



المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن " دراسة في جغرافية الخدمات "

إعداد

فتحي عطية امنيدر

إشراف

الأستاذ الدكتور : سالم فرج العبيدي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا

جامعة بنغازي

كلية الآداب

مايو 2018

Copyright © 2018. All rights reserved, no part of this thesis may be reproduced in any form, electronic or mechanical, including photocopy , recording scanning , or any information , without the permission in writhing from the author or the Directorate of Graduate Studies and Training university of Benghazi

حقوق الطبع 2018 محفوظة . لا يسمح اخذ أي معلومة من أي جزء من هذه الرسالة على هيئة
نسخة الكترونية أو ميكانيكية بطريقة التصوير أو التسجيل أو المسح من دون الحصول على إذن
كتابي من المؤلف أو إدارة الدراسات العليا والتدريب جامعة بنغازي

كلية الآداب



جامعة بنغازي

قسم الجغرافية

المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن
" دراسة في جغرافية الخدمات "

إعداد

فتحي عطية امنيدر

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2018/ 5 / 15

تحت إشراف

أ. د : سالم فرج العبيدي

التوقيع:

الدكتور: محمد الزليتنى (ممتحنا داخليا)

التوقيع:

الدكتور: موسى محمد عبد الحفيظ (ممتحنا خارجيا)

التوقيع:

مدير إدارة الدراسات العليا والتدريب بالجامعة

يعتمد عميد الكلية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
﴿وَكَبَّلُونَكُمْ بِشَيْءٍ مِنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقَصٍ مِنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ
وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴿﴾
صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

الآية (155) من سورة البقرة

الإهداء

إلى وطني الغالي ليبيا، ومدينتي الحبيبة زليتن

إلى من أعطتني الحنان بكل رضا إلى الابتسامة العذبة والإشراق المضيئة

(أمي الغالية)

إلى من خاض الحياة بكل مشاقها إلى كنز الرحمة والعطف والعفة والمحبة

(أبي الغالي)

أطال الله عمرهما ومتعهما بدوام الصحة والعافية.

إلى من تعلمت منهم العطف والصدق والمحبة والإخلاص والصبر والأمانة والقناعة

(إخوتي وأخواتي الأعزاء)

إلى كل من علمني حرفا . . . إلى كل من ساندني وأحى عندي ضمير العلم وحب التعليم

(أساتذتي الأفاضل)

إلى صديقي وأخي الذي لم تلده أمي . . . (شريف بن سليم)

إلى كل الأصدقاء والزملاء الأوفياء الذين رافقوني الدرب وعاشوا معي لحظاتي من فرح وحزن

وكانوا لي من الناصحين

اهدي هذا البحث محبة وعرفانا واعترافا بالجميل

الباحث

الشكر والتقدير

بعد حمد الله العليّ القدير الذي وفقني في إنجاز هذه الدراسة يخلق بي في هذا المقام أن أتقدم بجزيل الشكر وأسمى آيات التقدير والعرفان للأستاذ الفاضل: الأستاذ الدكتور/ سالم فرج العبيدي الذي تفضل مشكوراً بقبول الإشراف على هذا البحث ، ولم يأل جهداً في تقديم النصح السديد والتوجيه المفيد والنقد البناء ، طيلة فترة جمع المادة وكتابة الرسالة ، مما كان له عظيم الأثر في إنجاز هذه الدراسة وإخراجها بهذه الصورة ، كما كان صبره وسعة صدره خير عون للباحث في مواجهة الظروف القاسية والصعوبات التي واجهت إنجاز هذا البحث.

كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير والاحترام إلى كافة أعضاء هيئة التدريس بقسم الجغرافية بكلية الآداب بجامعة بنغازي ، وإلى زملائي وعلى رأسهم الأستاذ: خليل ألفاخري ، والأستاذ: فرج الكوشي، والأستاذ: السنوسي الربيعي ، على ما بذلوه معي من جهود جسيمة في سبيل إنجاز هذا البحث المتواضع .

كما لا يفوتني أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى الأستاذ: علاء الفرجاني والأستاذ: مأمون عبد العزيز ، على مساعدتهما لي في الجانب الإحصائي .

كما يطيب لي أن أتقدم بوافر الشكر والامتنان إلى كل من قدم لي يد العون والمساعدة من الجنود المجهولين الذين لا يتسع المجال لذكر أسمائهم جميعاً، الذين لولا فضل الله ثم جهودهم لما كان لهذا العمل أن يظهر إلى حيز الوجود بهذا المظهر.

وأخيراً أتقدم بالشكر والتقدير سلفاً لكل من يطلع على هذا البحث ويثريه برأي أو نصح أو نقد بناء، وأختم بالصلاة على خير الأنام المصطفى عليه أفضل الصلاة وأزكى السلام.

وختاماً اشكر كل من وقف معي ولو بكلمة طيبة

لإنجاز هذه الرسالة

،،، الباحث

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ب	حقوق الطبع
ج	قرار لجنة المناقشة
د	الآية الكريمة
هـ	الإهداء
و	الشكر والتقدير
ز	قائمة المحتويات
ن	قائمة الجداول
ق	قائمة الأشكال
ش	قائمة الخرائط
ت	ملخص الدراسة

الفصل الأول

الإطار النظري للدراسة

2	المقدمة
4	منطقة الدراسة
4	مشكلة الدراسة
5	مببرات الدراسة

رقم الصفحة	الموضوع
5	تساؤلات الدراسة
6	أهمية الدراسة
7	أهداف الدراسة
7	منهجية الدراسة
8	وسائل جمع البيانات
12	الدراسات السابقة
25	الخلاصة

الفصل الثاني

الخصائص الطبيعية والبشرية لمنطقة الدراسة

27	أولاً: الخصائص الطبيعية
27	الموقع
29	مظاهر السطح
30	المناخ
40	ثانياً: الخصائص البشرية
40	نمو السكان
44	كثافة السكان
60	تركيب السكان
75	الخلاصة

الفصل الثالث

الخدمات الصحية في ليبيا

78	..... مفهوم الخدمات الصحية.
79	..... أهمية الخدمات الصحية.
81	..... التطور التاريخي للخدمات الصحية في ليبيا.
86	..... الإستراتيجية العامة لقطاع الصحة خلال ثلاثين عام (1969-1999م).
88	..... مستويات الرعاية الصحية في ليبيا.
93	..... أنماط الخدمات الصحية وتطورها في ليبيا خلال الفترة من (1996-2006م).
101	..... القوى العاملة الطبية بالمرافق العامة في ليبيا.
102	..... المصروفات على قطاع الصحة.
105	..... المشاكل التي تواجه قطاع الصحة في ليبيا.
107	..... الخلاصة

الفصل الرابع

الخدمات الصحية في منطقة زليتن

109	..... الخدمات الصحية في منطقة زليتن.
109	..... أولاً الخدمات الصحية التابعة للقطاع العام.
114	..... ثانياً الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص
119	..... المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن

رقم	الموضوع	الصفحة
125	التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن	
132	القوى العاملة الطبية داخل المراكز الصحية الأساسية.....	
136	المرضى المترددون على المراكز الصحية الأساسية	
138	مدى كفاءة الخدمات الصحية داخل المراكز الصحية الأساسية	
146	تقدير الاحتياجات الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية بالمراكز الصحية الأساسية.	
148	الخلاصة	

الفصل الخامس

تحليل بيانات الدراسة الميدانية

150	أولاً : خصائص أفراد العينة	
150	1 - توزيع أفراد العينة حسب المركز الصحي	
151	2- توزيع أفراد العينة حسب العمر	
152	3- توزيع أفراد العينة حسب النوع	
153	4- توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	
153	5- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	
154	6- توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة.....	
155	7- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة	
155	8- توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري.....	
156	9- توزيع أفراد العينة حسب سبب قدومهم للمركز الصحي الأساسي.....	

الموضوع	رقم	الصفحة
10- توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة.....	157	157
11- توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض.....	157	157
12 - توزيع أفراد العينة حسب قرب وبعد المركز الصحي.....	158	158
13 - توزيع أفراد العينة حسب الزمن المستغرق للوصول إلى المركز.....	158	158
14 - توزيع أفراد العينة حسب المسافة المقطوعة بالكيلو متر للوصول إلى المركز.....	159	159
15- رأي أفراد العينة في وضع القطاع الصحي بالمنطقة	160	160
16- رأي أفراد العينة في توفر الأدوية بالصيدلية التابعة للمركز.....	160	160
17- توزيع أفراد العينة حسب تفضيل العلاج.....	160	160
18- توزيع أفراد العينة حسب توفر الأطباء.....	161	161
19- رأي أفراد العينة في مستقبل القطاع الصحي بالمنطقة.....	162	162
20- توزيع أفراد العينة حسب فترة الانتظار.....	162	162
21- توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج داخل وخارج الدولة.....	163	163
22- توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج خارج وداخل المدينة.....	163	163
23- توزيع أفراد العينة حسب أسباب تلقي العلاج خارج المراكز الصحية.....	164	164
ثانياً: العوامل المؤثرة في التردد على المراكز الصحية الأساسية والانتفاع بخدماتها.....	165	165
1- العلاقة بين متغيري النوع والعمر	165	165
2- العلاقة بين متغيري النوع والحالة الاجتماعية	166	166
3- العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي للمبحوث	166	166

الموضوع	رقم	الصفحة
4- العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي لرب الأسرة	167	
5- العلاقة بين متغيري النوع وسبب قدوم المبحوث	168	
6- العلاقة بين متغيري الجنس ونوع المرض	169	
7- العلاقة بين متغيري المستوى التعليمي ونوع المرض	170	
8- العلاقة بين متغيري العمر ونوع المرض	173	
9- العلاقة بين متغيري نوع المرض للمبحوث وسبب تفضيله لهذا المركز عن غيره....	176	
10- العلاقة بين متغيري الحالة الاجتماعية ونوع المرض.....	179	
11- العلاقة بين متغيري نوع المرض والدخل الشهري للمبحوث.....	181	
12- العلاقة بين توفر الأدوية ورضي المترددين أو الإقبال على المركز	183	
13- العلاقة بين تصنيف الخدمات بالمركز و شراء الأدوية من الصيدليات الخاصة...	183	
14- العلاقة بين المشاكل التي تواجه المبحوث وتقييمه لمستوى الخدمات.....	184	
15- العلاقة بين توفر الخدمات خلال 24 ساعة وتفضيل المبحوث مركز صحي عن آخر.	187	
16- العلاقة بين إعجاب المبحوث بالمركز وتفضيله للمركز الصحي عن المراكز الأخرى	187	
17- العلاقة بين كفاءة المركز الصحي و تفضيل المبحوث لمركز صحي عن آخر...	189	
18- العلاقة بين أسباب تدني الرعاية الصحية و المشاكل التي تواجه المبحوث في المراكز	190	
19- العلاقة بين نوع المرض والمركز الذي يعالج فيه المبحوث.....	192	

رقم الصفحة	الموضوع
195	النتائج
200	التوصيات
202	قائمة المصادر والمراجع
212	قائمة الملاحق

الملخص باللغة العربية

الواجهة الانجليزية

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
11	حجم العينة طبقا للمحلات.....	1.1
	المعدلات الشهرية والفصلية والسنوية لدرجات الحرارة بمنطقة زليتن	1.2
32	بالدرجات المئوية للفترة من 1980 – 2008 م	
	المعدلات الشهرية والفصلية والسنوية للأمطار بالمنطقة (مم) للفترة من	2.2
34	.....م 1980 – 2008	
34	القيمة الفعلية للأمطار حسب تصنيف دي مارتون.....	3.2
	المعدلات الشهرية والفصلية والسنوية للرطوبة الجوية بالمنطقة (%)	4.2
37	..... للفترة من 1980 – 2008 م.....	
38	الاتجاه السائد للرياح (%) في المنطقة للفترة من 1980 – 2008 م	5.2
	تطور النمو السكاني والكثافة السكانية في منطقة زليتن ونسبتهم إلى	6.2
42	..... سكان ليبيا(1973_2006).....	
43	..... معدلات المواليد والوفيات خلال الفترة (1995م – 2006م).....	7.2
	الكثافة العامة للسكان على مستوى المحلات السكنية بمنطقة زليتن لسنة	8.2
49	..... م 2006	
	الكثافة الصافية للسكان على مستوى المساحات المبنية بمنطقة زليتن	9.2
53	..... لسنة 2006م.....	

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
56	..... نسبة التركيز لسكان منطقة زليتن عام 2006م	10.2
59	..... (منحنى لورنز)	11.2
61	..... التوزيع النسبي لسكان منطقة زليتن حسب فئات السن والنوع لسنتي 1995م و 2006م	12.2
66	..... التوزيع النسبي لسكان منطقة زليتن حسب الحالة التعليمية خلال عامي 1995م و 2006م	13.2
70	..... التركيب الاقتصادي لسكان منطقة زليتن لعام 1995م	14.2
74	..... التركيب الاقتصادي لسكان منطقة زليتن لعام 2006م	15.2
100	..... تطور أعداد الأسرة خلال الفترة (1969 - 2006م)	1.3
102	..... تطور القوى العاملة الطبية في ليبيا خلال الفترة (1969 - 2010م)....	2.3
103	..... التغيير في نصيب الفرد من الأدوية في ليبيا خلال الفترة (1990- 2005م)	3.3
104	..... المخصصات المالية لقطاع الصحة ونسبة الصرف فيها خلال الفترة (1969-2006م).....	4.3
114	..... توزيع القوى العاملة الطبية على مستويات الخدمات الصحية سنة 2015م	1.4

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
116	التوزيع العددي والنوعي لمرافق المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص على مستوى محلات منطقة زليتن سنة 2016م	2.4
130	توزيع المراكز الصحية الأساسية مقارنة بتوزيع السكان والمساحة داخل محلات منطقة زليتن لعام 2016م	3.4
132	التوزيع العددي والنوعي للقوى العاملة الطبية داخل المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن سنة 2016م	4.4
136	التوزيع العددي والنوعي للمرضى المترددين على المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن حسب المعدل الشهري لسنة 2016م	5.4
140	معدل ما يخدمه المركز الصحي الأساسي من السكان على مستوى محلات منطقة زليتن خلال سنة 2016م	6.4
142	معدل ما يخدمه المركز الصحي الأساسي من المساحة على مستوى محلات منطقة زليتن لسنة 2016م	7.4
151	توزيع العينة حسب المركز الصحي الأساسي	1.5
152	توزيع أفراد العينة حسب العمر	2.5
154	توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة	3.5
156	توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري	4.5
156	توزيع أفراد العينة حسب سبب قدومهم للمركز الصحي الأساسي	5.5
158	توزيع أفراد العينة حسب قرب وبعد المركز الصحي	6.5

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
160	رأي أفراد العينة في وضع القطاع الصحي بالمنطقة.....	7.5
160	رأي أفراد العينة في توفر الأدوية الصيدلانية التابعة للمركز الصحي.....	8.5
161	توزيع أفراد العينة حسب تفضيل العلاج	9.5
162	رأي أفراد العينة في مستقبل القطاع الصحي بالمنطقة.....	10.5
163	توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج خارج وداخل المنطقة	11.5
165	العلاقة بين متغيري النوع والعمر	12.5
166	العلاقة بين متغيري النوع والحالة الاجتماعية	13.5
167	العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي للمبحوث	14.5
168	العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي لرب الأسرة	15.5
169	العلاقة بين متغيري النوع وسبب قدوم المبحوث	16.5
170	العلاقة بين متغيري الجنس ونوع المرض	17.5
172	العلاقة بين متغيري المستوى التعليمي للمبحوث ونوع المرض.....	18.5
175	العلاقة بين متغيري العمر و نوع المرض	19.5
178	العلاقة بين متغيري نوع المرض للمبحوث وسبب تفضيله لهذا المركز عن غيره	20.5
180	العلاقة بين متغيري الحالة الاجتماعية ونوع المرض	21.5
182	العلاقة بين متغيري نوع مرض والدخل الشهري بالدينار للمبحوث.....	22.5
183	العلاقة بين توفر الأدوية ورضي المترددين أو الإقبال على المركز.....	23.5

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
184	العلاقة بين تصنيف الخدمات بالمركز وشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة	24.5
186	العلاقة بين المشاكل التي تواجه المبحوث وتقييمه لمستوى الخدمات	25.5
187	العلاقة بين توفر الخدمات خلال 24 ساعة وتفضيل المبحوث مركز صحي عن آخر	26.5
188	العلاقة بين إعجاب المبحوث بالمركز وتفضيله للمركز الصحي عن المراكز الأخرى	27.5
189	العلاقة بين كفاءة المركز الصحي و تفضيل المبحوث لمركز صحي عن آخر	28.5
191	العلاقة بين أسباب تدني الرعاية الصحية و المشاكل التي تواجه المبحوث في المراكز	29.5
192	العلاقة بين نوع المرض والمركز الذي يعالج فيه المبحوث	30.5
193	النتائج المعنوية وغير المعنوية حسب اختبار مربع كاي لمجموعة من المتغيرات	31.5

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
60	العلاقة بين المساحة والسكان في منطقة زليتن سنة 2006م (منحنى لورنز)	1.2
92	البنية الهيكلية والوظيفية لمستويات الرعاية الصحية في ليبيا	1.3
94	وحدات الرعاية الصحية الأساسية خلال الفترة 1972-2005م	2.3
96	مراكز الرعاية الصحية الأساسية خلال الفترة 1972 - 2006م	3.3
97	العيادات المجمع 1969 - 2006م	4.3
100	المستشفيات العامة من 1969 - 2006م	5.3
113	التوزيع العددي والنوعي للمؤسسات الصحية العامة بمنطقة زليتن سنة 2016م	1.4
119	التوزيع النسبي للمؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص في منطقة زليتن لسنة 2016م	2.4
152	توزيع أفراد العينة حسب العمر	1.5
153	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	2.5
154	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	3.5
155	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة	4.5
157	توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة	5.5

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
158	..... توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	6.5
159	..... توزيع أفراد العينة حسب الزمن المستغرق للوصول إلى المركز	7.5
159	..... توزيع أفراد العينة حسب المسافة المقطوعة بالكيلو متر للوصول إلى المركز	8.5
161	..... توزيع أفراد العينة حسب توفر الأطباء	9.5
162	..... توزيع أفراد العينة حسب فترة الانتظار	10.5
163	..... توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج داخل وخارج الدولة	11.5
164	..... توزيع أفراد العينة حسب أسباب تلقي العلاج خارج المراكز الصحية	12.5

قائمة الخرائط

رقم الصفحة	عنوان الخريطة	رقم الخريطة
28	الموقع الجغرافي لمنطقة الدراسة	1.2
46	التقسيم الإداري للمحلات الإدارية لمنطقة زيتين	2.2
50	الكثافة العامة في محلات منطقة زيتين سنة 2006م	3.2
54	الكثافة الصافية في محلات منطقة زيتين سنة 2006م	4.2
112	التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية العامة في منطقة زيتين لسنة 2016م	1.4
131	التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية الأساسية في منطقة زيتين لسنة 2016م	2.4

ملخص الدراسة

إن الهدف من هذه الدراسة هو تسليط الضوء على خدمات الرعاية الصحية الأولية في منطقة زليتن ، من حيث توزيعها ومدى تباين خدماتها بما في ذلك القوى العاملة الصحية بها .

تم استخدام عدد السكان بمنطقة زليتن والمعيار الوطني للمراكز الصحية ، والأطباء وأعضاء هيئة التمريض والصيدلة والفنيين كمقياس لمدى كفاية و كفاءة الخدمات الصحية والقوى العاملة الصحية بالمنطقة ، كما استخدم الباحث الاختبار الإحصائي (مربع كاي) لقياس بعض العلاقات ذات الصلة بموضوع الدراسة ، ومن خلال ذلك تبين أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية لا يجاري التطور العددي للسكان بالمنطقة ، وأن هناك خلافا واضحا في توزيع المراكز الصحية والأطباء وهيئة التمريض والصيدلة ، حيث تحظى بعض المراكز الصحية بوفرة الأطباء والممرضين مثل مركز القصبية ، في الوقت الذي تفتقر لذلك مراكز صحية أخرى مثل مركز القزاحية ، واتضح أن معدل الأطباء لكل مواطن لا يتوافق مع المعيار الوطني.

وأظهرت نتائج الدراسة الميدانية أن منطقة زليتن لا تزال تعاني من مشكلة نقص القوى العاملة المتخصصة ، ونقص في المعدات الطبية، وكذلك نقص الأدوية وخاصة بالصيدليات التابعة للمراكز الصحية ، وتبين من خلال نتائج الدراسة أن أهم أسباب الذهاب إلى المراكز البعيدة عن محل السكن هو البحث عن علاج أفضل ووجود الأطباء المتخصصين في تلك المراكز . أما أهم أسباب تفضيل العلاج خارج المدينة أو الدولة بصفة عامة فهو ضعف الخدمات الصحية بالمنطقة .

كما أن نتائج الدراسة أوضحت بجلاء تدني مستوى أداء الأطباء وهيئة التمريض، وانعدام وجود خدمات الاتصال لطلب الطبيب أو العلاج في المراكز الصحية بمنطقة الدراسة على غرار ما

هو موجود في الدول المتقدمة . كما أن عدد السكان المتوقع حسب نتائج الدراسة حتى عام 2030 ،الذي من المرجح أن يبلغ 320,938 نسمة ، وهذا لا يتناسب مع توزيع الخدمات الصحية ومعاييرها التخطيطية ، مما جعل منطقة الدراسة في حاجة ماسة إلى خدمات صحية أكثر انتشارا وعدالة في التوزيع.

