفت. (2015). *التقييم الجغرافي للإمكانية المكانية للوصول للخدمات الصحية بريف مركز كفر الدوار باستخدام نظم المعلومات الجغرافية، المجلة العربية لنظم المعلومات الجغرافية، 7، 1-59.*
- كامل، أنور؛ عبد القادر، علاء. (2018). *تقييم كفاءة التوزيع المكاني للخدمات الصحية في مركز بني سويف باستخدام نظم المعلومات الجغرافية". المجلة الجغرافية العربية، 71، 301-349.*
- كريشان، رند. (2016). *إيجاد المسار للمرضى اعتماداً على قرب المراكز الصحية* [رسالة ماجستير غير منشورة]، كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية. الأردن.

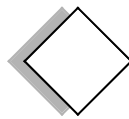
- مشخص، محمد. (2015). الأبعاد المكانية لتوزيع الخدمات التعليمية والصحية لبعض القرى غربي المملكة العربية السعودية. *المجلة الجغرافية العربية*، 65، 189-223.
- مصطفى، فاطمة. (2015). التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في مدينة أربيل بإقليم كردستان العراق. *المجلة الجغرافية العربية*، 65، 225-270.
- منظمة الصحة العالمية. (1978). المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية: ألما آتا- الإتحاد السوفيتي سبتمبر/أيلول 1978: تقرير من المدير العام. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177477/EB63_21_ara.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- منظمة الصحة العالمية. (2015). *الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030: تقرير من الأمانة*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_14-ar.pdf
- نصر، فاطمة. (2020). *الأطلس الصحي لمحافظة المنوفية: دراسة جغرافية وكارتوجرافية باستخدام نظم المعلومات الجغرافية* [رسالة ماجستير غير منشورة]، كلية الآداب جامعة المنوفية. المنوفية.
- Apparicio, P., Gelb, J., Dubé, A. S., Kingham, S., Gauvin, L., & Robitaille, É. (2017). The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited: Distance types and aggregation-error issues. *International Journal of Health Geographics*, 16 (1), 32.
- Astell-Burt, T., Flowerdew, R., Boyle, P. J., & Dillon, J. F. (2011). Does geographic access to primary healthcare influence the detection of hepatitis C?. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1472-1481.
- Bhatia, R., (2021). Telehealth and COVID-19: Using technology to accelerate the curve on access and quality healthcare for citizens in India. *Technology in Society*, 64, 101465.
- Brown, T. & Duncan, C. (2002). Placing geographies of public health. *The Royal Geographical Society*, 33 (4), 361-369.
- Caldwell, J. T., Ford, C. L., Wallace, S. P., Wang, M. C., & Takahashi, L. M. (2017). Racial and ethnic residential segregation and access to health care in rural areas. *Health & Place*, 43, 104-112.
- Cavalieri M. (2013). Geographical variation of unmet medical needs in Italy: A multivariate logistic regression analysis. *International Journal of Health Geographics*, 12, 27.
- Chakrabarti, S.K., & Tatarvarthy, A.D. (2019). The geography of medical travel in India: Differences across states, and the urban-rural divide. *Applied Geography*, 107, 15-25.
- Creaney, R., Reid, L., Currie, M. (2021). The contribution of healthcare smart homes to older peoples' wellbeing: A new conceptual framework. *Wellbeing, Space and Society*, 2, 100031.