وفي الختام، أوصى الباحث في نهاية الدراسة بضرورة خلق نوع من التوازن بين خدمات الرعاية الصحية الأولية والحيز السكاني الذي تمثله محلات المنطقة ، بالإضافة إلى زيادة عدد القوى العاملة في قطاع الصحة ، والاهتمام برفع كفاءة العاملين بهذا القطاع، وتوفير الأدوية في الصيدليات العامة بحيث يستطيع جميع المواطنين الحصول عليها متى احتاجوا إليها. كما أوصى انه يجب على المخططين الأخذ في الاعتبار النمو المستقبلي للمنطقة ، وما يتعلق بهذا النمو من خدمات صحية في المستقبل . وأخيرا الأمر الأكثر أهمية هو ضرورة الالتزام بملكية الكتيب الصحي الخاص بالأسرة والذي من خلاله يمكن متابعة أحوال أفراد الأسرة صحيا طيلة السنة.

الفصل الأول

الإطار النظري والمنهجي للدراسة

- المقدمة
- منطقة الدراسة
- مشكلة الدراسة
- مبررات الدراسة
- تساؤلات الدراسة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدراسة
- منهجية الدراسة
- وسائل جمع البيانات
- الدراسات السابقة

المقدمة:-

إن جغرافية الخدمات لم تكن موضوعاً أو مجالاً أو منهجاً حسب رأي الكثير من الجغرافيين، فهي فرع حديث من فروع الجغرافية البشرية، فقد اتجهت الدراسات الجغرافية إلى الميدان التطبيقي، وتعددت مواضيع الدراسة في مجال الخدمات تبعاً لتنوع وتعدد الخدمات، فنجد أن بعض الدراسات اقتصرت على دراسة خدمة واحدة أو أكثر في إطار مكاني محدد. في حين أن الدراسات الأحدث أشارت إلى مبدأ المسح الجغرافي الشامل لجميع الخدمات في منطقة محددة.

و قد فضلت في هذا النوع من الدراسة؛ دراسة الخدمات الصحية، كونها تحتل مكانة مرموقة بين الخدمات التي تقدم للمجتمع، لدورها الكبير في حياة الفرد والمجتمع. ولإسهامها في رفاهيته واستقراره، ولذلك شهدت السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً في تطوير هذه الخدمات، وتوجه الدول المتقدمة جزءاً كبيراً من استثماراتها لقطاع الصحة، ومن هنا كانت نظرة الدول الحديثة، ومن ضمنها ليبيا إلى توفير هذه الخدمات بصورة جيدة، إذ يلعب قطاع الخدمات الصحية فيها دوراً بارزاً وملموساً في الحفاظ على الصحة.

ويعد قطاع الخدمات الطبية من القطاعات الرئيسية والمؤثرة في إحداث التنمية الاجتماعية، حيث تنتشر الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية الأولية والثانوية أفقياً، وتتوفر بجميع المناطق لأن النظام الصحي الليبي يقوم على مبدأ الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية لتكون في متناول الجميع، حيث تتضمن دراسة الخدمات الصحية لأية مدينة السير في مسارين متلازمين:

المسار الأول: هو جغرافية المدن حيث يتحتم إبراز أهمية عامل استعمال الأراضي للوظيفة الصحية ومقارنتها بالاستعمالات الأخرى.

أما المسار الثاني : فيمثل فيما يشار إليه بجغرافية التسهيلات الصحية مع الأخذ في الاعتبار حاجة

المدينة وإقليمها إلى إنشاء المرافق الصحية حسب عدد سكانها وفقاً للمعايير التالية :

- عدد المرضى .
- عدد سكان المنطقة وسكان الإقليم وأنواع حرفهم .
- عدد المستشفيات والعيادات ودور النقاهاة والعجزة ودورها في تقديم الخدمات .

حيث أكدت بعض الدراسات على أهمية التوزيع المتوازن للمؤسسات الصحية ، وبيان مدى العلاقة بين المرضى ومشاكل الصحة، واستخدام التسهيلات الصحية ، كما تناولت كثير من البحوث ما يسمى بعبء المؤسسات الصحية داخل المناطق من خلال دراسة حركة المرضى داخل مخططات المدن أو حدود المناطق .

كما تأثر توزيع الخدمات الصحية بالمنطقة هو الآخر بعدد من العوامل التي أثرت بدورها في تحديد مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها المنطقة ، بالإضافة إلى حجم السكان المتزايد سنوياً الذي يتطلب كفاءةً في حجم الخدمات التي تقدمها المرافق والمؤسسات الصحية للمنطقة.

حيث احتوى البحث على خمسة فصول ، ففي الفصل الأول تم مناقشة الإطار النظري ، بينما تم التركيز في الفصل الثاني على العوامل الطبيعية والبشرية للمنطقة ، ثم تناول الباحث في الفصل الثالث مفهوم الخدمات الصحية وتطورها على مستوى ليبيا . أما في الفصل الرابع فقد تمت دراسة الخدمات الصحية بمنطقة زليتن والتوزيع الجغرافي لهذه المراكز . أما الفصل الخامس فقد تم تخصيصه لتحليل بيانات الدراسة .

منطقة الدراسة :

تقع منطقة زليتن في الساحل الشمالي الغربي من ليبيا ضمن سهل مصراتة ، بجانب البحر على مسافة (40كم) شرق مدينة الخمس و(160كم) شرق طرابلس وحوالي (60كم) غرب مدينة مصراتة . أما عن الإحداثيات الجغرافية لمخطط المدينة وليست المنطقة فهي تقع عند التقاء دائرة عرض (31° 30') شمالا وخط طول (14° 34') شرقا وهي على سهل مسطح⁽¹⁾ ويحدها من الشمال البحر المتوسط ومن الجنوب حدود مدينة بني وليد ومن الشرق مصراتة ومن الغرب كل من الخمس ومسلاتة وترهونة كما هو موضح على الخريطة (1.2).

مشكلة الدراسة :-

إن الازدحام الملحوظ من قبل المواطنين على بعض المراكز الصحية دون غيرها يثير تساؤلاً حول عدم وجود عدالة في توزيع الخدمات الصحية داخل حدود منطقة الدراسة، حيث تكمن مشكلة الدراسة في المراكز الصحية في منطقة زليتن، من حيث التوزيع الجغرافي، والعوامل التي تتحكم في إنشائها، والدور الذي تقوم به المراكز الصحية تحت الطلب المتزايد عليها .

ونجد أن المراكز الصحية الأساسية في منطقة الدراسة يبدو عليها سوء التوزيع المكاني وسوء توزيع الأطباء وذوي المهن الطبية . حيث لوحظ أن هناك حركة واضحة للمتريدين على بعض العيادات والمراكز الصحية والتغاضي على البعض الآخر ، مما يضطر كثير من السكان أن يقطعوا مسافات طويلة للوصول إليها، وربما يعزى السبب في ذلك إلى عدم وجود مراكز صحية قريبة من أماكن سكنهم، أو عدم توزيعها بشكل متكافئ، بحيث تشمل كل سكان المدينة، أو قد تكون موجودة لكنها غير كافية ، ولا تتوافر فيها شروط الجودة المناسبة التي يرغبها السكان .

(1) المخطط الشامل لمدينة زليتن، 2000م، التقرير النهائي شركة بول سيرفس البولندية، طرابلس، 1980م، ص 13-14 .

مبررات الدراسة :-

1. رغبة الباحث في دراسة موضوع الخدمات الصحية باعتباره من المواضيع ذات الطابع التطبيقي في البحوث والدراسات التطبيقية التي تجسد الاتجاه الحديث لميدان الجغرافية الطبية.
2. قلة الدراسات والبحوث العلمية في الخدمات الصحية على منطقة زليتن.
3. كون المنطقة هي موطن الباحث مما يذلل أمامه كثير من الصعاب ويمكنه جمع المعلومات والبيانات المطلوبة بدقة أكثر وتسهيل عليه مشقة العمل الميداني.
4. التطور الذي طرأ على الخدمات الصحية في منطقة الدراسة بعد دخول القطاع الخاص مجال الاستثمار في الخدمات الصحية، بإنشاء العديد من المرافق الصحية الإيوائية والعلاجية، والمساهمة في توفير الأدوية والمعدات الطبية الأمر الذي زاد من انتشار وتنوع مستويات هذه الخدمة في المنطقة .

تساؤلات الدراسة :-

- تتباين المراكز والمؤسسات الصحية من مكان لآخر داخل منطقة الدراسة بفعل عوامل مختلفة، وهي غير متوازنة مع حاجة السكان، وهذا مالا يحقق توازنات الخدمات الصحية بين المناطق، وتتلخص تساؤلات الدراسة فيما يلي :

- هل هناك توافق أو عدالة بين التوزيع المكاني لمراكز الخدمات الصحية وتوزيع السكان في فروع المنطقة ؟

- هل يتوزع الأطباء والأطعم الطبية المساعدة توزيعاً عادلاً علي المؤسسات الصحية؟

- هل نقص الخدمات الصحية من حيث الكم والنوع يؤدي إلى عجز المرافق الصحية، عن تأدية دورها بالشكل المطلوب ؟

- هل هناك تدني في مستوى الخدمات الصحية مما يؤدي إلى دفع سكان المنطقة إلى البحث عن مراكز علاجية أفضل، سواء أكانت خاصة أم عامة ، أو الذهاب إلى مدينة أخرى ، أو الذهاب إلى الخارج لتلقي خدمات صحية أفضل ؟

- ما مدى التوقعات المستقبلية لعدد سكان المنطقة واحتياجاتهم من الخدمات والمراكز الصحية الأساسية ، وكفاءتها ؟

أهمية الدراسة :-

تتمثل أهمية الدراسة في تسليط الضوء على المراكز الصحية لمنطقة الدراسة الواقعة على الساحل الشمالي الغربي لليبيا، لإيضاح مدى تأثيرها على المناطق المجاورة ، وكون منطقة الدراسة تشهد تطوراً كبيراً في الأمور الإدارية والخدمية مع زيادة حجم السكان والقيام بالعديد من الصناعات. الأمر الذي يعزز أهمية دراسة خدماتها الصحية، ومن أهميتها أيضاً وجود حلول ومقترحات قد تعمل على تطوير وتحسين الوضع الصحي بالمنطقة.

وكذلك حداثة الموضوع بالمنطقة ، فدراسة المراكز الصحية في منطقة زليتن من وجهة نظر الجغرافية الطبية (الخدمات الصحية) تعتبر من المواضيع التي لم يتم التطرق إليها إلا قليلاً ، لذلك كان من المهم إدراك مغزى التوزيع المتوازن للمؤسسات والأطقم الطبية المساعدة في أي مركز عمراني ، بحيث يكون متوازناً مع عدد السكان، ومن هنا جاءت هذه الدراسة محاولة لمعرفة طبيعة التفاعلات المكانية التي تخلقها مواقع تلك المؤسسات.

أهداف الدراسة :-

إن لكل دراسة أهداف تسعى لتحقيقها وتتمثل أهداف هذه الدراسة في :-

1. التعرف علي التوزيع المكاني للمراكز الصحية الأساسية ومدى تلبيتها لاحتياجات السكان.
2. إعطاء صورة جغرافية عن سكان المنطقة من حيث النمو والتوزيع والتركييب بوصفهم هدف الخدمات الصحية وغايتها.
3. التعرف على مدى التوازن بين نمو عدد سكان المنطقة والتطور الكمي والنوعي للخدمات الصحية بها.
4. معرفة المشكلات التي تواجه المرافق والمراكز الصحية والبحث عن سبل تحسين أدائها وتطويره، ومدى معرفة الوضع الذي عليه المراكز الصحية ، وهل هناك قصور في المراكز الصحية وتوزيعها ؟
5. مساهمة الدولة في تخفيف أو تذليل العقبات التي تؤثر على حصول المواطن على خدمات المرفق الخدمي الصحي بالشكل المناسب . وذلك بتوفير السبل التي تسهل حركة المواطنين للوصول إلى المراكز الصحية مثل الدعم المادي وتوفير وسائل النقل العامة والخاصة ، وطرق المواصلات وغيرها .

منهجية الدراسة :-

وهي الطريقة التي جرى بموجبها البحث ، وقد اعتمدت هذه الدراسة على عدة أسس ومناهج

أهمها :

1. الأسلوب الوصفي :

وهو المنهج الذي لا يمكن الاستغناء عنه في دراسة الظاهرة الجغرافية ، لا سيما الأماكن التي يتعذر فيها الحصول على البيانات الكمية ، ويستخدم هذا المنهج لوصف الحالة التي توجد عليها المراكز الصحية .

2. المنهج التاريخي :

حيث يتمثل في تتبع نمو وتطور المراكز الصحية الأساسية خلال الفترات السابقة ، وتوزيعها في مناطق الدراسة .

3. الأسلوب التحليلي :

من أهم المناهج المتبعة في البحوث العلمية ، وخاصة البحوث الجغرافية ، حيث يستخدم الأسلوب الكمي أو التحليلي لتحليل البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة من استبيان وتطبيق العديد من المعايير والمقاييس الإحصائية مثل مربع كاي ، ومنحنى لورنز والمتوسط الحسابي، وذلك لغرض الكشف عن العلاقات المختلفة بين المتغيرات التي شملتها الدراسة واختبار فروضها.

وسائل جمع البيانات :

حيث إن جمع المعلومات في هذه الدراسة كان له جانبان هما:

- الجانب النظري :

وفيه يتم جمع المعلومات من المصادر، والإحصاءات الرسمية ، مثل التعدادات العامة للسكان والخدمات الصحية المعدة للدولة ، وزارة الصحة، وأمانة التخطيط سابقا، إضافة إلى البيانات المدونة بسجلات مؤسسات الرعاية الصحية بالمراكز، وكذلك المخططات والتقارير المعدة من قبل الشركات والمؤسسات الاستشارية بمنطقة الدراسة ، وعلاوة على ذلك الكتب ، والدوريات ، والمجلات العلمية ، ورسائل الماجستير والدكتوراه التي تناولت موضوع جغرافية الخدمات الصحية ، وجغرافية الخدمات على الصعيد المحلي ، والعالمى لإعداد الإطار النظري للدراسة .

– الجانب الميداني :

والذي يعتبر من أهم خطوات البحث العلمي، وبه يتم جمع البيانات ميدانيا من خلال تصميم استمارة استبيان تحتوي على العديد من الأسئلة التي تجيب علي تساؤلات البحث ، مثل معرفة الخصائص الاقتصادية ، والاجتماعية للمرضى المترددين على المراكز الصحية والعديد من الأسئلة الأخرى التي تدور حول نوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها.

للحصول على معلومات أكثر وأدق عن استخدام المراكز الصحية والتي تعتبر من الخطوات المهمة للباحث ، فقد قام الباحث بتحديد حجم العينة 300 استمارة استبيان ، بالرغم من أن حجم العينة حسب جدول (Kregcie and Morgan)⁽¹⁾ هو 130 استمارة استبيان ، لهذا اختار الباحث حجم عينة اكبر للحصول على معلومات أكثر دقة ، موزعة على 14 مركزا صحيا أساسيا، وهناك سبب آخر أيضا لاختيار حجم العينة وهو التعداد الذي أخذه الباحث في هذه الدراسة وهو تعداد 2006م، ومن خلال استخدام العينة العشوائية الطبقية (Stratified Sample) حيث إن مجتمع العينة (المحلات) يتميز بتباين نوعيات مفرداتها، والتي يمكن تقسيمها إلى مجموعات أو طبقات ، لذلك اخترنا هذا النوع من العينات لأنه يعتبر أكثر دقة وتمثيلا لمجتمع العينة وهو يساوي⁽²⁾ :

$$\text{حجم العينة} \times \text{حجم الطبقة (عدد سكان كل محلة)}$$

$$\text{حجم المجتمع الأصلي (عدد سكان منطقة زليتن)}$$

حيث إن هناك بعض المحلات لا يوجد فيها مركز صحي فقد رحلت عينتهم إلى اقرب مركز للمحلة ، مثل محلي كعام و القزاحية حيث انضمت عينتهم إلى مركز القزاحية لأن سكان هذه المنطقة

(1) Kregcie and Morgan. D. Determing size for research activities Educational and Psychological Measurement vol.(30) 1970, P. 607-610.

(2) فتحي عبد العزيز أبو راضي، مقدمة الأساليب الكمية في الجغرافيا، (الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية. 1997. ص 73

يترددون على مركز القزاحية ، وكذلك محلاتي القصبه و مغرغرين انضمت عينتهم إلى مركز القصبه ،
 ومحلاتي السبعة و كادوش انضمت عينتهم إلى مركز سيدي عبد النور ، ومحلاتي الغويلات وأبو جريدة
 انضمت عينتهم إلى مركز الغويلات ، ومحلاتي الظهيرة والجهاد انضمت عينتهم إلى مركز سوق الثلاثاء
 ، ومحلاتي البازة والشيخ انضمت عينتهم إلى مركز حي المعلمين وهذا نفس وضع محلاتي كعام والقزاحية ،
 في حين أن هناك محلات بها مركزين فأحدهما اخذ عينة نفس المحلة والآخر أخذ عينة اقرب محلة له ،
 مثل مركز المالحه الذي أخذ عينة محلة إدواو، وكذلك الحال لمركز انس بن مالك الذي اخذ عينة محلة
 أبورقية كما هو موضح بالجدول (1.1).

أما بالنسبة لطريقة الحصول على حجم العينة طبقا للمراكز الصحية الأساسية فقد تمت بإتباع

المعادلة الآتية⁽¹⁾ :-

$$6.3 = \frac{100 \times 12192}{194842} = 1. \text{ مركز رأس سلامة}$$

فإذا كان عدد مفردات العينة المطلوبة هو 300 مفردة ، فإن نصيب كل مركز صحي من هذه

المراكز يساوي :-

$$19 = 300 \times \frac{6.3}{100} = 1. \text{ مركز رأس سلامة}$$

ومن هذه المعادلة تم الحصول على عدد استمارات الاستبيان لكل مركز صحي طبقا للمحلات

السكانية بالمنطقة ، والجدول (1.1) يوضح ذلك

(1) ناصر عبد الله الصالح، محمد محمود السرياني، الجغرافية الكمية والإحصائية "أسس وتطبيقات"، كليه التربية، جامعة الملك عبد العزيز بمكة المكرمة، 1979م، ص ص 44_46 .

جدول (1.1) حجم العينة طبقا للمحلات

ت	اسم المركز	المحلة	عدد السكان	حجم العينة
1	رأس سلامة	ازدو الشمالية	12192	19
2	ازدو الجنوبية	ازدو الجنوبية	8602	13
3	انس بن مالك	أبو رقية	4927	8
4	القزاحية	كعام + القزاحية	17999	28
5	طبطبت	ماجر	16646	26
6	القصبة	القصبة + مغرغرين	16329	25
7	سيدي عبد النور	السبعة + كادوش	22369	34
8	الغويلات	الغويلات + أبو جريدة	15425	24
9	سوق الثلاثاء	الظهيرة + الجهاد	18259	28
10	المنطرحة	المنطرحة	9399	14
11	حي المعلمين	البازة + الشيخ	17384	27
12	المالحة	ادواو	8448	13
13	القاعة	القاعة	11818	18
14	ثار الشهداء	الداقنية	15045	23
الإجمالي	14مركز	20 محلة	194842	300

المصدر :- فروع مكتب السجل المدني زليتن بيانات غير منشورة لسنة 2016م

* العمود الرابع من إعداد الباحث .

وقد تم توزيع استمارات الاستبيان بإشراف الباحث شخصيا ، حيث بدأت الدراسة الميدانية 2016/11/5م ، وانتهت في 2016/12/27 ، أي تقريبا سبعة أسابيع ، فقد اخذ الباحث ما بين يوم واحد إلى أربعة أيام لكل مركز صحي ، وهذا يعود إلى حجم مفردات العينة المخصصة للمركز الصحي الواحد ، فبعض المراكز تمت تعبئة استماراتها خلال يوم واحد فقط مثل مركز انس بن مالك وعددها 8 مفردات ، وبعض المراكز أخذت مدة 4 أيام نظرا لكبر حجم مفردات العينة مثل مركز سيدي عبد النور الذي حاز على 34 مفردة .

الدراسات السابقة :-

على الرغم من حداثة نشأة جغرافية الخدمات كفرع مستقل من فروع الجغرافيا البشرية إلا إن الدراسات الحديثة قد تناولت موضوع خدمات كثيرة ومتنوعة ، فمنها ما اهتمت بدراسة الخدمات بشكل عام سواء على مستوى دولة معينة أو إقليم محدد، وهناك دراسات أخرى تدرس خدمتين معا في دولة معينة أو إقليم محدد داخل حدودها، في حين هناك دراسات جغرافيا أخرى ذات خدمة واحدة فقط على مستوى دولة أو إقليم محدد منها، وسوف أحاول في هذا المقام سرد بعض الأمثلة عن الدراسات التي أجريت داخل ليبيا وخارجها ومن هذه الدراسات :-

أولا : على المستوي العالمي :-

الدراسة التي قام بها (كانتر) عن الجغرافيا الطبية في ليبيا سنة (1967م) والتي أشار فيها إلى أكثر الأمراض انتشاراً في ليبيا، والتي اشتملت على إحصاء للمستشفيات والأطباء وتوزيع الأمراض في المنطقة (1).