- Doctor, H. V. (2011). Intergenerational differences in antenatal care and supervised deliveries in Nigeria. *Health & place*, 17(2), 480–489.
- Elliott S. (2018). 50 years of medical health geography(ies) of health and wellbeing. *Social Science & Medicine*, 196, 206-208.
- Elsabawy, M. (2013). Medical geography in Egypt: As an interdisciplinary subfield. *Journal of Educational and Social Research*, 3(5), 109–123.
- Hanchette, C.L., Gibbs, D.A., Gilliam, A. et al., (2005). A national, geographic database of CDC-funded HIV prevention services: development challenges and potential applications. *International Journal of Health Geographics* 4, 28.
- Henry C. (2021). Palliative space-time: Expanding and contracting geographies of US health care. *Social Science & Medicine*, 268, 113377.
- Herrick, C. (2014). (Global) health geography and the post-2015 development agenda. *The Geographical Journal*, 180 (2), 185–190.
- Hine, J., & Kamruzzaman, M. (2012). Journeys to health services in Great Britain: an analysis of changing travel patterns 1985-2006. *Health & Place*, 18(2), 274–285.
- Horsfall, D., Leonard, R., Rosenberg, J. P., & Noonan, K. (2017). Home as a place of caring and wellbeing? A qualitative study of informal carers and caring networks lived experiences of providing in-home end-of-life care. *Health & place*, 46, 58–64.
- IGU. (2021). IGU Thematic Conferences. <https://igu-online.org/events/igu-thematic-conferences/>
- Jánošíková, L., Jankovič, P., Kvet, M., & Zajacová, F. (2021). Coverage versus response time objectives in ambulance location. 20 (1), 32.
- Kearns, R. & Moon, G. (2002). From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography*, 26 (5), 605–625.
- Kilinc, M., Milburn, A., Stamm, J. (2017). Measuring potential spatial accessibility of home healthcare services. *Socio-Economic Planning Sciences*, 59 (C) 13–25.
- Kim, C., Tappis, H., McDaniel, P., Soroush, M. S., Fried, B., Weinberger, M., Trogdon, J. G., Kristen Hassmiller Lich, & Delamater, P. L. (2020). National and subnational estimates of coverage and travel time to emergency obstetric care in Afghanistan: Modeling of spatial accessibility. *Health & Place*, 66, 102452.
- Kitchen, P., Williams, A., Pong, R. W., & Wilson, D. (2011). Socio-spatial patterns of home care use in Ontario, Canada: a case study. *Health & Place*, 17(1), 195–206.
- Kotavaara, O., Nivala, A., Lankila, T., Huotari, T., Delmelle, E.M., & Antikainen, H. (2021). Geographical accessibility to primary health care in Finland – Grid-based multimodal assessment. *Applied Geography*, 136, 102583.

- Kuo, T. M., Mobley, L. R., & Anselin, L. (2011). Geographic disparities in late-stage breast cancer diagnosis in California. *Health & place*, 17(1), 327–334.
- Li, Y., Liu, L., Chen, J., & Zhang, J. (2021). Medical travel of cardiovascular and cerebrovascular diseases inpatients in central China. *Applied Geography*, 127, 102391.
- Lu, Y. & Davidson, A. (2017) Fatal motor vehicle crashes in Texas: needs for and access to emergency medical services. *Annals of GIS*, 23(1). 41–54.
- Meyer S. P. (2012). Comparing spatial accessibility to conventional medicine and complementary and alternative medicine in Ontario, Canada. *Health & place*, 18(2), 305–314.
- Mohan J. F. (1998). Explaining geographies of health care: a critique. *Health & place*, 4(2), 113–124.
- Morshed, N., & Zhan, F. (2021). Racial /ethnic, social characteristics and geographic disparities of childhood cancer late-stage diagnosis in Texas, 2005 to 2014. *Annals of GIS*, 27(4). 329–340.
- Mulyanto, J., Kunst, A. E., & Kringos, D. S. (2019). Geographical inequalities in healthcare utilisation and the contribution of compositional factors: A multilevel analysis of 497 districts in Indonesia. *Health & Place*, 60, 102236.
- Murage, P., Crawford, S. M., Bachmann, M., & Jones, A. (2016). Geographical disparities in access to cancer management and treatment services in England. *Health & Place*, 42, 11–18.
- Neely, A. H., & Ponshunmugam, A. (2019). A qualitative approach to examining health care access in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 230, 214–221.
- Olickal, J., Devasia, J., Thekkur, P., Chinnakali, P., Suryanarayana, B., Saya, G., Ganapathy, K., & Subrahmanyam, D. (2021) How far persons with diabetes travel for care? Spatial analysis from a tertiary care facility in Southern India. *Annals of GIS*, 27(4). 341–349.
- Oven, K.J., Curtis, S., Reaney, S.M., Riva, M., Stewart, M.G., Ohlemüller, R., Dunn, C.E., Nodwell, S., Dominelli, L., & Holden, R. (2012). Climate change and health and social care: Defining future hazard, vulnerability and risk for infrastructure systems supporting older people's health care in England. *Applied Geography*, 33, 16–24.
- Pan, J., Zhao, H., Wang, X., & Shi, X. (2016). Assessing spatial access to public and private hospitals in Sichuan, China: The influence of the private sector on the healthcare geography in China. *Social Science & Medicine*, 170, 35–45.
- Paul, B. (1985). Approaches to Medical Geography: An historical Perspective. *Social Science & Medicine*, 20 (4), 399–409.