والتقرير الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية واليونيسيف عن المؤتمر العالمي الذي عقد في مدينة (ألما آتا) بدولة كازاخستان (سنة 1978 م) حول الرعاية الصحية الأولية ووضع فلسفة الرعاية الصحية الأولية ووضعت خطط وإعدادات وإستراتيجيات عالمية لتوفير الصحة للجميع بحلول (سنة 2000م) كما أن الرعاية الصحية الأولية تعتبر إستراتيجية توفير الصحة للجميع ، وضمان الخدمات الصحية الأساسية للجميع ، وكفالة جودة هذه الخدمات ، وكفاءتها واستمراريتها، والحصول عليها على أساس من العدالة والإنصاف (2).

(1) هلموت كانتر، ليبيا دراسة في الجغرافيا الطبية (ترجمة) عبد القادر مصطفى المحيشي. ط1. مطبعة مركز جهاد الليبيين للدراسات التاريخية، عام 2002 م .

(2) منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، إعلان ألما- آتا، عاصمة كازاخستان آنذاك، صدر المؤتمر الدولي عن الرعاية الصحية الأولية، في سبتمبر 1978 م .

ويمثل مؤتمر " ألما آتا " تحولاً استراتيجياً جذرياً في النظرة للخدمات الصحية والرعاية الصحية الأولية بصفة عامة . وقد كان لمسيرة الرعاية الصحية الأولية منذ عام (1978 م) تأثيراً هائلاً علي النظم الصحية الوطنية في إقليم شرق المتوسط للتنمية الصحية ، وعلى طريقة تقديمها للخدمات الصحية ، وقد هيأت الرعاية الصحية الأولية بيئة مواتية للعديد من المبادرات والبرامج الناجحة التي نشهدها في هذه الآونة ، وبحلول الذكرى (25) للرعاية الصحية الأولية ، تسنح الفرصة لإجراء مراجعة جذرية للنظم الصحية الوطنية ، فقد آن الأوان لتكوين فكرة جديدة أو رؤية جديدة تأخذ في الاعتبار التحديات والتغيرات، والمبادرات ، والاستراتيجيات الجديدة على صعيد العالم اجمع ، والاستفادة من الخبرات السابقة في مجال الرعاية الصحية الأولية.(1)

وكذلك دراسة (محسن المظفر، سنة 1979م) عن التحليل المكاني لأمراض متوطنة في العراق وهي دراسة عن التخطيط الصحي، حيث قام بدراسة بعض الأمراض في المنطقة، متتبعا تاريخها ومراحل تطورها من الفترة (1974- 1995م) وقد قسم العراق إلى خمسة أقاليم وكل إقليم خصائصه الطبيعية والصحية المميزة . هذا وقد قام باقتراح هيكلية جديدة للخدمات الصحية في العراق .(2)

وفي دراسة لـ (بو حمرا والزيد، سنة 1999م) حول رضا المراجعين عن مستوى الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بدولة الكويت . فقد تم التعرف على رضا المريض لعنصر موثوق به له حكم علي مستوى الخدمات، وأنه أداة مهمة لتقييم نتيجة هذه الخدمات، وأنه يوجد في كل منطقة مركز للرعاية الصحية الأولية يعرف باسم (مستوصف سابقاً) وتنقسم إلى نوعين :-

- مراكز طب العائلة .

(1) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط . الورقة التقنية : الرعاية الصحية الأولية :25عام بعد ألما آتا، الدورة الخمسون، 2003م .

(2) محسن المظفر، التحليل المكاني لأمراض متوطنة في العراق . دراسة في الأسس الجغرافية للتخطيط الصحي، مطبعة الإرشاد بغداد، ط1، 1979م .

- مراكز الرعاية الأولية التقليدية، بالإضافة إلى الخدمات الوقائية .

وبينت هذه الدراسة أنه توجد ثلاثة مستويات للنظام الصحي، المستوى الأول وهي المستوصفات الصحية الأولية وكان عددها الإجمالي (68) وفي المستوى الثاني المستشفيات العامة وعددها (6) أما المستوى الثالث والذي يعني به المراكز والمستشفيات المتخصصة بلغ عددها (13). وأيضاً تضمنت أبعاداً جديدة للرضا لم يتطرق إليها أحد حسب علم الباحث من قبل بدول الخليج الشقيقة وهي الرضا عن الطبيب الوطني والرضا عن الطبيب غير الوطني، توصل الباحث إلى نتائج أهمها أن ثلاثة أرباع العينة بصحة جيدة والباقي منهم يتردد على المراكز الصحية حيث تصل عدد زياراتهم إلى 6 مرات أو أكثر في السنة . ويرى الباحثان أن هناك خللاً في السلوك الصحي، كما تبين من النتائج أن المراجعين راضون بشكل عام عن الخدمات المقدمة لهم .⁽¹⁾

ثم دراسة (معصومة احمد وغانم سلطان، سنة 1999م) التي جاءت بعنوان الرضا عن الخدمة الصحية بدولة الكويت لدى كل من الجمهور المستفيد والأطباء . حيث استهدفت الدراسات معرفة مستوى الرضا عن المجالات الصحية بالكويت للمستفيدين والعاملين بها ومعرفة مستوى التقبل لدى الجمهور للعلاج المقدم، وأيضاً مدى تحمس العاملين في المجال الصحي في أداء عملهم . وأيضاً التعرف على المشكلات التي تواجه الجمهور أثناء طلب الخدمات، وتوصلت الدراسة إلى نتائج من أهمها أن المستفيدين من الذكور كانوا أكثر رضا من الإناث، عن بعض مجالات الخدمات الصحية بالدولة. ففي مجالات العلاقات الإنسانية اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة بين متغيرات الجنس والجنسية والوظيفة ، كما بينت الدراسة أن هناك تأخيراً في إجراء العمليات في مواعيدها الأصلية بالمستشفى وإهمال المسعفين الطبيين وحاجه سيارات الإسعاف إلى تجهيزات حديثة ، والمطالبة بزيادة عدد المراكز الصحية نظراً لزيادة

(1) سناء صالح أبو حمرا - ويدر محمد الزيد (رضا المراجعين عن مستوى الخدمة في مراكز الرعاية الصحية بدولة الكويت)، دراسة ميدانية، مجلة الخليج والجزيرة العربية . العدد 95 . السنة الرابعة، 1999م ، ص ص 13=58.

عدد السكان وطول فترة انتظار المرضى، وعدم توفير الأدوية بالشكل المطلوب، وعدم كفاية أعداد الأطباء في بعض المناطق، وعدم كفاية عيادات الأسنان ببعض المناطق الصحية ، وانتهت الدراسة بتأكيدها أن هناك فروقا واضحة ذات دلالة إحصائية في مجال الرضا عن الخدمات الصحية بالنسبة لجمهور المستفيدين منها، وبالنسبة للأطباء ، فتبين انه لا يوجد فروق واضحة بينهم في مجال الرضا عن الخدمات الطبية وتقارب وجهات نظرهم فيما يتعلق بالمشكلات .⁽¹⁾

وهناك دراسة أيضا (لمحسن المظفر، 2002) عن التحليل المكاني لتوزيع الخدمات الصحية في مدينة بغداد . حيث تناولت هذه الدراسة أسباب اختبار وتوزيع المؤسسات الصحية بهذه المدينة ، وإلي أي مدي يتحقق هذا التوزيع المتجانس، ولقد قام الباحث بتقسيم مدينة بغداد إلى (56) مربعا مساحة كل مربع (16 كم²)، وذلك حتى يتسنى له التوزيع المكاني للخدمات الصحية بالتفصيل، طبقا لاختبار بواسون الإحصائي (poisson distribution) وهو 1.8 مركز لكل مربع، ولقد أكدت نتائج الاختبارات التي أجريت في البحث أن توزيع المؤسسات الصغيرة غير متجانسة مع قطاعات المدينة ، بينما تميل العيادات الشعبية إلى التجانس ، كما تبين أيضا أن التوزيع الجغرافي للأطباء وذوي المهن الطبية والصحية في قطاعات المدينة لا يتفق وحجم السكان، مما أدى إلى اشتداد حركة السكان من قطاعاتهم إلى قطاعات أخرى تتوفر فيها المطالب الصحية.⁽²⁾

ثانيا : علي المستوي المحلي :

ومن أهمها دراسة (العبيدي) التي تناولت الخدمات في العيادات المجمعمة بمدينة بنغازي وأفاقها المستقبلية (سنة 2002 م) من حيث سهولة الاتصال بها ، ومدى انتفاع السكان بخدماتها كما تطرقت

(2) معصومة أحمد إبراهيم، غانم سلطان (الرضا عن الخدمات الصحية لدولة الكويت لدي كل من الجمهور المستفيد والأطباء) المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد السابع والستون، 1999م، صص 114-173 .
(1) محسن عبد الصاحب المظفر، الجغرافيا الطبية محتوى ومنهج وتحليلات مكانية، دار الشموع الثقافية الطبعة الأولى 2002م .

هذه الرسالة إلى سلوك الأطباء والممرضين اتجاه المرضى، ومدى توافر الأدوية للأمراض المنقشية في

المدينة، وتأثير الموقع والحالة الاقتصادية على عدد المرضى في العيادات المجمع. (1)

ومن ضمن الدراسات السابقة دراسة لـ (ونيس الشركسي، سنة 2000 ف) عن التعليم والصحة في بلدية مصراتة، حيث اهتمت بمشكلة صعوبة وصول المواطن إلى هذه الخدمات. وقد تبين منها أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية متفق مع توزيع الكثافة السكانية في البلدية إلى حد كبير، مع استثناء بعض حالات الخلل مثل (عجز بعض المواطنين في الوصول إلى عيادات السكر والأسنان). وقد تناول الباحث مواضيع متعددة لعل أهمها جغرافية ديموغرافية سكان بلدية مصراتة والتطور العمراني الجغرافي لأهم العيادات العامة، ومكانتها في ليبيا، وانتهي بتتبع العيادات العامة في ضوء بعض متغيرات الدراسة الميدانية، وخلص في نهاية الدراسة إلى نتائج لعل أهمها أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في المنطقة يبدو مرضيا. (2)

كما أجريت دراسة لـ (كريمة مصطفى، سنة 2002 م) عن الوظيفة الصحية لمدينة الزاوية تناولت فيها التطور التاريخي للخدمات الصحية في ليبيا وفي مدينة الزاوية، والتي تعتبر رابع مدن ليبيا في عدد السكان، كما تناولت هذه الدراسة توزيع المرافق الصحية قبل وبعد المخطط الحضري للمدينة، والاحتياجات الطبية سنة (2025 م) هذا وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الحدود الإقليمية للمرافق والمؤسسات الصحية في الزاوية، كما أشارت إلى مستقبل الخدمات الصحية بالمنطقة. (3)

(2) سالم فرج العبيدي، التوزيع الجغرافي لخدمات العيادات المجمع في مدينة بنغازي وأفاقها المستقبلية، دراسة تطبيقية في الجغرافية الطبية، في كتاب: دراسات تطبيقية في جغرافية ليبيا البشرية، تأليف: عوض يوسف الحداد، سالم فرج العبيدي، بنغازي، منشورات جامعة قارونس، ط1، 2002 م، ص ص 75-99 ..

(3) ونيس عبد القادر الشركسي، التعليم والصحة في بلدية مصراتة، دراسة في جغرافية الخدمات، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة القاهرة 2000م

(1) كريمة مصطفى، الوظيفة الصحية لمدينة الزاوية، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة السابغ من ابريل، الزاوية 2002 م .

وفي دراسة أخرى لـ(محمد الرقيبى سنة 2002 م)، عن الخدمات الصحية في مدينة الزاوية حيث ركزت على أهم المرافق الصحية في المدينة، ومستوي هذه المرافق والخدمات التي تقدمها، كما تحدث عن التوزيع المكاني للمرافق والخدمات الصحية في المدينة وإقليمها (1).

وكذلك الدراسة التي قام بها (عمار سلامة إمحمد ، سنة 2004 م) عن الوظيفة الصحية في مدينة يفرن، وذلك للتعرف على قدرة المدينة على تلبية احتياجات سكانها من الخدمات الصحية ، بالإضافة إلى معرفة طبيعة الموازنة المكانية في توزيع المرافق الصحية بين أحياء المدينة ، وطبيعة المصاعب والتسهيلات التي تخلقها مواقع تلك المرافق، وقد خلصت الدراسة إلى وجود نقص كبير في المرافق الصحية تعاني منه المدينة ، بالإضافة إلى عدم وجود توافق في التوزيع المكاني للخدمات الصحية مع توزيع السكان، علاوة على عدم مراعاة الاعتبارات التخطيطية والجغرافية في توزيع الخدمات الصحية.(2)

أما الدراسة التي قام بها (أسامة البرعصي ، سنة 2004 م) ، فتناولت التباين المكاني للخدمات الصحية والتعليمية لمدينة المرج الجديدة ومعرفة الأسباب التي تجعل السكان يقطعون مسافات طويلة للوصول إلى هذه الخدمات، فقد قام الباحث بأخذ عينة بلغ حجمها 450 مترددا، وأوضحت نتائج الدراسة أن نسبة 94 % من إجمالي السكان يذهبون إلى العيادات والمراكز الصحية البعيدة عنهم ، وذلك إما

(2) محمد الرقيبى، الإقليم الوظيفي لمدينة الزاوية، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة السابع من ابريل، الزاوية 2002 م .

(3) عمار سلامة إمحمد، الوظيفة الصحية لمدينة يفرن، دراسة في جغرافية المدن، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة السابع من ابريل، الزاوية 2004 م.

لكفاءة العيادات البعيدة، أو للبحث عن تخصص طبي غير موجود بالعيادات أو المركز الصحي القريب من سكنهم (1).

وبالنسبة لدراسة (الدادة ، سنة 2004 م) عن الوحدات الصحية في منطقة أو باري ومدى كفايتها وكفاءتها لمتطلبات سكان وادي الحياة فقد تناولت هذه الخدمات من حيث تطويرها وعلاقتها بتوزيع السكان ، وازدياد السعة السريرية وكفايتها لسكان المنطقة، كما أوضحت المشاكل التي تواجه سكان وادي الحياة في البحث عن الخدمات الصحية ، وإبراز آرائهم عن مدى كفاءة مواقعها الحالية ، ومدى رضا سكان المنطقة عن الأطباء والعاملين بالمرافق الصحية ، وعن مدى توفر الأدوية والخدمات السريرية ، وقد شملت هذه الدراسة عينة من سكان وادي الحياة وأسرههم والكشف عن الحالة الصحية لأفراد العينة ، وكذلك استخدم الباحث بعض الأساليب الإحصائية، (مثل مربع كاي)، كما استخدم خرائط توزيع المرافق الصحية بالمنطقة وتوصل إلى نتائج أهمها :

- أن نسبة كبيرة من مستخدمي المرافق الصحية بالمنطقة لا يميلون للرضا عن كفاءة الأطباء العاملين بهذه المرافق .
- أن الذكور أكثر رضا من الإناث فيما يتعلق بمعاملة أطعم التمريض، وهم أقل رضا من الإناث في تقييم كفاءة الأطباء .
- أنه كلما كان عدد أفراد الأسرة أكبر كانوا أكثر عرضة للمرض .
- أن الأمراض الأكثر شيوعا في المنطقة هي أمراض الجهاز التنفسي . (2)

(4) أسامة خير الله البرعصي، التباين المكاني للخدمات الصحية والتعليمية في مدينة المرح الجديدة، دراسة في جغرافية الخدمات رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة قاربونس، بنغازي، 2004 م .

(1) اوخن عمر الدادة، الوحدات الصحية في منطقة أوباري ومدى كفايتها وكفاءتها لمتطلبات سكان وادي الحياة، دراسة في الجغرافية الطبية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة قاربونس، بنغازي، 2004م.

وتأتي دراسة (غادة محمد ، سنة 2005 م) عن الوظيفة الصحية لمدينة صرمان، متناولة تحليلاً كاملاً للمدينة وتطورها التاريخي بالنسبة للخدمات الصحية ، وتوزيع المرافق الصحية قبل وبعد المخطط الحضري ، والاحتياجات الطبية لسنة (2025 م). وقد أشارت الباحثة إلى الحدود الإقليمية للمرافق والمؤسسات الصحية ، وإلى مستقبل الخدمات الصحية في المدينة .⁽¹⁾

وفي دراستها للتوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية الأولية بمدينة بنغازي، تناولت الباحثة (هالة لنقي ، سنة 2005م):التقييم الحالي للخدمات الصحية العامة من حيث التوزيع الجغرافي، والكفاءة في مستوى الخدمات مقارنة بالعيادات الخاصة ، وذلك بهدف تقديم خدمات صحية جيدة حالياً ومستقبلاً ورفع مستواها كما وكيفا . واعتمدت هذه الدراسة على اختيار عينتين: الأولى/ وتتكون من (450 مريضاً) موزعة على (11 مركزاً صحياً) باستخدام العينة الطبقية، والثانية/ تتكون من (200 مريضاً) موزعةً على أربع عيادات خاصة ، وقد توصلت هذه النتائج إلى الحقائق التالية :-

- التنبؤ بعدد السكان حتى عام (2010 م)، مقارنة ذلك مع الخدمات الصحية القائمة (وحدة صحية ، مركز صحي، عيادة مجمعة) من خلال المعايير التخطيطية ، ووجوب إعادة توزيع هذه الخدمات جغرافياً، وبيان عدم وجود القوي العاملة الكافية .

- سهولة الوصول والاتصال بالخدمات الصحية العامة والخاصة .

وقد خلصت الدراسة ببعض النتائج كالتباين في سلوك المرضى في البحث عن مصادر العلاج نتيجة لاعتبارات اقتصادية واجتماعية وإدارية ومادية مما يجعل المريض يتجه لخدمة دون الأخرى ، وكذلك التباين في توزيع الخدمات الصحية مما يترتب عليه عدم وجود عدالة بين السكان في تلقي الخدمة

(2) غادة عبد الوهاب الطاهر محمد، الوظيفة الصحية لمدينة صرمان، دراسة في جغرافية المدن رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة السابع من ابريل، الزاوية، 2005م.

، ووجود خلل في عملية التخطيط للخدمات الصحية بسبب القصور في البيانات والمعلومات المتوفرة ،
والتفاوت في كفاءة الخدمات الصحية العامة وتركز معظم الخدمات الصحية في نطاق خمسة كيلومترات
عن مركز المدينة .(1)

كذلك قامت الباحثة (ابتسام الفيتوري عمران ، سنة 2006 م) بتقديم دراسة تهدف إلى معرفة قدرة
مدينة صبراته على تلبية احتياجات سكانها، وسكان إقليمها من الخدمات الصحية، ودراسة طبيعة الموازنة
السكانية في توزيع المرافق الصحية على أحياء المدينة ، كما تناولت مستوي الأداء الحالي للخدمات
الصحية . وأكدت نتائج الدراسة إن الوضع الصحي في ليبيا قد مر بعدة مراحل متباينة حيث تحسنت
الأوضاع الصحية بعد الثمانينات وتطور الوضع الصحي في مدينة صرمان . وأكدت نتائج الدراسة أيضا
أنه ليس هناك تقيد بتوصيات الهيئة الاستشارية البولندية لسنة 2000م، بشأن زيادة السعة السريرية
للمستشفى، وأنه ليس هناك توافق بين توزيع المرافق الصحية والتجمعات السكانية، وأن استعمال الأرض
للأغراض الصحية لم يزد عن 0.06 هكتار داخل التخطيط.(2)

كما نذكر الدراسة التي أجراها (يعقوب صبره ، سنة 2008 م) عن التباين المكاني للخدمات
الصحية في شعبية درنة حيث استخدم الباحث عدد السكان بشعبية درنة ، والمعيار الوطني للأطباء
والأسرة كمقياس لمدي كفاية هذه الخدمات، كما استخدم الباحث (مربع كاي) لقياس بعض العلاقات ذات
الصلة بموضوع الدراسة. ومن خلال ذلك تبين أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية والتخصصات
الطبية وعدد الأسرة لا يجارى التطور العددي للسكان بالشعبية، وأكد أن هناك خلا واضحا في توزيع هذه
الخدمات حيث تحظى بعض المناطق بوفرة الأطباء والصيدالة في الوقت الذي تفتقر لذلك مناطق أخرى،

(1) هالة عوض لنقي، التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية الأولية بمدينة بنغازي وآفاقها المستقبلية، رسالة ماجستير(غير منشورة) ،قسم
الجغرافية، كلية الآداب، جامعة قاريونس،بنغازي، 2005م.
(2) ابتسام عامر الفيتوري عمران، الوظيفة الصحية لمدينة صبراته، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة السابغ من
ابريل الزاوية، 2006م .

واتضح أن معدل الأطباء لكل مواطن لا يتفق مع المعيار الوطني، وكذلك تبين أن هناك نقصاً في الأدوية والمعدات الطبية وخاصة في مدينة القبة، وهي أكبر مدينة في الشعبية . وتبين أيضاً أن أهم أسباب تفضيل مرفق صحي دون آخر هو القرب من محل السكن، وكشفت نتائج الدراسة أيضاً عن تدني مستوى الأطباء وهيأة التمريض وبالأخص في مدينة القبة وانعدام خدمة الاتصال لطلب الطبيب أو العلاج في المرافق الصحية.(1)

أما عن دراسة (علي التير ، سنة 2008 م) عن الخدمات الصحية والتعليمية في منطقة زليتن فقد تناول الباحث جغرافية الخدمات والتي من أهمها الخدمات الصحية في منطقة زليتن، وذلك من خلال التوزيع العددي والنوعي لمرافق هذه الخدمات ، ومرافق الخدمات الصحية التابعة لقطاع الدولة ، والقطاع الخاص في المنطقة ، والتعرف على أهم التخصصات الطبية ، وحجم المرضى المترددين عليها حسب النوع ، وقياس مستوى كفاءة الخدمة الصحية العلاجية الإيوائية بالمنطقة ، وخلص الباحث في نهاية دراسته إلى نتائج لعل أهمها أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية بالمنطقة يبدو مرضياً حيث توصل إلى بعض التوصيات يمكن أن تلخصها في التأكد من رفع مستوى كفاءة الخدمات الصحية في المنطقة بتوفير المتطلبات المادية والبشرية اللازمة داخل مرافق هذه الخدمة.(2)

ومن الدراسات المهمة أيضاً دراسة (العبيدي، سنة 2002م) عن الخدمات الصحية لعيادة العقورية، حيث استخدم في هذه الدراسة الأسلوب الوصفي، وقام باستبيان موزع على عينة عشوائية بلغ عددها 200 شخص، وأجريت بها مقابلات شخصية وباستخدام (مربع كاي) لتطبيق هذه البيانات وبالاستعانة ببعض المصادر الرئيسية والدوريات المتخصصة لغرض الوصول إلى نتائج دقيقة، وهي أن

(1) يعقوب عبد الكريم صبره، التباين المكاني للخدمات الصحية في شعبية درنة، دراسة في جغرافية الخدمات، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة قاريونس، بنغازي، 2008م.

(2) علي محمد إبراهيم التير، التعليم والصحة في منطقة زليتن دراسة في جغرافية الخدمات، رسالة دكتوراه (غير منشورة) جامعة الدول العربية، المنظمة العربية للتربية والعلوم والثقافة، معهد البحوث والدراسات العربية، قسم البحوث والدراسات الجغرافية، سنة 2008م.

حوالي 82.5% من حجم العينة المدروسة يرون أن العلاج في المدن الكبرى مثل طرابلس وبنغازي أفضل بكثير مما يحصلون عليه في منطقتهم ، بالإضافة إلى نقص الأطباء المتخصصين ونقص المعدات الطبية ونقص الأدوية وانعدام النظافة وانعدام خدمات الإسعاف السريع وعدم الاهتمام بصيانة الطرق ووسائل النقل العام ، مما يؤدي إلى وجود صعوبة في وصول الكثير من المرضى إلى المرافق الصحية ، ومن ثم إيجاد الحلول للكثير من المشاكل الصحية بمنطقة الدراسة.(1)

كما أجريت دراسة أخرى لـ (فايز البرعصي، سنة 2008 م) عن التباين المكاني في الخدمات الصحية بمدينة طبرق، فقد بين الباحث في هذه الدراسة أن التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية في منطقة الدراسة لا ينسجم مع التوزيع السكاني والقوي العاملة التي تمثلها محلات المدينة، وتدني الخدمات الصحية بهذه المحلات كالمراكز الصحية والعيادات المجمع والمراكز الطبية وبالإضافة إلى نقص الأطباء البشريين والأسنان والصيدلة ، وأيضاً وضح الباحث أن المسافة، ومستوى الخدمات، ووسيلة المواصلات، لها أثر كبير في التردد علي المرافق الصحية في الوقت الذي يتضح فيه بأنه لا يوجد أي نوع من التأثير للمستوى التعليمي ونوع المرفق الصحي والدخل الشهري على عدد مرات التردد.(2)

كما أن الباحثة (كريمة الحاسي، سنة 2008 م) في دراستها عن التخطيط الصحي بمدينة شحات، سلطت الضوء على معرفة الدور الذي يلعبه التخطيط الصحي في رفع مستوى كفاءة المرافق الصحية العامة في منطقة شحات وضواحيها، حيث يتضمن التخطيط توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين ؛ بهدف بلوغ المستوي الصحي المطلوب سواء كان للفرد أو للمجتمع . وقد توصلت الباحثة إلى أن منطقة الدراسة لم تحظ بتخطيط شامل في جميع قطاعاتها، من قبل شركة دوكسيادس اليونانية

(1) سالم فرج العبيدي، محددات الانتفاع بالخدمات الصحية بعبادة العقورية الخارجية : دراسة تطبيقية في الجغرافيا الطبية، في كتاب دراسات تطبيقية في جغرافية ليبيا البشرية، مرجع سابق . ص ص 155-204.

(2) فايز آدم البرعصي، التباين المكاني للخدمات الصحية في مدينة طبرق، دراسة في جغرافية الخدمات رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الجغرافية، كلية الآداب جامعة قارونس 2008م .

سنة (1982 م) وأيضاً بالنسبة للمراكز الصحية للمنطقة حيث لم تكن كافية لسد الاحتياجات الصحية لجميع المواطنين، مما أدى إلى ذهاب المواطنين إلى مدن أخرى للبحث عن رعاية صحية أفضل، حيث يتوفر في المدينة مركزين صحيين فقط ووحدة صحية واحدة، ويقدمان الخدمة الصحية إلى حوالي 21,001 نسمة من السكان. أما الوحدات الصحية الموزعة على المناطق الريفية المجاورة فإنها تقدم إسعافات أولية فقط في خلال الفترة الصباحية وباستخدام المقياس الإحصائي (مربع كاي) لدراسة العلاقة الإحصائية، تبين أن المراكز الصحية الموجودة ينقصها العديد من الخدمات أولها التخصصات الطبية، والأطباء والأدوية والمعدات الطبية، كما أن المدينة لا تشمل هرمية في الخدمات الصحية، إضافة إلى عدد مراكزها لا يتماشى مع الزيادة السكانية المستمرة بمنطقة الدراسة.⁽¹⁾

ونأتي إلى دراسة (سمية عقيل، سنة 2008 م) عن توزيع الخدمات الصحية بمنطقة ترهونة، حيث تحدثت في البداية عن الظواهر الطبيعية والبشرية المؤثرة في المنطقة، وتناولت بعدها الوضع الصحي في ليبيا من أيام الحكم العثماني إلى الوقت الحاضر، والوضع الصحي في ترهونة أيضاً، من حيث توزيع المراكز والمرافق والمؤسسات الصحية في المنطقة، ومدى انتشارها، ومدى توفر خدماتها لمنطقة الدراسة، واستخدمت بيانات معدة على شكل استبيانات موزعة على سكان منطقة الدراسة، وباستخدام (مربع كاي) الأسلوب الإحصائي لقياس العلاقات تبين أن هناك خللاً في التوازن بالنسبة لتوزيع الخدمات الصحية في المنطقة، ومن ثم حددت كيفية علاجها وإيجاد الحلول لها.⁽²⁾

ومن الدراسات الحديثة: دراسة لـ (سالمة الجبو، سنة 2009)، عن التحليل الجغرافي لواقع الخدمات الصحية في شعبية النقاط الخمس، حيث اعتمدت في هذه الدراسة على بيانات رسمية وبيانات

(1) كريمة محمد عطية الحاسي، التخطيط الصحي وأثره في تحسين الأداء الكلي للمرافق العامة بمنطقة شحات وضواحيها، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة قارونس، بنغازي، 2008 ف.

(2) سمية علي البشير عقيل، التوزيع المكاني للخدمات الصحية بمنطقة ترهونة، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب والعلوم ترهونة، جامعة المرقب 2008 ف.

ميدانية ثم معالجتها على أساس تقسيم الشعبية إلى أربعة مناطق (زواره - صبراته - العجيلات - الجميل). كما تناولت الباحثة التباين المكاني بين مناطق الشعبية في مجال حجم الإمكانيات الصحية والممتدة من (2006-2008م)، وقد استخدمت الباحثة في دراستها وحدات قياس عبء المؤسسات واستخدام برامج الرزم الإحصائية والتوزيعات التكرارية واختبار (مربع كاي)، فتوصلت إلى مستوى التطور الذي طرأ على الخدمات الصحية بليبيا وبمنطقة الدراسة ، والتوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية والخدمات والعاملين فيها، وخدماتها بحسب مناطق الشعبية . وقد قامت الباحثة بتحليل تفصيلي لانتشار الأمراض في مناطق الشعبية ، واختبار إمكانيات المؤسسات في مواجهتها، واستخدمت الباحثة أسلوب العرض والتحليل ؛ للإجابة على صحة الفروض الموضوعة ومن ثم أكد التحليل تمام صحة هذه الفروض (1).

(3) سالمة عامر بوعجيلة الجبو، التحليل الجغرافي لواقع الخدمات الصحية في شعبية النقاط الخمس، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية، كلية الآداب، جامعة السابع من ابريل، الزاوية 2009م .

الخلاصة:

تحدثت اغلب الدراسات السابقة سواء كانت على المستوى العالمي او المستوى المحلي عن الخدمات الصحية بشكل عام ، وبعضها على خدمتين الصحية والتعليمية معاً ، وكل الدراسات السابقة نجدها متشابهة إلى حدٍ ما من حيث دراستها العامة للخدمات الصحية دون توضيح لأنماطها ومستوياتها الخدمية ، حيث بينت هذه الدراسات مدى كفاءتها وكفايتها للسكان ، وأيضاً توزيع وتطور الخدمات الصحية بمناطق دراستها، وتقديراتها المستقبلية ، حيث توصلت الدراسات السابقة إلى إستنتاجات متشابهة منها نقص توفر الأدوية والمعدات الطبية وكذلك الأطباء وذوي المهن الطبية والطبية المساعدة ، والفنيين ، وهذا أيضاً ما توصلت إليه هذه الدراسة إلا أنها سلطت الضوء على المستوى الثاني من الخدمات الصحية ، والتي تتكون من أربع مستويات للخدمات الصحية ، فالأول منها هي الوحدات الصحية والتي تعرف بوحدات الرعاية الصحية الأولية والمستوى الثاني هو المراكز الصحية الأساسية ، والمستوى الثالث العيادات المجمعّة . أما المستوى الرابع والأخير فهي العيادات الخارجية بالمستشفيات العامة سواء كانت المستشفيات القروية أو المستشفيات المركزية الطبية ، حيث ركزت هذه الدراسة على المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن والتي كان عددها أربعة عشر مركزاً صحياً ، فقد توصل الباحث في هذه الدراسة إلى أن هناك نقص في توفير المعدات الطبية ومن أطباء وهيئة تمريض ، والفنيين وكذلك سوء الإدارة ، وأوضح أيضاً بعض المشاكل العامة التي تواجه المترددين على هذه المراكز الصحية الأساسية ، وتوصل الباحث إلى عدة توصيات وحلول لهذه المشاكل ، وكذلك بينت التقديرات المستقبلية لسكان منطقة زليتن ومدى احتياجهم للمراكز الصحية الأساسية والعاملون بهذه المراكز من أطباء وممرضين وغيرهم .

الفصل الثاني

الخصائص الطبيعية والبشرية لمنطقة الدراسة

- أولاً: الخصائص الطبيعية

○ الموقع

○ مظاهر السطح

○ المناخ

- ثانياً: الخصائص البشرية

○ نمو السكان

○ كثافة السكان

○ تركيب السكان

ويتضمن هذا الفصل البيئة الطبيعية والبشرية لمنطقة الدراسة ويهدف إلى توفير الظروف الملائمة لسكان المنطقة في أداء وظيفتهم الخدمية والتأقلم فيها، حيث تمتاز الظروف الطبيعية بتباينها من منطقة إلى أخرى، وتتوفر في كل منها ما يميزها على المنطقة الأخرى.

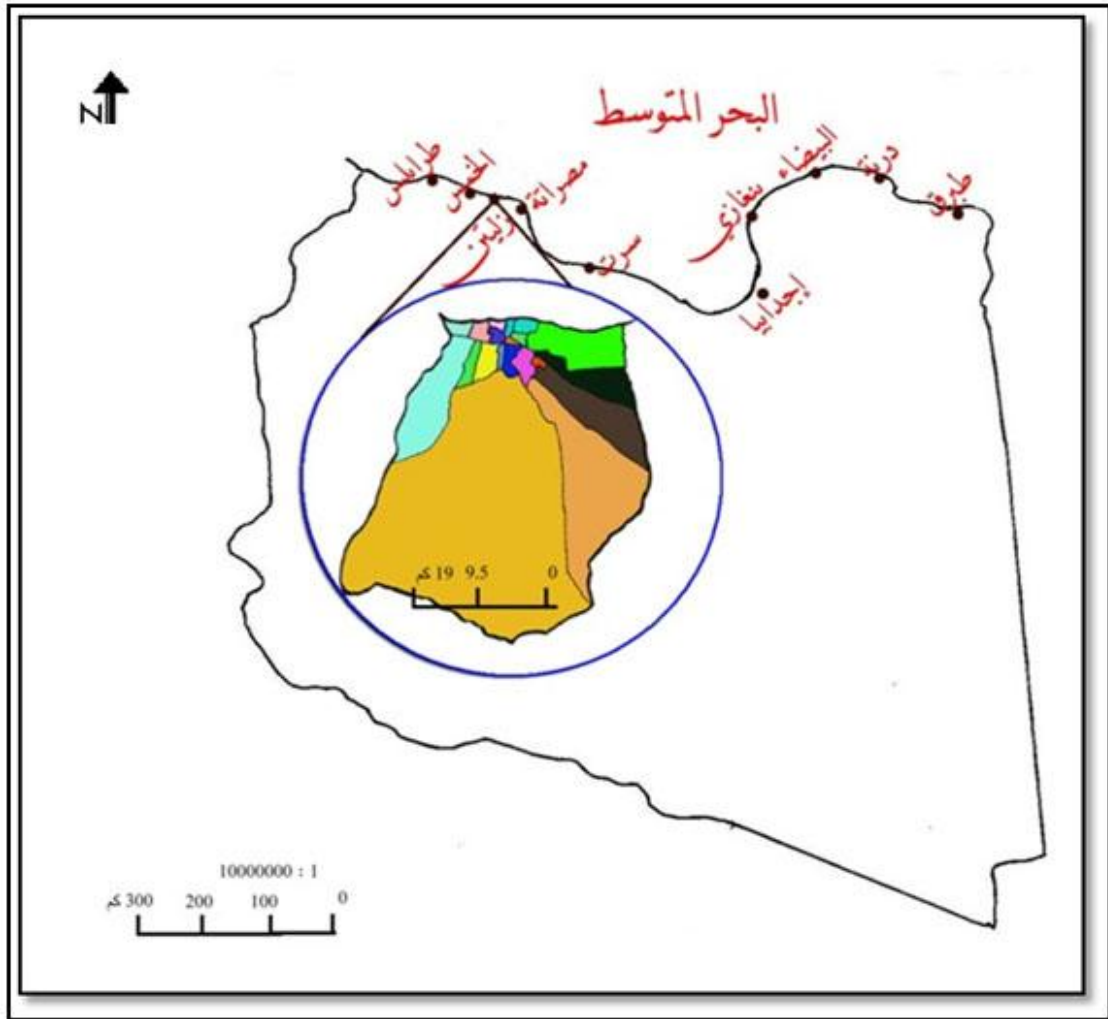
أولاً : الخصائص الطبيعية :

الموقع :

تقع منطقة زليتن على الساحل الشمالي الغربي من ليبيا ضمن سهل مصراتة بمحاذاة البحر على مسافة (160 كلم) شرق العاصمة طرابلس وحوالي (60 كلم) غرب مصراتة وبين دائرتي عرض (32°) $00'$ ، $30'$ شمالاً وبين خطي طول ($15^{\circ} 00'$)، $14^{\circ} 15'$ شرقاً ويحدها من الشمال البحر المتوسط ومن الجنوب منطقة بني وليد ومن الشرق منطقة مصراتة . أما من ناحية الغرب فتحدها كل من الخمس ومسلاته وترهونة، وتشمل منطقة الدراسة مساحة قدرها 2470 كم^2 ، وهي تمثل نسبة 0.14% من مساحة البلاد البالغ $1,759,540 \text{ كم}^2$ (1)، أنظر الخريطة (1.2) .

(1) عبدالرحمن عيسى الغافود، أثر المناخ والسطح على النبات الطبيعي بمنطقة زليتن، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة طرابلس، 2013م ، ص22

خريطة (1.2) الموقع الجغرافي لمنطقة الدراسة



المصدر :- ج. ع. ل. ش. أ، اللجنة الشعبية للتعليم، الأطلس التعليمي، ص 50 .

مكتب التخطيط العمراني زليتن، خريطة بمقياس رسم (1 : 10000)

مظاهر السطح :

تعد من المظاهر الطبيعية التي تميز المناطق عن بعضها البعض، فالجبال والسهول والهضاب والأودية كلها مظاهر تضاريسية تعطي المنطقة الموجودة فيها طابعها المميز ، حيث تتصف منطقة الدراسة بسهولة تضاريسها وأنها على درجة عالية من الاستواء، الأمر الذي يساعد على شق الطرق وإنشاء العديد من المؤسسات الخدمية، حيث نجد أن سطحها ينخفض تدريجياً من الجنوب إلى الشمال، حيث يمر خط كنتور 60 متراً إلى أن يصل 20 متراً شمالاً ، باستثناء وجود الكثبان الرملية الشاطئية التي تمثل الرواسب الرياحية للزمن الرابع فهي تتألف من تربة بيضاء ناصعة وذات حبيبات كبيرة وخشنة، وأحياناً يتكون من رمال متوسطة إلى ناعمة ومتجانسة أعيد ترسيبها، وارتفاعها قد يصل إلى (35متراً) وتمتد بمحاذاة البحر. ⁽¹⁾، يضاف إلى ذلك أن سطح المنطقة يأخذ في الارتفاع كلما اتجهنا جنوباً خاصة نحو الجهة الجنوبية الغربية، حيث يمر خط الكنتور 80م ⁽²⁾.

أما بالنسبة لسطح منطقة زليتن نجد أن خط الكنتور في تلك الجهة يصل إلى 200 متر، حيث نلاحظ ارتفاعات على هيئة تلال ، وكذلك انتشار بعض من المجاري والأودية الجافة كوادي كعام وماجر. فمظاهر السطح لها تأثير على توزيع الخدمات والمراكز الصحية، حيث تعيق الحافات الجبلية وعملية التوسع في إنشاء المرافق واختيار مواقعها المناسبة، فالمناطق الوعرة والشاهقة الارتفاع يكون التوسع فيها غاية في الصعوبة وباهظة التكاليف، وهذا ما أدى إلى دراسة مظاهر السطح لأية منطقة قبل البدء في تنفيذ أي مشروع بالتوسع العمراني فيها وخاصة الخدمات التي يجب يكون الوصول إليها سهل

(1) عيد السلام محمد الحشاني، التصحر والتدعيم والرجوعية في المنطقة الساحلية مصراتة الخمس، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا، كلية الآداب بزلين، ليبيا، جامعة ناصر، 2000م، ص 49.

(2) سالمة فرج عاشور الفيتوري ، دور مدينة زليتن في إقليمها : دراسة في تحديد الإقليم الوظيفي للمدينة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قارونس ، بنغازي ، 2010م ، ص 18

المناخ :

فرض الموقع الجغرافي على منطقة الدراسة ظروفًا مناخية اختلطت فيها المؤثرات البحرية بالمؤثرات القارية ، فكلما تغلبت المؤثرات البحرية توغلت بتأثيرها نحو الداخل، وكلما تغلبت المؤثرات القارية وصلت بتأثيرها إلى الساحل، وطبيعي أن تتضح صورة المؤثرات البحرية كلما اقتربنا من البحر حيث اعتدال الحرارة وارتفاع نسبة الرطوبة صيفاً ودفء الجو وهطول المطر شتاءً. (1)

وللمناخ تأثير بالغ على صحة الإنسان وسلامته وحركته وتنقلاته، وعلاوة على ذلك يؤخذ في الاعتبار عند اختيار الموقع لإنشاء المباني والمرافق العامة واتجاهاتها، فمنذ القدم أدرك الإنسان أن الطقس والمناخ لهما تأثير مباشر على صحة الإنسان ونشاطه، حيث ربط الفيلسوف الإغريقي هيبوقراط (Hippocrates) بين الأمراض الموسمية التي يتعرض إليها الإنسان وتغيير الظروف المناخية من فصل إلى آخر، حيث ميز هيبوقراط بين أنواع الأمراض الصيفية والشتوية ووضع حجر الأساس لعلم المناخ الطبي وعلاج الأمراض المتنوعة للمناخات المختلفة. (2)

ومن خلال دراسة بعض الأمراض ومنها الوبائية نجدها تتوزع مع أنواع معينة من المناخ دون غيرها، كما ينتشر بعضها في فصول معينة ، فالأمراض المعوية (مثل الكوليرا، وشلل الأطفال، وضربات الحرارة الشمسية، وحمى التيفود) تنتشر في فصل الصيف، و(الالتهاب الرئوي، والأنفلونزا) تنتشر في فصل الشتاء، و(الربو الربيعي، والحمى القرمزية والالتهاب السحائي) فتأتي في فصل الربيع. (3)

(1) أحمد عباد امقيلي، "المناخ" الجماهيرية دراسة في الجغرافيا، تحرير الهادي أبو لقمة، سعد القزيري، الطبعة الأولى، سرت، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1995، ص 152.