- Pronk, N. P., Kleinman, D. V., & Richmond, T. S. (2021). Healthy People 2030: Moving toward equitable health and well-being in the United States. *EClinicalMedicine*, 33, 100777.
- Qin, X., & Hsieh, C. (2014). Economic growth and the geographic maldistribution of health care resources: Evidence from China, 1949-2010. *China Economic Review*, 31(C), 228-246.
- Rosenberg M. W. (1998). Medical or health geography? Populations, peoples and places. *International journal of population geography: International Journal of Population Geography*, 4(3), 211-226.
- Rosenberg M. W. (2016). Health geography II: 'Dividing' health geography. *Progress in Human Geography*, 40 (4) 546-554.
- Sabokbar, H., Mohammadi, H., Tahmasbi, S., Rafii, Y., Hosseini A. (2021). Measuring spatial accessibility and equity to healthcare services using fuzzy inference system. *Applied Geography*, 136, 102584.
- Scaioli, G., Bert, F., Galis, V., Brusafferro, S., De Vito, E., La Torre, G., Manzoli, L., Messina, G., Torregrossa, M. V., Ricciardi, W., Gualano, M. R., & Siliquini, R. (2015). Pregnancy and internet: sociodemographic and geographic differences in e-health practice. Results from an Italian multicenter study. *Public health*, 129(9), 1258-1266.
- Shareck, M., Alexander, S., & Glenn, N. M. (2021). In-situ at a distance? challenges and opportunities for health and place research methods in a post-COVID-19 world. *Health & Place*, 69, 102572.
- Shinjo, D., & Aramaki, T. (2012). Geographic distribution of healthcare resources, healthcare service provision, and patient flow in Japan: a cross sectional study. *Social Science & Medicine*, 75(11), 1954-1963.
- Story, W. T. (2014). Social capital and the utilization of maternal and child health services in India: a multilevel analysis. *Health & place*, 28, 73-84.
- Tan, X., Liu, X., & Shao, H. (2017). Healthy China 2030: A Vision for Health Care. *Value in health regional issues*, 12, 112-114.
- Tao, R., Downs, J., Beckie, T., Chen, Y. & McNelley, W. (2020) Examining spatial accessibility to COVID-19 testing sites in Florida. *Annals of GIS*, 26(4), 319-327.
- Thompson M. (2021). The geographies of digital health - Digital therapeutic landscapes and mobilities. 70, *Health & Place*, 102610.
- Towne, S. D., Jr, Smith, M. L., & Ory, M. G. (2014). Geographic variations in access and utilization of cancer screening services: examining disparities among American Indian and Alaska Native Elders. *International Journal of Health Geographics*, 13, 18.

- Wang, F., & Onega, T. (2015) Accessibility of cancer care: disparities, outcomes and mitigation. *Annals of GIS*, 21(2). 119–125.
- Wang, L. (2011). Analysing spatial accessibility to health care: a case study of access by different immigrant groups to primary care physicians in Toronto. *Annals of GIS*, 17 (4). 237–251.
- Wang, L. (2014). Immigrant health, socioeconomic factors and residential neighbourhood characteristics: A comparison of multiple ethnic groups in Canada. *Applied Geography*, 51, 90-98.
- Wang, L., & Kwak, M. J. (2015). Immigration, barriers to healthcare and transnational ties: A case study of South Korean immigrants in Toronto, Canada. *Social Science & Medicine*, 133, 340–348.
- Verhasselt, Y. (1993). Geography of health: Some trends and perspectives. *Social science & medicine*, 36 (2). 119-123.
- Xiao, Y., Chen, X., Li, Q., Jia, P., Li, L., & Chen, Z. (2021). Towards healthy China 2030: Modeling health care accessibility with patient referral. *Social science & medicine*, 276, 113834.
- Yao, J., Agadjanian, V., & Murray, A. T. (2014). Spatial and social inequities in HIV testing utilization in the context of rapid scale-up of HIV/AIDS services in rural Mozambique. *Health & place*, 28, 133–141.
- Yin, C., He, Q., Liu, Y., Chen, W., & Gao, Y. (2018). Inequality of public health and its role in spatial accessibility to medical facilities in China. *Applied Geography*, 92, 50-62.



للاستشهاد

السيد، شيماء أحمد. (2025). الاتجاهات الجغرافية الحديثة في دراسات الرعاية الصحية خلال الفترة (2011 - 2021). *مجلة العلوم الاجتماعية*، 53(4)، 251-290.

To Cite:

Al Sayed, Sh. A. (2025). Recent geographical trends in health care studies during the period (2011-2021). *Journal of the Social Sciences*, 53(4), 251-290.

JOURNAL OF THE SOCIAL SCIENCES

A Refereed Academic Quarterly, Published by the Academic Publication Council - University of Kuwait

Recent Geographical Trends in Health Care Studies during the Period (2011-2021)

Shaymah Ahmed al Sayed

University
of Kuwait

Academic
Publication Council



جامعة الكويت
KUWAIT UNIVERSITY

ISSN: 0253 - 1097

Online ISSN: 3006-2977

Vol. 52 - No. 4

2025