(2) حسين أحمد أبو العينين، أصول الجغرافية المناخية، ط3، دار النهضة العربية، بيروت، 1985م، ص 50 – 53.

(3) عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافية الطبية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، بدون طبعة، 1995، ص 63.

أما الطريقة غير المباشرة التي يؤثر بها المناخ على صحة الإنسان فتمثل في ملاءمة المناخ لحياة الحشرات الناقلة للأمراض والميكروبات والفيروسات⁽¹⁾، حيث تتأثر منطقة الدراسة بمناخ البحر المتوسط، أي أنها ذات مناخ معتدل وممطر شتاءً وحار جاف صيفاً، بذلك فهي تتمتع بجو يميل إلى الاعتدال، ونظراً لعدم وجود محطة أرصاد جوية بالمنطقة فقد تم الاعتماد على البيانات المناخية المتوفرة بمحطة أرصاد مصراته باعتبارها قريبة من منطقة الدراسة وفيما يلي دراسة لأهم عناصر المناخ:

1- الحرارة:

حيث تختلف درجة الحرارة من فصل إلى آخر تبعاً للموقع الجغرافي وحركة الشمس الظاهرية وتبادل تعامدها بين شمال وجنوب خط الاستواء، فوجود المنطقة بالقرب من البحر يساعد على تلطيف درجات الحرارة على طول شريطها الساحلي، أما عن الجهات الداخلية فتصل فيها التأثيرات البحرية ويغلب عليها المناخ الصحراوي.⁽²⁾

وبالنظر إلى بيانات الجدول (1.2) يوضح المتوسط الشهري والفصلي والسنوي لدرجات الحرارة بالمنطقة، ويسجل اختلافاً واضحاً في درجات الحرارة الفصلية لمنطقة الدراسة بين الصيف والشتاء ففي فصل الشتاء تصل درجة الحرارة إلى أقل معدلاتها نحو 14.1 درجة مئوية، ثم تبدأ بالارتفاع لتصل في فصل الربيع إلى 18.6 درجة مئوية، أما في فصل الصيف فتصل إلى 26.1 درجة مئوية، وتبدأ بالانخفاض التدريجي لتصل في فصل الخريف إلى 24.8 درجة مئوية.

(1) محمد نور الدين السبعوي، الجغرافية الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق، المنيا، الطبعة الأولى، 1997، ص 27.
(2) محمد المبروك المهدي، جغرافيا ليبيا البشرية، الطبعة الثالثة، منشورات جامعة قارونس، 1998، ص 65.

في حين تسجل أعلى معدل لدرجة الحرارة في السنة 27.4 درجة مئوية وذلك في شهر أغسطس. أما عن أقل درجة حرارة فتتمثل في شهر يناير بنحو 13.6 درجة مئوية، أما عن المتوسط السنوي لدرجة الحرارة بالمنطقة فقد سجل 20.9 درجة مئوية.

جدول (1.2)

المعدلات الشهرية والفصلية والسنوية لدرجات الحرارة بالمنطقة للفترة من 1980 - 2008م

فصل الخريف			فصل الصيف			فصل الربيع			فصل الشتاء			البيان
نوفمبر	أكتوبر	سبتمبر	أغسطس	يوليو	يونيو	مايو	أبريل	مارس	يناير	فبراير		
25.1	22.9	26.5	27.4	26.4	24.6	21.4	18.4	16.0	14.0	13.6	14.8	المعدل الشهري
24.8			26.1			18.6			14.1			المعدل الفصلي
20.9												المعدل السنوي

المصدر :- الباحث بتصرف استنادا على البيانات من محطة الأرصاد الجوية، مصراتة، بيانات غير منشورة. 2009م

فللحرارة تأثير على صحة الإنسان فانخفاض الحرارة يؤثر على الإنسان وخاصة على الأطفال، مثلما يحدث في منطقة الدراسة ، فقد يصاب الأطفال بنوبات البرد الشديدة ، وبالتالي فإن التخطيط للخدمات والمراكز الصحية ، يجب أن يأخذ في الاعتبار مناخ المنطقة من حيث تصميم المباني والمستشفيات والمراكز الصحية بشكل يتلاءم مع مناخ المنطقة واختيار المواقع المناسبة لها.

2 - الأمطار:

تعد أمطار ليبيا أمطار شتوية السقوط، وغالباً ما تبدأ في شهر أكتوبر وحتى شهر أبريل، كما أنها متذبذبة من سنة إلى أخرى، وموعد سقوطها غير منتظم لمرور الأعاصير الجوية، وتلعب الرياح العكسية دوراً رئيسياً في ذلك.⁽¹⁾

ومنطقة الدراسة تعد من المناطق التي تتلقى كمية لا بأس بها من الأمطار، حيث نلاحظ من الجدول (2.2) الذي يوضح المتوسط الشهري والفصلي والسنوي للأمطار المنطقة، حيث إن كميات الأمطار الساقطة تتركز في فصل الشتاء خاصة في شهري (ديسمبر، يناير) فقد بلغ معدل الأمطار 144.7 ملليمتر، وذلك بسبب الرياح الشمالية والشمالية الغربية المسببة في سقوط الأمطار الشتوية، ثم يليه فصل الخريف، حيث بلغ المعدل الفصلي للأمطار نحو 96.6 ملليمتر، وانخفاض هذا المعدل في فصل الربيع حيث وصل إلى 37.2 ملليمتر، أما عن فصل الصيف تكاد تكون معدومة كمية الأمطار فيه، حيث سجلت نسبتها 3.2 ملليمتر.

ويبلغ أعلى معدل في السنة في ديسمبر بنحو 59.8 ملليمتر وأقل معدل يسجل في شهر يوليو بنحو 0.4 ملليمتر. أما عن المتوسط السنوي للأمطار فقد بلغ 271.7 ملليمتر، ويأتي تصنيّف دي مارتون يمكن تصنيّف نوع المناخ السائد بالمنطقة الموضح بالجدول (3.2).

(1) محمد المبروك المهدي، جغرافية ليبيا البشرية، مرجع سابق، ص 70.

جدول (2.2)

المعدلات الشهرية والفصلية والسنوية للأمطار بالمنطقة (ملم) للفترة من 1980 - 2008م

البيان	فصل الشتاء			فصل الربيع			فصل الصيف			فصل الخريف		
	ديسمبر	جان	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر
المعدل الشهري	59.8	56.9	28.0	24.2	10.1	2.9	1.8	0.4	1.0	9.8	30.2	56.6
المعدل الفصلي	48.2			12.4			1.1			32.2		
المعدل السنوي	23.5											

المصدر: عمل الطالب استناداً إلى البيانات من محطة الأرصاد الجوي، مصراتة، بيانات غير منشورة، 2009م.

جدول (3.2) القيمة الفعلية للأمطار حسب تصنيف دي مارتون

نوع المناخ والحياة النباتية	القيمة الفعلية للأمطار
مناخ جاف صحراوي	5 فأقل
مناخ شبه جاف - أعشاب فقيرة	6 - 10
مناخ شبه رطب - أستبس	11 - 20
مناخ رطب - حشائش عشبية وأشجار	21 - 30
مناخ شديد الرطوبة غابات	30 فأكثر

المصدر: عبد العزيز طريح شرف، مشكلة الأمطار في ليبيا، مجلة كلية الآداب والتربية، جامعة الدول العربية، القاهرة، العدد 39،

1998، ص 306.

وبتطبيق المعادلة الآتية:⁽¹⁾

$$y = \frac{P}{T + 10}$$

حيث أن $y =$ القيمة الفعلية للمطر (ملم)

⁽¹⁾ حسين احمد أبو العينين ، أصول الجغرافية المناخية ، مرجع سابق ، ص 377

$$P = \text{المعدل السنوي للأمطار (ملم)}$$

$$T = \text{المعدل السنوي لدرجات الحرارة (م}^0\text{)}$$

$$10 = \text{معدل ثابت}$$

$$\text{بما أن المعدل السنوي للأمطار} = 281.7 \text{ ملم}$$

$$\text{المعدل السنوي للحرارة} = 20.9 \text{ م}^0$$

نجد أن :

$$y = \frac{281.7}{20.9 + 10}$$

$$y = 9.12$$

فمن خلال المعادلة السابقة يتضح أن معامل الجفاف يساوي 9.12 مما يجعلها ضمن نطاق

المناخ شبه الجاف حسب تصنيف دي مارتون.

ومن هنا نجد أن للأمطار تأثير على توزيع الخدمات والمراكز الصحية من حيث وجود الأودية ، والتي تسبب عائق في التنقل داخل المنطقة، مما يجعل هناك صعوبة في الوصول إلى الخدمات الصحية وتوزيعها، وتزداد الصعوبة إذا كانت أماكن السكن بعيدة عن مواقع الخدمات الصحية في ظل عدم توفر وسائل النقل المناسبة، الأمر الذي يجعل الانتقال إليها ليس في متناول الجميع ، وهذا ما يحدث في منطقة الدراسة وخاصة في محلة ماجر.

3- الرطوبة النسبية:

تمتاز الرطوبة النسبية في المنطقة الساحلية من البلاد بارتفاعها أحياناً إلى 80% وخصوصاً في فصل الصيف وأوائل الخريف بسبب قرب المنطقة من البحر وهبوب الرياح الشمالية القادمة من البحر

والمشبعة بكميات كبيرة من الرطوبة، وكذلك نشاط عملية التبخر، حيث تنخفض في بعض الأحيان خاصة عند هبوب رياح القبلي الجافة الآتية من الصحراء إذ تصل إلى أقل من 10% (1) أي الرطوبة تزيد كلما زاد معدل التبخر وتقل كلما قل هذا المعدل.

حيث تشهد منطقة الدراسة معدل عالٍ للرطوبة طوال العام وهذا نلاحظه في الجدول رقم (4.2) الذي يبين المتوسط الشهري والمعدل الفصلي والسنوي للرطوبة بالمنطقة ، إذ سجل فصل الصيف أعلى متوسط فصلي للرطوبة بحوالي 73% ، ويعتبر شهر يوليو أقصى متوسط شهري لهذا الفصل إذ يبلغ 74%، ويرجع ارتفاع الرطوبة خلال هذا الفصل إلى ارتفاع درجة الحرارة الذي يترتب عليه زيادة نسبة التبخر، كما أن الرياح القادمة من البحر في هذا الفصل غالباً ما تكون متشبعة بكميات من بخار الماء، التي تبدأ بالانخفاض مع حلول الخريف بنسبة 69% وفي فصل الشتاء تسجل 68.2% وتبدأ هذه النسبة بالارتفاع في فصل الربيع حيث تصل إلى 69.3% وتقتصر أعلى نسبة رطوبة خلال السنة في شهر نوفمبر بنحو 66.7%، أما عن المتوسط السنوي للرطوبة فيصل إلى 69.8% (2)، حيث إن ارتفاع معدلات الرطوبة تؤدي إلى تحلل المواد العضوية وتعفنها وذلك يؤدي إلى تكاثر الحشرات الضارة والميكروبات التي تؤثر على صحة الإنسان وانتشار العديد من الأمراض والأوبئة ، وهذا ما نراه في منطقة الدراسة تحديداً في محلة ماجر بالقرب من مصنع الاسمنت حيث يوجد موقع خاص لإلقاء القمامة به وهو لا يبعد كثيراً عن بعض الأحياء السكنية .

(1) عبد العزيز طريح شرف، جغرافية ليبيا، ط3، الإسكندرية، منشورات : مركز الإسكندرية للكتاب، 1996، ص 97.
(2) حسين مسعود أبو مدينة، المواني الليبية، دراسة في الجغرافية الاقتصادية، ط1، منشورات الشركة الاشتراكية للمواني، مصراتة، 2000، ص 67، 69.

جدول (4.2)

المعدلات الشهرية والفصلية والسنوية للرطوبة الجوية بالمنطقة (%)

للفترة من 1980 - 2008م

البيان	فصل الشتاء			فصل الربيع			فصل الصيف			فصل الخريف		
	ديسمبر	جان	فبراير	مارس	أبريل	مايو	يونيو	يوليو	أغسطس	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر
المعدل الشهري	67.4	69.3	67.9	68.9	68.6	70.4	71.8	74.0	73.3	71.2	69.2	66.7
المعدل الفصلي	68.2			69.3			73.0			69.0		
المعدل السنوي	69.8											

المصدر: الباحث بتصريف استناداً على بيانات من محطة الأرصاد الجوي، مصراتة، بيانات غير منشورة، 2009م.

4- الضغط الجوي والرياح:

تتعرض الأجزاء الشمالية لليبيا خلال فصل الشتاء لمرور الانخفاضات الجوية، وتكون الرياح في مقدمة هذه الانخفاضات وهي الرياح الجنوبية والجنوبية الغربية القادمة من الصحراء تكون حارة وجافة لمرورها بالمناطق الصحراوية، وعند مرور الأعاصير وفي مؤخرتها، تكون الرياح بطبيعة الحال شمالية وشمالية غربية وهي رياح قادمة من منطقة باردة وتسبب سقوط الأمطار الشتوية في تلك الأجزاء . أما في فصل الصيف فتهب الرياح التجارية الشمالية فتساعد على تلطيف درجة الحرارة، لأن منطقة الضغط المرتفع في هذا الفصل تترشح نحو الشمال.⁽¹⁾

وتعد الحرارة من أهم العوامل التي تؤثر في الضغط الجوي بحيث تتناسب تناسباً عكسياً مع درجة حرارة الهواء، أي كلما كانت درجة الحرارة منخفضة ارتفع الضغط الجوي، وبدوره يؤثر على حركة الرياح واتجاهاتها، وبالنظر إلى البيانات في الجدول رقم (5.2) يتضح ذلك.

(1) محمد المبروك المهدي، جغرافية ليبيا البشرية، مرجع سابق، ص 57_59

جدول (5.2)

الاتجاه السائد للرياح وسرعتها بالكيلومتر في المنطقة للفترة من 1980 - 2008م

البيان	شمالية	شمالية شرقية	جنوبية	جنوبية شرقية	جنوبية غربية	غربية	شمالية غربية	سكون
يناير	15.7	5.2	0.0	5.2	21.0	10.5	36.8	0.4
فبراير	15.7	5.2	10.5	10.5	26.3	0.0	21.0	0.3
مارس	36.8	10.5	5.2	5.2	21.0	10.5	5.2	0.4
أبريل	31.5	15.7	10.5	10.5	15.7	0.0	5.2	0.5
مايو	26.3	10.5	15.7	10.5	15.7	0.0	10.5	0.3
يونيو	42.1	5.2	10.5	10.5	10.5	5.2	5.2	0.3
يوليو	52.6	5.2	10.5	10.5	0.5	0.0	5.2	0.3
أغسطس	47.3	5.2	5.2	5.2	15.7	0.0	5.2	0.5
سبتمبر	36.8	10.5	15.7	15.7	0.0	5.2	0.0	0.4
أكتوبر	21.0	15.7	5.2	5.2	26.3	10.5	5.2	0.3
نوفمبر	10.5	5.2	10.5	10.5	31.3	10.5	5.2	0.4
ديسمبر	15.7	5.2	15.7	15.7	21.0	15.7	21.0	0.5
المتوسط	29.3	8.2	9.6	6.1	18.4	5.6	10.4	0.3

المصدر: الباحث بتصرف استناداً على بيانات من محطة الأرصاد الجوي، مصراتة، بيانات غير منشورة، 2009م.

وتقع المنطقة في فصل الشتاء تحت تأثير الضغط المرتفع الأزوري الذي يمتد على الصحراء

الكبرى وبذلك تتأثر المنطقة بنطاق من الضغط المنخفض النسبي الذي يتكون على البحر المتوسط بسبب

دفته إذا ما قورن بالكتل اليابسة المحيطة به، فتصبح المنطقة أبرد من البحر في هذا الفصل⁽¹⁾.

وهذا التوزيع في مناطق الضغط الجوي ساعد على حركة الرياح من نطاق الضغط المرتفع نحو

الضغط المنخفض، كما أن حوض البحر المتوسط في هذا الفصل يكون عرضة لمرور الانخفاضات

الجوية المتحركة من الغرب إلى الشرق وتكون الرياح في مقدمة هذه الانخفاضات رياح جنوبية ورياح

(1) عبد العزيز طريح شرف، جغرافية ليبيا، مرجع سابق، ص 105

جنوبية غربية قادمة من الصحراء، وفي مؤخرة الانخفاض الجوي تكون الرياح شمالية وشمالية غربية⁽¹⁾، وعند مرورها على مياه البحر المتوسط الدافئة نسبياً حيث تزداد نسبة تشبعها بالرطوبة فتؤدي إلى سقوط الأمطار الغزيرة.

وفي فصل الربيع تتزحزح الانخفاضات الجوية نحو الشمال بحيث تكون هذه الانخفاضات أقل عمقاً وتأثيراً عن الانخفاضات السنوية التي تصاحبها اضطرابات جوية تستمر لمدة قصيرة وتهب رياح القبلي التي تتميز بشدة حرارتها وجفافها ومحملة بالأتربة والغبار وعند توقف هبوبها تتحول الرياح إلى شمالية غربية يصاحبها انخفاض كبير في درجة الحرارة وشفاء الجو وارتفاع الضغط الجوي .

أما في فصل الصيف فتتأثر المنطقة بالضغط المنخفض المتكون على الصحراء الكبرى التي تجذب إليها الرياح التجارية الشمالية الشرقية والتي تساعد على تلطيف درجة الحرارة في الأجزاء الساحلية حيث ترفع نسبة الرطوبة النسبية ويقل ظهور الانخفاضات الجوية والتي تظهر في بداية الفصل أو في نهايته فتسبب هبوب الرياح الجنوبية الجافة أحياناً. أما في فصل الخريف فيزداد التباين بين خصائص الكتل الهوائية بظهور الانخفاضات الجوية فتسبب هبوب رياح قوية وسقوط الأمطار.⁽²⁾

ومما سبق يتضح لنا أن للمناخ بعناصره المختلفة تأثير كبير على السكان وتنقلاتهم داخل المنطقة طلباً للخدمات أي كان نوعها وعلى رأسهم الخدمات الصحية.

(1) حسين مسعود أبو مدينة، المواني الليبية في الجغرافية الاقتصادية، مرجع سابق، ص 65.

(2) عبد العزيز طريح شرف، جغرافية ليبيا، مرجع سابق ص 109.

ثانياً: الخصائص البشرية :

تشكل دراسة خصائص السكان لأية منطقة أهمية كبيرة إذ إن نمط توزيع وتركيب السكان من الأمور البالغة الأهمية في تخطيط وتطوير التنمية والنشاط الاقتصادي والاجتماعي، فعنصر السكان يعتبر قوة من حيث أنه كان الأداة الفعالة في البناء الاقتصادي والسياسي والاجتماعي لأية منطقة. (1)

وتعد دراسة السكان أحد العناصر الرئيسية التي يستعين بها الدارسون في جغرافية الخدمات لما تساهم به في استكمال البناء المنهجي لهذا الحقل من الدراسات الجغرافية، حيث يؤكد العديد من المتخصصين على أهمية دراسة التحليل المكاني ويعتبرونه أحد العناصر الهامة لأية دراسة جغرافية. (2)

وتبرز أهمية دراسة السكان بصفاتها أهم العوامل المؤثرة في توزيع الخدمات بصفة عامة والخدمات الصحية بصفة خاصة، وذلك من حيث التوزيع والحجم والنشاط الذي يقوم به السكان، لارتباط هذه الخدمات بتوزيع السكان من حيث التركيز، فالكثافة السكانية العالية تحتاج إلى توفير خدمات صحية أكثر سواء كانت عامة أو خاصة ، كما تتأثر الخدمات بخصائص السكان من حيث السن والنوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي .

نمو السكان :

يعد نمو السكان لأية منطقة دليلاً على نموها الاقتصادي، ونهضتها الاجتماعية وسماتها الحضارية وفكرها السياسي، بل إن نمو السكان يؤثر على خصائص السكان كلها وبهذا فإن دراسة نمو

(1) محمد المبروك المهدي، جغرافية ليبيا البشرية، مصدر سابق، ص 115.

(2) Clarke J. Population Geography Pregamon Press, London, 1969, P2

السكان أمر مهم وأساسي لفهم العلاقات الضمنية بين الظواهر الديموجرافية والظواهر غير الديموجرافية.⁽¹⁾

وتهدف دراسة النمو السكاني إلى الوقوف على مدى التطور العددي لسكان منطقة الدراسة خلال فترة زمنية محددة ، كما توضح المستقبل العددي لسكان هذه المنطقة بغية التنبؤ بحاجاتها المستقبلية من الخدمات المختلفة، وتكمن أهمية دراسة النمو السكاني في الدراسات التي تناولت الخدمات من الناحية الجغرافية، في أنه يتوجب أن يتزامن نمو الخدمات مع نمو السكان، بمعنى أن التخطيط لتنمية المرافق الخدمية كماً ونوعاً يتركز بالدرجة الأولى على توقعات نمو السكان في المستقبل.⁽²⁾

ومن المعروف أن النمو السكاني يخضع لعاملين رئيسيين هما (الزيادة الطبيعية والهجرة) ويلاحظ أن الزيادة الطبيعية هي المسؤولة عن نمو السكان بشكل عام، أما الهجرة فهي بقدر ما تزيد من أعداد السكان في مكان ما، فإنها تنقص أعدادهم في مكان آخر وأماكن أخرى.⁽³⁾

ومن خلال تحليل بيانات الجدول (6.2) الذي يبين النمو السكاني بمنطقة زليتن خلال الفترة من 1973م إلى 2006م يتضح أن معدل النمو السكاني بمنطقة الدراسة في سنة 1973م 2.87% والتي كان عدد سكانها 58,981 نسمة، بنسبة 2.62% من جملة سكان ليبيا ، وفي عام 1984م كان عدد سكان المنطقة حوالي 100,500 أي بما يعادل 2.76% من إجمالي سكان ليبيا، وقد ارتفع معدل النمو إلى أن وصل 4.85% ويرجع هذا الارتفاع إلى تحسن الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية في البلاد.

(1) فايز محمد العيسوي، أسس جغرافية السكان، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، 2001، ص 121.
(2) ونيس عبد القادر الشركسي، التعليم والصحة في بلدية مصراتة، دراسة في جغرافية الخدمات، مرجع سابق ، ص 25.
(3) أحمد علي إسماعيل، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط7، دار الثقافة القاهرة، 1989، ص 14.

أما سنة 1995 فقد ازداد عدد سكان منطقة الدراسة حيث وصل إلى 139,539 نسمة أي ما يعادل نسبة 2.90% من مجموع سكان البلاد وبمعدل نمو 2.99% حيث أنخفض عما كان عليه في السابق أي بالنسبة للفترة الممتدة ما بين 1984 و 1995م، ويرجع ذلك إلى انخفاض معدل المواليد بالمنطقة.

أما الفترة التعدادية من سنة 1995م إلى 2006م فقد واصلت الزيادة السكانية في عدد السكان إذ سجلت حوالي 180,041 نسمة أي ما يعادل 3.38% من سكان البلاد وبمعدل نمو سكاني بلغ 2.3% ، ونجد معدل النمو في هذه الفترة قد انخفض عن غيره من السنوات السابقة واللاحقة ، وذلك لعدة أسباب ربما أهمها ارتفاع نسبة انخراط الإناث في التعليم المتوسط والجامعي ، وانخفاض معدل نسبة مشاركة الذكور في سوق العمل ، وارتفاع متطلبات الحياة الزوجية ، مما أدى إلى تأخر سن الزواج وبالتالي انخفاض معدلات المواليد.

جدول (6.2)

تطور النمو السكاني والكثافة السكانية في منطقة زليتن ونسبتهم إلى سكان ليبيا (1973_2006)

السنة	عدد سكان المنطقة	الكثافة سنة/ كلم	عدد سكان ليبيا	نسبة سكان المنطقة إلى سكان ليبيا	معدل النمو %
1973	58,981	23.9	2,249,237	2.62	2.87
1984	100,500	40.7	3,642,576	2.76	4.85
1995	139,539	56.5	4,799,065	2.90	2.99
2006	180,041	72.8	5,323,991	3.38	2.3

المصدر:- من إعداد الباحث استناداً إلى نتائج التعداد السكاني للسنوات (1973-1984-1995-2006).
- الكثافة والنسب ومعدل النمو من حساب الباحث.

تم حساب معدل النمو استناداً إلى المعادلة الآتية: (1)

$$R = \left(\text{anti log} \frac{\log \frac{P_2}{P_1}}{N} - 1 \right) \times 100$$

حيث R = معدل النمو السكاني.

P_1 = التعداد السابق.

P_2 = التعداد اللاحق

N = عدد السنوات الفاصلة بين التعدادين.

معدلات المواليد والوفيات: (2)

بناءً على إحصائيات السجل المدني التي استخلصنا منها المعدلات العامة للوفيات والمواليد

يتضح لنا ما يلي:

جدول (7.2)

معدلات المواليد والوفيات خلال الفترة (1995م – 2006م)

السنة	الوفيات			المواليد		
	معدل الزيادة الطبيعية	عدد الوفيات	معدل الوفيات بالألف	معدل المواليد بالألف	عدد المواليد	عدد السكان
1995	22.9	241	4.6	27.5	1429	51896
2000	22.7	230	3.7	26.4	1628	61743
2001	21	219	3.6	24.6	1478	60132
2002	22.3	212	3.3	25.6	1646	64176
2003	23.8	245	3.7	27.5	1800	65544
2004	23.6	234	3.5	27.1	1814	66900
2005	24.5	266	3.9	28.4	1942	68422
2006	25.4	254	3.4	28.8	2095	72663

(1) ماجدة إبراهيم عامر محمد، التركيب الاقتصادي للسكان في ليبيا " دراسة في جغرافية السكان"، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، مقدمة إلى قسم الجغرافية، البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة، 1994م، ص 23

(2) منصور محمد الكيخيا، جغرافية السكان أسسها ووسائلها، بنغازي - ليبيا: منشورات جامعة قاريونس، 2003، ص 54، 85، 98

$$\text{المعدل الخام للمواليد} = \frac{\text{معدل السكان في منتصف السنة}}{1000} \times \text{عدد الوفيات خلال سنة معينة}$$

$$\text{المعدل الخام للوفيات} = \frac{\text{معدل السكان في منتصف السنة}}{1000} \times \text{معدل المواليد} - \text{معدل الوفيات في سنة معينة}$$

11931	23.3	3.7	1901	27.0	13832	511467	المجموع
-------	------	-----	------	------	-------	--------	---------

المصدر: من عمل الباحث اعتماداً على بيانات السجل المدني زليتين.

يلاحظ في الفترة ما بين سنة 1995م إلى 2005م، أن هناك تذبذبات في اتجاه معدلات المواليد بين السنة والسنة التي تليها ففي سنة 1995م بلغ المعدل العام للمواليد 27.5 في الألف، ثم أخذ بالانخفاض في سنتي 2000، 2001م حيث بلغ 26.3، 24.5 في الألف على التوالي، ثم أخذ في الارتفاع إلى أن وصل في سنة 2006 إلى 28.8 في الألف، كما نلاحظ أن هذا المعدل يرتفع عن المتوسط العام لمعدل المواليد خلال تلك السنوات 27 في الألف.

أما بالنسبة لمعدلات الوفيات، فقد بلغ المعدل العام لها في سنة 1995م إلى 4.6 في الألف ثم أخذ ينخفض حتى وصل 3.7 في الألف سنة 2000م وواصل الانخفاض حتى وصل 3.3 في الألف في عام 2002م، واستقر في عام 2006م حيث وصل 3.4 في الألف، ويرجع انخفاض المعدل العام للوفيات إلى تحسن الأوضاع الصحية.

إن معدل الزيادة الطبيعية يأخذ في الارتفاع حيث بلغت عام 1995م إلى 1188 نسمة بمعدل 22.9 في الألف ، وفي عام 2000م بلغت الزيادة الطبيعية 1398 نسمة وبمعدل 22.7 في الألف ، وفي عام 2003م بلغت الزيادة الطبيعية 1555 نسمة بمعدل 23.8 في الألف . أما في عام 2006م وصلت الزيادة الطبيعية إلى 1841 نسمة بمعدل 25.4 في الألف.

كثافة السكان :

تعد الكثافة إحدى طرق قياس توزيع السكان التي تعبر عن درجة تركيزهم في منطقة ما، ومن الأهمية بمكان دراسة كثافة السكان باعتبارها توضح مدى العلاقة بينهم وبين المنطقة التي يعيشون عليها،

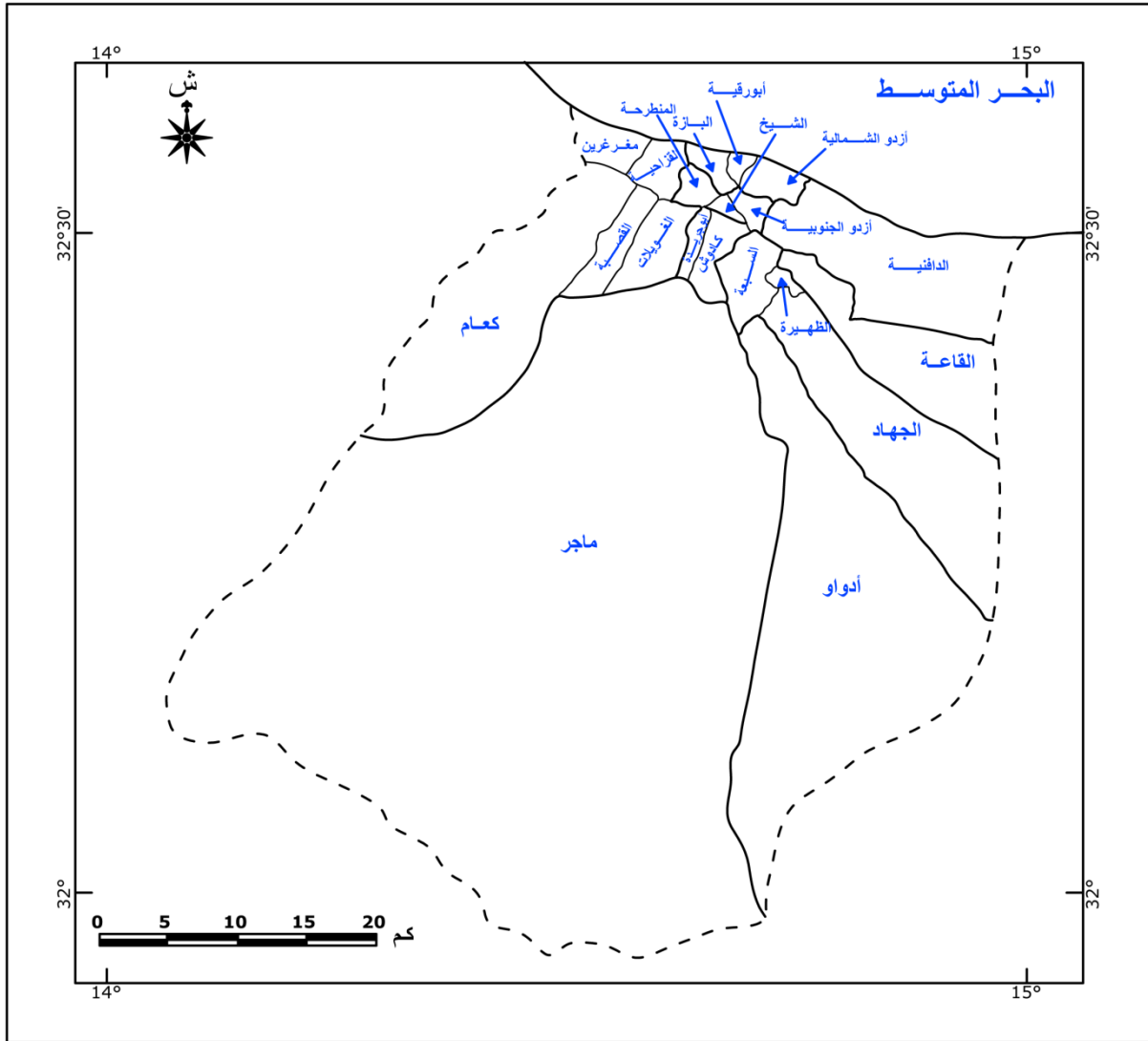
ومقدار التفاعل بينهما، فهي تعد مقياس لدرجة تشبع بقعة ما بسكانها، هذا إلى جانب استخدامها في قياس مستوى معيشة السكان. (1)

وبناء على الجدول (1.1) المشار إليه سابقاً يتضح لنا أن توزيع السكان في منطقة زليتن غير متجانس بين المحلات السكنية ، ولتحديد شكل هذا التفاوت في التوزيع توجد عدة أساليب لقياس توزيع السكان وتحديد العلاقة بين السكان والمساحة التي يعيشون عليها ممثلة في مقياس الكثافة العامة والكثافة الصافية، ونسبة التركيز السكاني، ومقياس درجة التزاحم، إلا أن اختيار أنسب المقاييس لتطبيقها على المنطقة تواجه مشكلة النقص الواضح في بيانات التعداد السكاني لسنة 2006م، وخاصة بعدد المساكن أو عدد الغرف والأفراد في كل غرفة والذي يقاس على أساسه درجة التزاحم في المنطقة، حيث إن هذه البيانات حتى في حالة توافرها فإنها قاصرة على مستوى منطقة زليتن مما يصعب اعتبارها مؤشراً حقيقياً للاختلافات داخل أجزاء المنطقة، ومنها سوف تقتصر دراستنا على مقياس الكثافة العامة والصافية، ثم نسبة التركيز السكاني وذلك على مستوى المنطقة وعلى مستوى محلاتها السكنية ولما كانت دراسة توزيع السكان عددياً تهتم فقط بتوزيع الحجم السكاني المجرد دون اعتبار المساحة، فالكثافة تعد أحد الأساليب الهامة لقياس توزيع السكان وتحديد العلاقة بين السكان والمساحة التي يعيشون عليها، فهي تلقي الضوء على مدى التزاحم السكاني على الرقعة المساحية.

وبالتالي فإن موضوع توزيع السكان له علاقة مباشرة بتوزيع الخدمات والمراكز الصحية، و كلما كانت دراسة الكثافة السكانية على مستوى الوحدات الإدارية الصغيرة كانت معبرة أكثر عن صورة الكثافة الحقيقية للسكان، وعلى هذا الأساس فقد تم دراسة الكثافة السكانية بمنطقة زليتن على مستوى أصغر وحدة فيها وهي المحلات السكنية والموضحة في الخريطة (2.2) كما يأتي:

(1) محمد السيد غلاب، محمد صبحي عبدالحكيم، السكان ديموغرافيا وجغرافيا، الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1967م، ص 225.

خريطة (2.2) التقسيم الإداري للمحلات الإدارية لمنطقة زيتين



المصدر: الباحث بتصريف اعتمادا على مكتب التخطيط العمراني لزيتين عام 2006م

1- الكثافة العامة:

من المعروف أن الكثافة السكانية العامة هي علاقة نسبية بين عدد سكان منطقة محددة ومساحة تلك المنطقة⁽¹⁾، وفي منطقة زليتن يلاحظ توزيع السكان بشكل كثيف نسبياً في الجهات السهلية الساحلية التي تمتاز بقرب منسوب المياه الجوفية من سطح الأرض، وكذلك اعتدال مناخها نسبياً مقارنة بالجهات الواقعة إلى الجنوب من الشريط الساحلي والتي تشهد تخلخلاً في الكثافة السكانية بسبب سيطرة الطابع شبه الصحراوي على مناخها المتطرف في درجات الحرارة والجفاف، إضافة إلى عدم توفر مصادر سهلة للمياه.⁽²⁾

تبلغ مساحة منطقة زليتن 2470 كلم²، بينما بلغ حجم سكانها عام 2006م 194,842 نسمة، مما يوضح التفاوت بين عدد السكان والمساحة، حيث بلغت الكثافة العامة حوالي 79 نسمة/كم² وهي كثافة منخفضة إذا ما قورنت بمتوسط الكثافة العامة لمدينة زليتن التي قدرت مساحتها بحوالي 53 كم² وعدد سكانها نحو 66,900 نسمة، حيث بلغت الكثافة فيها 1262 نسمة/كم²، مما جعلها من أكثر أجزاء المنطقة كثافة، وباستخدام الهكتار كوحدة مساحية في دراسة الكثافة في المنطقة نجد أن كثافة منطقة زليتن بلغت 79 نسمة/هكتار⁽³⁾.

حيث نجد في منطقة الدراسة توزيع السكان على مستوى محلاتها حسب الجدول (8.2) والخريطة (3.2) اللذان يوضحان الكثافة العامة لسكان منطقة زليتن لسنة 2006م، إذ سجلت محلة الشيخ أعلى كثافة للسكان حيث بلغت 47 نسمة/هكتار، وهي بذلك تزيد بشكل كبير عن المتوسط العام للكثافة العامة

(1) منصور الكيخيا، "السكان" الجماهيرية دراسة في الجغرافيا، تحرير الهادي بولقمة وسعد القزيري، الطبعة الأولى، بدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، سرت، 1995م، ص340.

(2) مفتاح محمد البرطاع، منطقة زليتن دراسة في جغرافية السكان، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الجغرافيا كلية الآداب والعلوم زليتن، جامعة المرقب، 2001، ص83.

(3) علي محمد إبراهيم التير، التعليم والصحة في منطقة زليتن: دراسة في جغرافية الخدمات، مرجع سابق، ص83.

في المنطقة والذي يتجاوز 0.79 نسمة/هكتار، وذلك بسبب صغر مساحتها من ناحية وارتفاع عدد سكانها مقارنة بمساحتها من ناحية أخرى، فهي تعد من أبرز مواقع الجذب السكاني في المنطقة لما يتوفر فيها من خدمات حضرية وفرص عمل متنوعة بوصفها تمثل الجزء الأهم من المركز الحضري لمنطقة زليتن. وكذلك يلاحظ من بيانات الجدول (8.2) أن الكثافة السكانية العامة في معظم المحلات السكانية تزيد عن المتوسط العام للكثافة على مستوى المنطقة في حين تنخفض الكثافة السكانية العامة عن المتوسط العام للمنطقة في ثلاث محلات سكنية فقط وهي محلة ماجر ومحلة أدواو ومحلة الجهاد، وتمثل أدنى معدل للكثافة السكانية العامة في محلة ماجر، حيث لم تتعد 0.1 نسمة/هكتار، ويعزى هذا الانخفاض إلى الاتساع المساحي الكبير لهذه المحلة السكنية التي تستحوذ على أكثر من نصف مساحة المنطقة، وذلك على الرغم من أنها تمثل المرتبة الرابعة من حيث الحجم السكاني على مستوى منطقة الدراسة، ولا شك أن هذا الاتساع المساحي الكبير لهذه المحلة هو المسئول عن انخفاض معدل الكثافة العامة للسكان على مستوى منطقة الدراسة بشكل عام.⁽¹⁾

(1) تم حساب كثافة السكان بمنطقة الدراسة على أساس الهكتار بدلاً من الكيلومتر المربع، باعتبار أنه كلما كانت الكثافة محسوبة على أساس صغير مثل الهكتار والقدان كانت أكثر تعبيراً لصورة الكثافة الحقيقية للسكان، أنظر كتاب أحمد علي إسماعيل، دراسات في جغرافية المدن، الطبعة الرابعة، دار الثقافة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1988، ص ص 328_329

جدول (8.2)

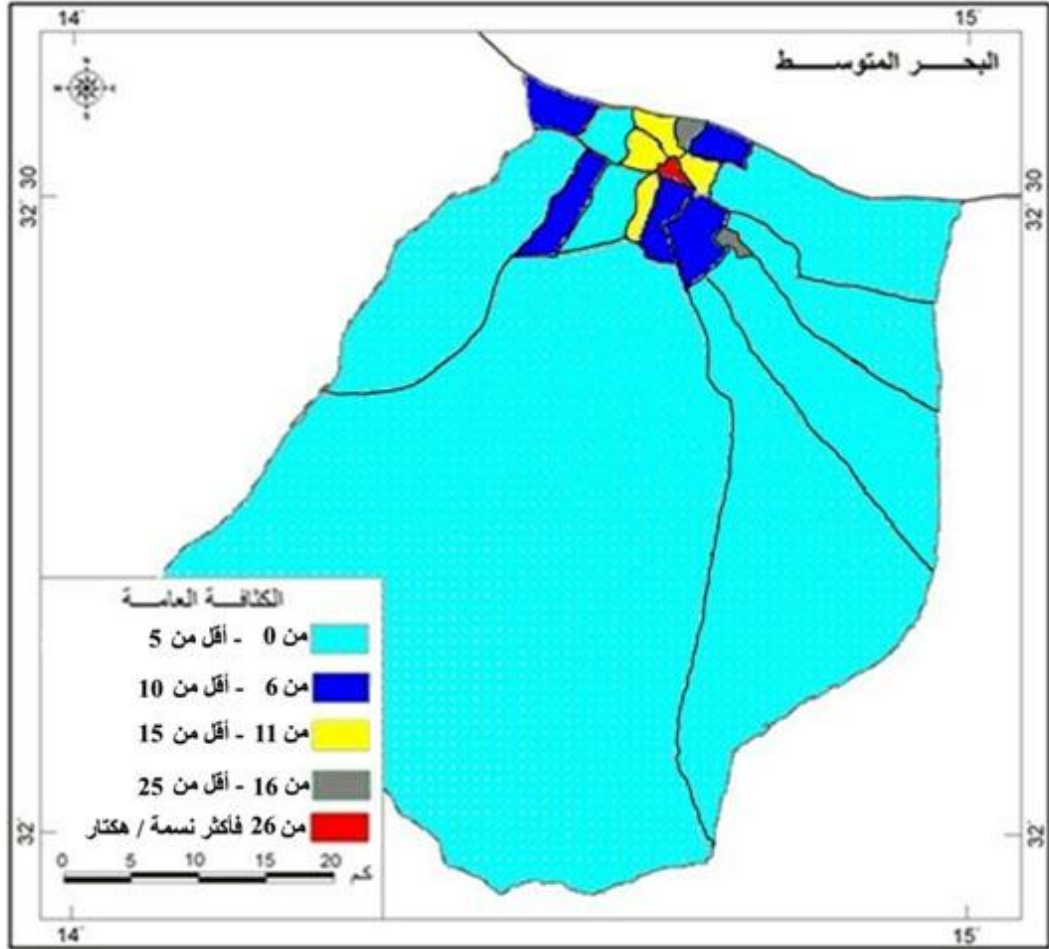
الكثافة العامة للسكان على مستوى المحلات السكنية بمنطقة زيتن لسنة 2006م

نسمة / هكتار	المساحة بالهكتار	عدد سكان	البيان المحلة
13.6	692	9399	المنطرحة
13.7	445	6091	أبوجريدة
14.7	544	7971	البازة
6.7	1235	8305	كادوش
47.1	200	9413	الشيخ
19.9	247	4927	أبورقية
14.5	593	8602	أزدو الجنوبية
9.5	1285	12192	أزدو الشمالية
6.1	2297	14064	السبعة
1.6	7189	11818	القاعة
0.2	34889	8448	أدواو
0.1	150077	16646	ماجر
1	14375	15045	الداقنية
0.7	10814	7437	الجهاد
22.5	480	10822	الظهيرة
8.2	1285	10574	القضية
5.8	988	5755	مغرغرين
0.9	15388	13110	كعام
3.3	1482	4889	القزاحية
3.7	2495	9334	الغويلات
0.79	247000	194842	الإجمالي

المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على بيانات التعداد السكاني 2006، وبيانات مكتب التخطيط العمراني، زيتن، بيانات

غير منشورة

خريطة (3.2) الكثافة العامة في محلات منطقة زليتن سنة 2006م



المصدر: الباحث بتصريف اعتمادا على الجدول رقم (8.2)

2- الكثافة الصافية:

وتحسب الكثافة الصافية بالمعادلة الآتية⁽¹⁾:

فمن خلال العرض السابق للكثافة السكانية العامة يلاحظ أنها عديمة القيمة ولا تعبر عن العلاقة

الحقيقية بين السكان والمساحة، حيث تضم المحلات بالمنطقة مساحات كبيرة من الأراضي الخالية غير

(¹) عبد الله عطوة ، جغرافية المدن ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 2003م ، ص60

عدد السكان

= الكثافة الصافية للسكان

المساحة السكنية

المأهولة بالسكان المتمثلة في المحلات السكنية ذات الطابع الريفي، وذلك فضلاً عن المساحات غير المستغلة التي تتخلل النسيج الحضري في جميع المحلات السكنية بما فيها المحلات السكنية الداخلة في إطار المركز الحضري للمنطقة، لتأخر تنفيذ العديد من المشاريع السكنية الواردة في مخطط المدينة، مما يعطينا صورة غير صحيحة عن الكثافة السكانية بالمنطقة، ولهذا سوف تتم دراسة الكثافة السكانية لسكان منطقة الدراسة بعد استبعاد المساحات غير المأهولة بالسكان، ومن خلال الجدول (9.2) والخريطة (4.2) اللذان يوضحان الكثافة السكانية الصافية على مستوى المحلات السكنية بمنطقة زليتن يتضح الآتي:

بلغت الكثافة الصافية في منطقة زليتن عام 2006م حوالي 6 نسمة/هكتار وسجلت محلة الشيخ أعلى معدل الكثافة السكانية الصافية على مستوى المحلات السكنية بالمنطقة، حيث وصلت 121 نسمة/هكتار، ويرجع ذلك كما أشرنا سابقاً في الكثافة العامة إلى اتساع الرقعة المبنية داخل هذه المحلة مما قلص من حجم المساحة غير المستثمرة داخل نسيجها الحضري من ناحية وصغر المحلة مقارنة بعدد سكانها بوصفها تمثل أهم مراكز الجذب السكاني في المنطقة من ناحية أخرى.

تأتي بعدها محلتا أبورقية والظهيرة في المرتبة الثانية، حيث بلغت الكثافة الصافية فيها 62 نسمة/هكتار، ويرجع ذلك لاتصالها بالنسيج الحضري حيث تقل مساحة الأراضي الشاغرة داخل هذه المحلة وهي محلة أبورقية . أما فيما يتعلق بمحلة الظهيرة فيرجع ارتفاع معدل كثافتها الصافية إلى ارتفاع عدد سكانها مقارنة بمساحتها فهي من المحلات التي تجاوز عدد سكانها إلى 10,000 نسمة ، ورغم أنها تعد من أصغر المحلات السكنية مساحة بعد محلتا الشيخ وأبورقية، وهذا بدوره انعكس على معدل الكثافة العامة والصافية داخل هذه المحلة ، رغم أنها تصنف من ضمن المحلات السكنية ذات الطابع

الريفي، إلا أنه كلما صغرت المساحة الإجمالية للمحلة تقلصت على أثرها المساحات البيئية الشاغرة بغض النظر على مدى تطور المساحة العمرانية فيها.

وجاءت كل من محلي البازة وازدو الجنوبية في المرتبة الثالثة من حيث الكثافة السكانية الصافية والتي بلغت 52 نسمة/هكتار في كلا المحليين، ولا شك أن صغر مساحة هاتين المحلتين ووقوعهما ضمن إطار المركز الحضري للمدينة وهي أبرز الأسباب الكامنة وراء هذا الارتفاع.

وسجلت محلة ماجر أقل معدل للكثافة السكانية الصافية للسكان حيث لا تتجاوز 1 نسمة/هكتار وتليها كل من محلة أدواو ومحلة الجهاد ومحلة الدافنية وكعام، حيث تنخفض الكثافة السكانية الصافية في جميع هذه المحلات عن المعدل العام للكثافة السكانية الصافية على مستوى المنطقة، وقد كان لتطور الطرق في منطقة زليتن، فضلاً عن توفر وسيلة مواصلات سهلة متمثلة في استخدام السيارات بصفة عامة ودورها في الوصول إلى مناطق ذات كثافة سكانية منخفضة مثل المحلات السكنية التي تتميز بالطابع الريفي والواقعة على مسافات بعيدة عن مركز المدينة حيث المساكن المفردة والمتباعدة ، هذا إلى جانب أن محلات هذه الفئة تضم الكثير من المنشآت العامة والمشاريع الزراعية بالمنطقة ، ومن ثم كان لكل ذلك دوره الواضح في انخفاض كثافتها السكانية العامة والصافية على حد سواء.

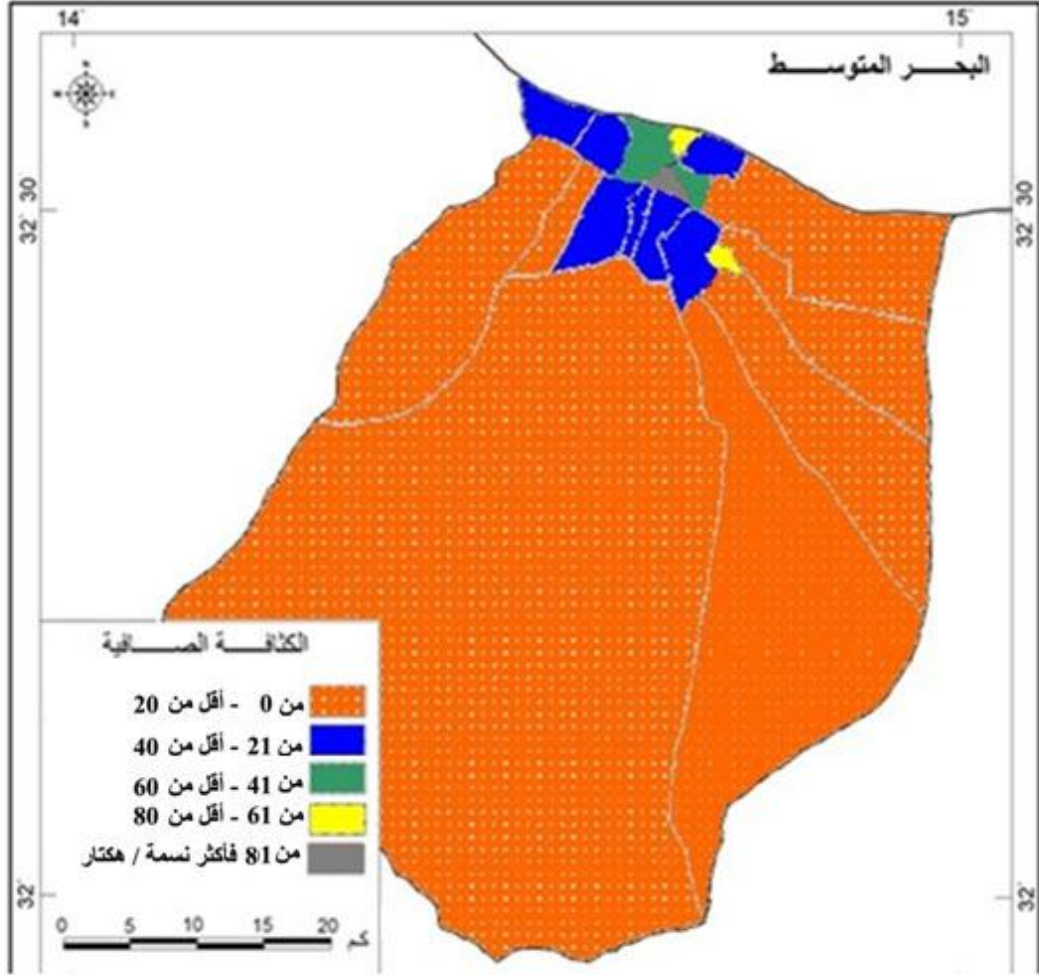
جدول (9.2)

الكثافة الصافية للسكان على مستوى المساحات المبنية بمنطقة زليتن لسنة 2006م

نسمة / هكتار	المساحة بالهكتار	عدد السكان	البيان المحلة
40	236	9399	المنطرحة
32	189	6091	أبوجريدة
52	153	7971	البازة
39	213	8305	كادوش
121	78	9413	الشيخ
62	79	4927	أبورقية
52	164	8602	أزدو الجنوبية
37	327	12192	أزدو الشمالية
20	688	14064	السبعة
7	1746	11818	القاعة
2	4025	8448	أدواو
1	12511	16646	ماجر
4	3625	15045	الداقنية
4	1754	7437	الجهاد
62	173	10822	الظهيرة
24	439	10574	القصبة
23	247	5755	مغرغرين
5	2763	13110	كعام
22	224	4889	القزاحية
20	463	9334	الغويلات
6.47	30,097	194,842	الإجمالي

المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على بيانات فروع مكتب السجل المدني زليتن حتى نهاية 2007، وبيانات مكتب التخطيط العمراني، زليتن، بيانات غير منشورة.

خريطة (4.2) الكثافة السكانية في محلات منطقة زيتن سنة 2007م



المصدر : الباحث بتصريف اعتمادا على الجدول رقم (9.2)

3. التركيز السكاني بمنطقة الدراسة:

يرتبط بدراسة التوزيع محاولة التعرف على نمط التركيز السكاني في الإقليم، أي مدى ميل السكان

إلى التركيز في منطقة واحدة داخل حدود الإقليم أو التشتت داخل هذه الحدود، ذلك لأن دراسة التوزيع

السكاني لا تهتم بالتوزيع العددي المطلق للسكان في أقسام الإقليم فحسب، بل بدراسة توزيع الكثافة في هذه الأقسام، والتي تلقي الضوء على مدى العلاقة بين التوزيع العددي ومساحة الرقعة المأهولة . (1)

ولمعرفة مدى التركيز أو التبعثر في توزيع السكان داخل منطقة زليتن، ومن ثم تحديد صورة العلاقة القائمة بين السكان والمساحة، فقد كان لابد من استخدام مقياس نسبة التركيز كمؤشر لدراسة هذه العلاقة، وبديهي أن التوزيع المثالي للسكان على مساحة المنطقة يكون متساوياً إذا كانت كل من نسبة المساحة ونسبة السكان متساوية تماماً، أي أن الفرق بينهما يساوي صفراً، وكلما كبرت النسبة كان ذلك دليل على تركيز سكاني والعكس⁽²⁾، وبتطبيق ذلك رقمياً على المحلات السكنية بمنطقة الدراسة كما هو موضح في الجدول (10.2) والذي يوضح نسبة التركيز في المنطقة على مستوى المحلات السكنية يتضح الآتي:

بلغت نسبة التركيز^(*) في منطقة زليتن حوالي 63% خلال عام 2006م وهذا يعني أن توزيع

السكان في المنطقة يميل إلى التركيز وليس نحو التشتت والتبعثر.

(1) فتحي أبو عيانة، جغرافية السكان، الطبعة الثالثة، دار النهضة العربية، بيروت، 1986م، ص ص 205، 206

(2) عباس فاضل السعدي، دراسات في جغرافية السكان، منشأة المعارف الإسكندرية، 1980م، ص ص 90، 91.

(*) نسبة التركيز = $\frac{1}{2}$ مجموع (س ، ص) حيث : س = النسبة المئوية لمساحة المحلة إلى جملة مساحة المنطقة
ص = النسبة المئوية لعدد سكان المحلة إلى جملة سكان المنطقة.

جدول (10.2) نسبة التركيز لسكان منطقة زليتن عام 2006م

المحلة	البيان	النسبة المئوية من مجموع السكان (س)	النسبة المئوية من المساحة الكلية (ص)	الفرق (س ، ص)
المنطرحة		4.82	0.28	4.54
أبوجريدة		3.13	0.18	2.95
البازة		4.09	0.22	3.87
كادوش		4.26	0.50	3.76
الشيخ		4.83	0.08	4.75
أبورقية		2.53	0.10	2.43
أزدو الجنوبية		4.14	0.24	3.9
أزدو الشمالية		6.26	0.52	5.74
السبعة		7.22	0.93	6.29
القاعة		6.07	2.91	3.16
أدواو		4.34	14.13	9.79
ماجر		8.68	60.92	52.24
الدافنية		7.72	5.82	1.9
الجهاد		3.82	4.32	0.5
الظهيرة		5.55	0.19	5.36
القصة		5.43	0.52	4.91
مغرغرين		2.90	0.40	2.50
كعام		6.73	6.23	0.50
القزاحية		2.51	0.60	1.91
الغويلات		4.97	1.01	3.96
الإجمالي		%100	%100	124.96
نسبة التركيز = 62.5 %				

المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على بيانات فروع السجل المدني زليتن حتى نهاية 2007، وبيانات التخطيط العمراني، زليتن، بيانات غير منشورة.

حيث انقسمت المحلات السكانية في المنطقة من حيث توزيع السكان إلى ثلاث مجموعات،

المجموعة الأولى تضم المحلات السكنية التي يزيد فيها تركيز السكان بالنسبة للمساحة، والمجموعة الثانية

يقبل فيها تركيز السكان بالنسبة للمساحة أي عكس المجموعة الأولى، أما عن المجموعة الثالثة فهي تتعادل فيها تقريباً نسبة السكان مع نسبة المساحة.

وقد مثلت المجموعة الأولى معظم المحلات السكنية وتظهر بشكل واضح في المحلات الواقعة في الجزء الشمالي والأوسط، والتي تدخل ضمن إطار المركز الحضري لمنطقة زليتن، وتتمثل في محلة الشيخ ومحلة البازة ومحلة أبورقية، كما تدخل ضمن هذه المجموعة بعض المحلات السكنية الأخرى ذات الكثافة السكانية المتوسطة والواقعة في أطراف المدينة وهي محلة ازود الشمالية وازود الجنوبية و كادوش و المنطرحة و أبوجريدة، بالإضافة إلى محلات سكنية أخرى يزيد فيها تركيز السكان بالنسبة للمساحة بسبب صغر مساحتها، وارتفاع معدل كثافتها رغم بعدها على المركز الحضري للمدينة، والمتمثلة في محلة الظهيرة ومحلة مغرغرين ومحلة القصبه ومحلة القزاحية ومحلة السبعة ومحلة الغويلات، وهكذا نجد أن المحلات السكنية السابقة تضم نحو ثلثي سكان المنطقة 65.5% في حين أن المساحة التي تمثلها لا تتجاوز 5.8% من إجمالي مساحة المنطقة.

وهناك مجموعة أخرى تقل فيها نسبة تركيز السكان بالنسبة للمساحة، وهي تمثل المحلات السكانية التي تضم مساحات واسعة من الأراضي الخالية، وبالتالي يقل فيها تركيز السكان، وهي المحلات التي تقع في جنوب المنطقة وجنوبها الشرقي والمتمثلة في محلة ماجر ومحلة أدواو ومحلة القاعة وتمثل هذه المحلات نسبة كبيرة من مساحة المنطقة حيث تصل حوالي 78% في حين أن سكانها لا يتجاوز 16% من جملة سكان المنطقة.

وهناك مجموعة ثالثة والتي تتساوى فيها تقريباً نسبياً المساحة والسكان، ومن ضمن هذه المحلات محلة الجهاد ومحلة كعام ومحلة الدافنية، وبذلك يعتبر توزيع السكان في هذه المحلات السكنية أقرب ما يكون للوضع المثالي.

4. التوزيع الفعلي لسكان منطقة الدراسة

لتوضيح صورة التوزيع الفعلي لسكان منطقة زليتن ومعرفة مدى التوازن فيها تم رسم منحنى لورنز اعتماداً على بيانات الجدول (11.2) والمتمثل في الشكل (1.2) الذي يمثل العلاقة بين توزيع التكرار المتجمع الصاعد لمساحة المحلات والسكان في المنطقة خلال سنة 2006م، ومن خلال تحليل صورة هذا المنحنى تتضح لنا عدة نقاط أهمها ما يلي:

1. أن توزيع السكان على مساحة المنطقة غير متساوٍ وهو ما يؤكد ما جاء في الفقرة المتعلقة بنسبة التركيز السكاني، إذ يكون التوزيع متتالياً ومتساوياً، إذ سار المنحنى الذي يمثل التوزيع النسبي المتجمع الصاعد للسكان والمساحة منطبقاً على المحور القطري الذي يمثل التوزيع المثالي لسكان المنطقة، وهذا يعني أن الوحدة السكانية تقابلها وحدة مساحية بنفس النسبة، إذ نلاحظ شكل المنحنى هنا أنه ينحرف بشدة عن خط التوزيع المثالي، مما يؤكد أن توزيع الكثافة السكانية في المنطقة يميل إلى التركيز في مساحة محددة.

2. يتضح من دراسة منحنى لورنز حقيقة أخرى وهي أن هناك تركزاً سكانياً واضحاً في الجزء الشمالي الأوسط، وهو يمثل المركز الحضري للمنطقة والذي تمثله ثمان محلات سكنية، حيث يتركز نحو 35% من سكان المنطقة أي ما يزيد عن ثلث السكان على مساحة من الأرض لا تمثل سوى 2% من إجمالي المساحة وأن أكثر من 90% من السكان يتركزون على مساحة لا تزيد نسبتها على 40% من مجموع المساحة الكلية بالمنطقة، في حين نجد 60.8% من مساحة المنطقة والمتمثلة في

محلة ماجر لا يعيش فيها سوى 8.5% من مجموع السكان، وهو مؤشر واضح على مدى انخفاض

الكثافة السكانية في الأطراف الجنوبية للمنطقة.

3. والخلاصة هنا نجد أن التوازن في توزيع السكان في المنطقة غير متحقق بصورته المثالية، وبدل ذلك

على عدم تطابق خط التوزيع الفعلي مع خط التوزيع المثالي في منحني لورنز.

جدول (11.2)

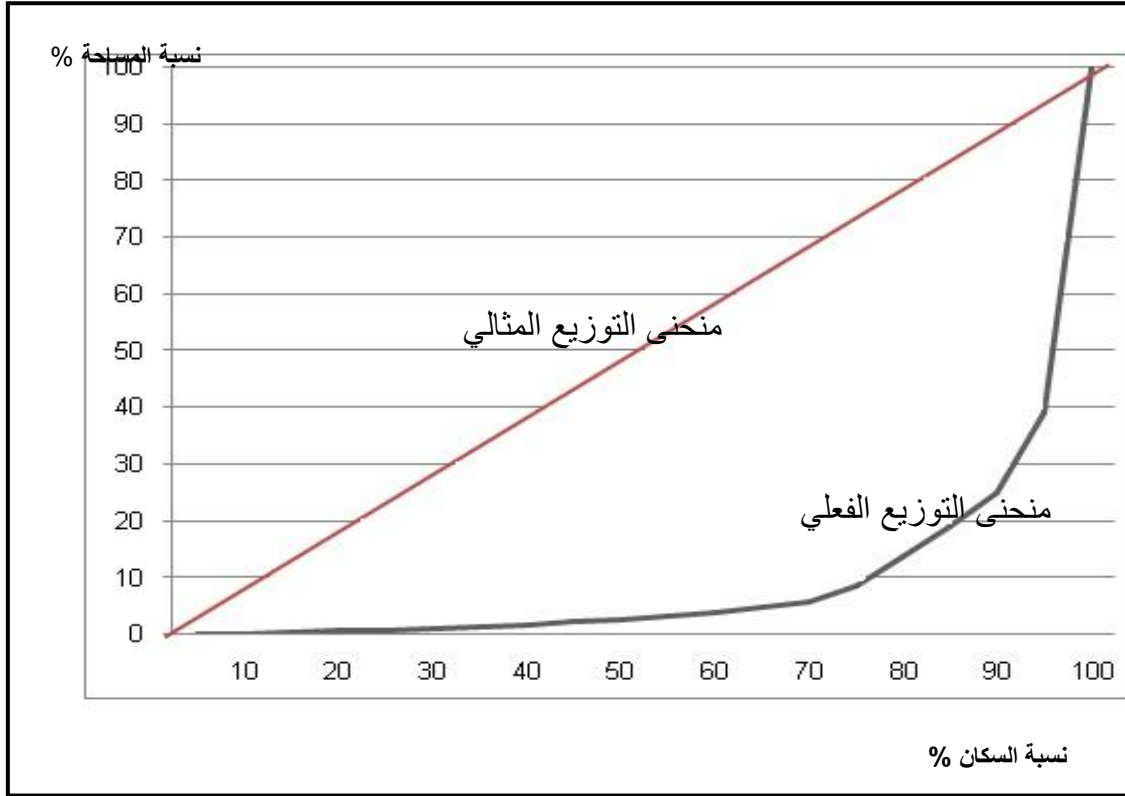
التوزيع المئوي التراكمي للسكان والمساحة في منطقة زيتن للعام 2006م (منحني لورنز)

التكرار المتجمع الصاعد للمساحة %	المساحة %	التكرار المتجمع الصاعد للسكان %	السكان %	الكثافة السكانية الصافية نسمة/هكتار	البيان المحلة
0.08	0.08	4.83	4.83	121	الشيخ
0.18	0.10	7.36	2.53	62	أبورقية
0.36	0.18	10.49	3.13	32	أبو جريدة
0.55	0.19	16.04	5.55	62	الظهيرة
0.77	0.22	20.13	4.09	52	البازة
1.01	0.24	24.27	4.14	52	ازدو الجنوبية
1.29	0.28	29.09	4.82	40	المنطرحة
1.69	0.40	31.99	2.90	23	مغرغرين
2.19	0.50	36.25	4.26	39	كادوش
2.71	0.52	42.51	6.26	37	ازدو الشمالية
3.23	0.52	47.94	5.43	24	القصبة
3.83	0.60	50.45	2.51	22	القزاحية
4.76	0.93	57.67	7.22	20	السبعة
5.77	1.01	62.64	4.97	20	الغويلات
8.68	2.91	68.71	6.07	7	القاعة
13.6	4.38	72.53	3.82	4	الجهاد
18.88	5.82	80.25	7.72	4	الدافنية
25.11	6.23	86.98	6.73	5	كعام
39.24	14.13	91.32	4.34	2	إدواو
%100	60.76	%100	8.68	1	ماجر

الإجمالي	629	%100	-	%100	-
----------	-----	------	---	------	---

المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على بيانات التعداد السكاني 2006م ، وبيانات مكتب التخطيط العمراني، زليتن، بيانات غير منشورة.

شكل رقم (1.2) العلاقة بين المساحة والسكان في منطقة زليتن سنة 2006م(منحنى لورنز)



المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على بيانات الجدول رقم (11.2)

يلاحظ من هذا المنحنى أن هناك خلافاً كبيراً في توزيع السكان على المساحة ، حيث إن 70% من السكان يتركزون في حوالي 5% من مساحة المنطقة ، وان حوالي 80% من السكان يتركزون 12% من مساحة المنطقة ، وان 90% من السكان يتركزون في حوالي 25% من مساحة المنطقة.

تركيب السكان:

يعد التركيب السكاني أحد المظاهر الديموغرافية المهمة لأنه ناتج عن مجموعة من العوامل التي تتبادل معه، حيث يهتم الجغرافي بدراسة تركيب السكان لتوضيح ملامح التباين المكاني ودراسة العوامل

التي تؤثر في هذا التباين وارتباطها بالظروف الديموغرافية الأخرى⁽¹⁾ ومعرفة ما يملكه المجتمع من موارد

بشرية وتصنيفها حسب قطاعات النشاط الاقتصادي المختلف.⁽²⁾

حيث نتناول دراسة التركيب السكاني في منطقة الدراسة حسب:

1- التركيب العمري والنوعي:

من المعروف أن هناك علاقة وثيقة متبادلة بين التركيب العمري من جهة والخدمات الصحية من

جهة أخرى، أما من ناحية التركيب النوعي يعتبر من الأساسيات التي يجب وضعها في الاعتبار من قبل

مخططي المجال الصحي، لأن هذا التركيب هو الذي يحدد الخدمات التي تقدمها الجهات المسؤولة، وذلك

بتوفير القوى العاملة في القطاع الصحي.⁽³⁾

ومن خلال دراسة الجدول (12.2) الذي يوضح التوزيع النسبي والتركيب النوعي لسكان منطقة

الدراسة حسب فئات السن والنوع لعامي (1995م - 2006م) يتضح الآتي:

جدول (12.2)

التوزيع النسبي لسكان منطقة زليتن حسب فئات السن والنوع لسنتي 1995م و2006م

التعداد	السن	14 - 0		15 - 64		65 فأكثر		جملة المنطقة	
		النوع	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد
1995	ذكور	31540	22.56	35601	25.46	3580	2.65	70721	50.58
	إناث	30645	21.92	34434	24.63	4007	2.87	69086	49.42
	المجموع	62185	44.47	70035	50.10	7587	5.43	139807	100
2006	ذكور	44034	22.60	46773	24.01	7672	3.94	98479	50.54
	إناث	43229	22.19	45294	23.24	7840	4.02	96363	49.46

(1) أشرف علي عبده، ضاحية المعادي : دراسة في جغرافية العمران، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1994، ص 106.

(2) فتحي محمد أبو عيانة، جغرافية السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1989م، ص 397.

(3) عفاف سيد محمد سيد، الجغرافيا الطبية لمحافظة القليوبية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1995م، ص 109.

100	194842	7.96	15512	47.25	92067	44.97	87263	المجموع
-----	--------	------	-------	-------	-------	-------	-------	---------

- المصدر: 1. مصلحة الإحصاء والتعداد، النتائج النهائية عام 1995م منطقة مصراتة.
2. بيانات مكتب السجل المدني زليتن حتى نهاية عام 2007م، بيانات غير منشورة.
3. النسب من حساب الباحث.

يلاحظ تميز صغار السن (0 - 14) مع انتظام تناقصها، حيث تقل كل فئة عمرية على الفئة التي تسبقها، كذلك يلاحظ ثبات نسبة هذه الفئة نوعاً ما في كلا التعدادين، إذ مثلت 44.5% من جملة سكان المنطقة عام 1995م مقابل 44.8% في عام 2006م منهم 22.6% من الذكور، 22.2% من الإناث، وبصفة عامة تنخفض نسبة الإناث عن نسبة الذكور في كل مرحلة داخل هذه الفئة العمرية . أما بالنسبة للفئة العمرية المتوسطة من (15 - 64) فقد وصلت نسبتها 50.1% من جملة سكان منطقة زليتن عام 1995م، في حين انخفضت في عام 2006م إذ وصلت 47.3% نظراً لارتفاع نسبة الأطفال في الفئة العمرية لصغار السن خلال الفترة الفاصلة بين التعدادين، وبصفة عامة تنخفض نسبة الإناث عن الذكور داخل هذه الفئة.

أما عن نسبة كبار السن (65 فما فوق) فإنها تمثل أقل الشرائح بالمنطقة إذ لم تتجاوز نسبتها 5.4% خلال تعداد سنة 1995م، ثم ارتفعت بشكل واضح خلال سنة 2006م حيث وصلت حوالي 8% من مجموع السكان، ولا شك أن تطور المستوى الصحي هو السبب الكامن وراء زيادة أمد الحياة، وبالتالي ارتفاع نسبة فئة كبار السن في المنطقة، ويلاحظ في هذه الفئة ارتفاع نسبة الإناث عن نسبة الذكور وهو عكس ما لاحظنا في الفئات العمرية المتوسطة، وهو أمر متوقع، نظراً لما يتعرض له الذكور من إجهاد وأخطار إصابات أثناء العمل في العديد من المهن.

ومن هذا التحليل لفئات السن والنوع الرئيسية الثلاث في المنطقة نجد أن الفئة العمرية الصغرى بشكل عام تتميز بقاعدة عريضة واسعة أخذة في التناقص إلى الداخل كلما ازدادت فئات الأعمار، وأن هذه القاعدة تتجدد باستمرار بسبب الزيادة في الأطفال، وأن صورة عدم التوازن العمري تبدو واضحة، حيث تصل فئات صغار السن وكبار السن 52.8% من حجم سكان المنطقة مقابل 47.2% للفئة العمرية المتوسطة مما يزيد في معدل الإعالة، حيث نرى ارتفاع في معدلات فئات السن وخاصة الفئة العمرية الصغيرة وهنا نتساءل عن ماهية الخدمات التي يمكن تقديمها لهذه الفئة بحيث تلبي احتياجاتها من الخدمات الصحية.

- نسبة الإعالة:

ترتبط نسبة الإعالة بالتركيب العمري للسكان وتقوم على أساس أن كل فرد في المجتمع مستهلك، أما المنتجون فهم بعض أفرادهم فقط، وتتفق معظم الدراسات السكانية على اعتبار من تقل أعمارهم عن 15 سنة معولين صغار ومن تزيد أعمارهم على 64 سنة معولين كبار، وأما قطاع السكان الباقي الذي تتراوح أعمارهم بين (15 - 64) سنة فيمثلون القطاع النشط اقتصادياً من السكان، والذي يقع عليه عبء إعالة المجتمع.⁽¹⁾

ومن دراسة الفئات الثلاث يستخرج معدل الإعالة وفيه نسب السكان في الفئات المعالة وهي الأطفال الصغار (صفر - 14 عاماً) وكبار السن (65 عاماً فأكثر) إلى فئات السن العائلة أو النشطة اقتصادياً.⁽²⁾

(1) فتحي أبو عيانة، جغرافية السكان، 1989، مرجع سابق، ص 411.
(2) أحمد علي إسماعيل، أسس السكان وتطبيقاته الجغرافية، الطبعة الأولى، 1976، مرجع سابق، ص 89.

ومن خلال بيانات الجدول (12.2) وبتطبيق معادلة نسبة معدل الإعاقة ، فإن نسبة الإعاقة في منطقة زليتن خلال عام 2006م تمثل (112) نسمة ، وهذه النسبة تزيد على الوضع السائد في ليبيا حيث بلغت نسبة الإعاقة حوالي (55) خلال 2006م⁽¹⁾.

ومن هنا نجد أن لنسبة الإعاقة دور واضح في الطلب على الخدمات الصحية ، أي كلما كانت نسبة الإعاقة كبيره كان لها تأثير سلبي على رب الأسرة ومعاناته لتوفير العلاج .

2- التركيب التعليمي:

تعد الحالة التعليمية مؤشراً لمستوى المعيشة ومقياساً للحكم على التطور الثقافي والاجتماعي، وذات أهمية خاصة في التنبؤ بالاتجاهات التعليمية المستقبلية وفقاً لخطط موضوعة وتوضيح الفرص الاقتصادية ومدى إمكانية المجتمع للإفادة منها وتحديد أثر عامل التعليم في كثير من السكان.⁽²⁾

ويرتبط التركيب التعليمي بتوزيع السكان حسب درجة التحصيل العلمي وبعض المتغيرات الأخرى، والتحصيل العلمي كما تعرفه الأمم المتحدة هو (أعلى صف أكمله الشخص ضمن النظم التعليمية في البلد).⁽³⁾

ويوضح الجدول (13.2) الحالة التعليمية لجملة سكان منطقة زليتن خلال الفترة ما بين تعدادي 1995 و2006 حيث يلاحظ انخفاض في نسبة الأمية بشكل واضح بين التعدادين، إذ سجلت 20.2% من جملة سكان المنطقة عام 1995م، في حين لم تسجل خلال عام (2006م) سوى 11.1% من إجمالي سكان المنطقة ، بينما سجلت نسبة الأمية في ليبيا بين التعدادين حوالي 18.69 من إجمالي

(1) الهيئة العامة للمعلومات والتوثيق ، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان ، لسنة 2006م، ص 44
السكان (صفر - 14) + (65 فأكثر)

* (نسبة) الإعاقة الكلية = $\frac{\text{السكان (64 - 15)}}{100} \times 100$

(2) عباس فاضل السعدي، دراسة في جغرافية السكان، مرجع سابق، ص 243.

(3) فوزي سهاونة، مبادئ الديموغرافيا، الطبعة الثالثة، المطبعة الأردنية، عمان 1983م، ص 148.

سكان ليبيا عام 1995م وانخفضت هذه النسبة في عام 2006م حتى وصلت 11.5 من إجمالي سكان ليبيا⁽¹⁾، وقد شكلت نسبة الأمية 9.4% من جملة الذكور في منطقة الدراسة عام 1995م، وفي مقابل 4.8% فقط عام (2006م). أما الإناث فقد شكلت هذه النسبة حوالي 31.9% من مجموع الإناث في المنطقة عام 1995م، وانخفضت إلى 16.9 في عام 2006م.

ونرى أن للتركيب التعليمي أهمية كبيرة على السكان وله تأثير على الخدمات الصحية، وتتصف المجتمعات ذات المستوى التعليمي المرتفع بارتفاع مستوى المعيشة وانتشار وتطور الخدمات الصحية وبالتالي انخفاض معدلات الوفيات⁽²⁾، وكذلك ارتفاع المستوى التعليمي يؤدي إلى زيادة التردد على الخدمات الصحية واخذ التطعيمات اللازمة في وقتها للحفاظ علي سلامة السكان .

(1) الهيئة العامة للمعلومات والتوثيق ، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان ، مرجع سابق، ص 52
(2) منصور محمد الكيخيا، جغرافيا السكان أسسها ووسائلها، مرجع سابق، ص 209.

جدول (13.2)

التوزيع النسبي لسكان منطقة زليتن حسب الحالة التعليمية خلال عامي 1995م و2006م

الإجمالي		جامعي فما فوق		ثانوي		إعدادي		ابتدائي		يقرأ ويكتب		أمي		الحالة النوع
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
1995م														
100	55160	5.9	3294	21.1	11616	19.4	10692	22.9	12624	21.3	11727	9.4	5207	ذكور
100	51091	0.4	213	5.8	2946	9.1	4617	23.2	11847	29.3	15168	31.9	16300	إناث
100	106,251	3.3	3,507	13.7	14,562	14.4	15,309	23.1	24,471	25.3	26,895	20.2	21,507	المجموع
2006م														
100	73881	8.3	6133	18.7	13791	17.4	12870	26.9	19857	23.9	17712	4.8	3518	ذكور
100	80771	6.4	5153	12.9	10420	12.5	10094	20.9	16852	30.5	24631	16.9	13621	إناث
100	154,652	7.3	11,286	15.7	24,211	14.8	22,964	23.7	36,709	27.4	42,343	11.1	17,139	المجموع

المصدر: .: مصلحة الإحصاء والتعداد السكاني العام لسنة 1995م منطقة مصراتة، النتائج النهائية لتعداد 2006م.

شكل السكان الملمون بالقراءة والكتابة نسبة تصل إلى 25.3% من جملة سكان المنطقة في تعداد 1995م وارتفعت هذه النسبة في عام 2006م، حيث سجلت 27.4% من جملة سكان المنطقة، وذلك على الرغم من ارتفاع نسبة الحاصلين على الشهادات بهذا التعداد، وما يفسر ارتفاع نسبة الملمين بالقراءة والكتابة دون الحصول على شهادة تعليمية في هذا التعداد هو انقطاع عدد كبير من التلاميذ عن الدراسة قبل إتمام المرحلة الابتدائية وخاصة من الإناث في المحلات السكنية الريفية على وجه الخصوص بالمنطقة، في حين كان تعليم الإناث منخفض جداً في تعداد عام 1995م، وهو ما رفع نسبة الأمية، كما لاحظنا في هذه الفترة أن الملمين بالقراءة والكتابة وصلت نسبتهم 21.3 من جملة الذكور في المنطقة عام 1995م وارتفعت هذه النسبة لتصل إلى 23.9% في عام 2006م، في حين شكلت نسبة الإناث 29.3% في سنة 1995م ثم ارتفعت إلى 30.5 عام 2006م، وهذا يؤكد ما ذكر في السابق عن مسؤولية الإناث في ارتفاع نسبة الملمين بالقراءة والكتابة ودون الشهادة الابتدائية خلال هذا التعداد.

أما بالنسبة لتلاميذ المرحلة الابتدائية فقد ارتفعت نسبتهم بين التعدادين في المنطقة، وعلى مستوى كل من الذكور والإناث، حيث ارتفعت هذه النسبة على مستوى المرحلة الابتدائية من حوالي 23.4% من جملة سكان المنطقة 1995م لتصل إلى 23.7% بحلول عام 2006م، وارتفعت نسبة الذكور ضمن المرحلة الابتدائية من 22.9% في عام 1995م إلى 26.9% عام 2006م، وعلى العكس من ذلك انخفضت نسبة الإناث من 23.2% خلال عام 1995م إلى 20.9% بحلول عام 2006م، وكذلك الحال بالنسبة لحاملي الشهادات الإعدادية والثانوية، فقد ارتفعت نسبتهم بشكل ملحوظ بين التعدادين في عموم سكان المنطقة وعلى مستوى كل من الذكور والإناث، حيث ارتفعت نسبة الحاصلين على الشهادة الإعدادية من 14.4% في عام 1995م إلى

14.8% في عام 2006 من جملتهم وانخفضت نسبة الذكور منهم من 19.4% عام 1995م إلى 17.4% من جملة الذكور عام 2006م.

وفي المقابل ارتفعت نسبة الإناث من 9.1% خلال سنة 1995م إلى 12.5% من جملة الإناث في عام 2006م، كما ارتفعت نسبة الحاصلين على الشهادة الثانوية من 13.7% من جملة السكان من المنطقة عام 1995م لتسجل 15.7% من مجموعهم خلال 2006م وارتفعت نسبة الذكور منهم من 18.7% لعام 1995م لتصل إلى 21.1% خلال عام 2006م، وبالمثل ارتفعت نسبة الإناث خلال التعدادين حيث سجلت نسبتهم من 5.8% عام 1995م إلى حوالي 12.9% من جملة الإناث لعام 2006م.

أما بالنسبة للسكان الحاصلين على الشهادة الجامعية فما فوق أو ما يعادلها فقد ارتفعت نسبتهم قليلاً فيما بين التعدادين، حيث سجلت 3.3% في عام 1995م وارتفعت لتصل إلى 7.3% في عام 2006م من جملة سكان المنطقة، وقد شكلت هذه النسبة 5.9% من جملة الذكور عام 1995م وارتفعت إلى حوالي 8.3% من جملة الذكور عام 2006م، في حين لم تسجل إلا نسبة منخفضة جداً في جملة الإناث خلال عام 1995م وهي 0.4، ارتفعت إلى 6.4% خلال تعداد عام 2006م، وهذا يتفق مع التوزيع التعليمي لليبيا بصفة عامة .

3- التركيب الاقتصادي:

للتكوين الاقتصادي تأثير كبير على السكان في أية منطقة ، فهناك من السكان من ليس لهم دخل كافي لحياتهم اليومية مما يجعلهم يبحثون عن حرف أخرى لتحسين مستواهم الاقتصادي حتى يمكنهم توفير احتياجاتهم من الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات الأخرى هذا على عكس السكان ذوي الدخل المرتفع ، يعد تركيب السكان حسب النشاط الاقتصادي أحد العناصر

الديموغرافية الهامة في دراسة السكان، نظراً لأنه يلقي الضوء على حجم القوى العاملة في المجتمع وتوزيعها بين القطاعات الاقتصادية المختلفة⁽¹⁾، كما أن دراسة القوى العاملة ونسبتها التوزيعية من خلال هذه القطاعات تعد أنسب وسائل القياس، إذ أنها تساعد بسهولة في المقارنة سواء من نشاط إلى آخر أو من عام إلى آخر.⁽²⁾

ومن خلال الجدول (14.2) والذي يوضح التركيب الاقتصادي للسكان في منطقة زليتن حسب النوع في التعداد عام 1995م حيث بلغ إجمالي عدد السكان ذوي النشاط الاقتصادي خلال هذا التعداد حوالي 25,151 نسمة من إجمالي عدد سكان منطقة زليتن والبالغ عددهم خلال هذا التعداد 139,807 نسمة وهذا يعني أن نسبة ذوي النشاط الاقتصادي تشكل نحو 18.4% من جملة سكان المنطقة وترتفع هذه النسبة بين الذكور عنها بين الإناث، فيشكل الذكور نسبة 92.4% بينما لا تشكل الإناث سوى 7.6% من جملة السكان ذوي النشاط الاقتصادي في المنطقة، وأهم ما يسترعى الانتباه لهذه النقطة هو انخفاض نسبة السكان ذوي النشاط الاقتصادي، وبالمقابل ارتفاع نسبة غير النشطين اقتصادياً والتي بلغت 81.6% على أنه ينبغي الأخذ في الاعتبار ارتفاع هذه النسبة يرجع إلى شمولها للأطفال والطلاب بمختلف مستوياتهم التعليمية والمسنيين وغير القادرين على العمل من ذوي العاهات المختلفة، بالإضافة إلى العاطلين عن العمل، وكذلك من الملاحظ على صعيد المقارنة أن نسبة ذوي النشاط الاقتصادي تنخفض في منطقة زليتن خلال تعداد 1995م عن بقية المدن الساحلية المجاورة لها، ويرجع ذلك إلى ضعف مساهمة المرأة في قوة العمل داخل منطقة زليتن، مقارنة بالمناطق الساحلية المجاورة.

(1) نورا يوسف مبارك الكواري، مدينة الدوحة، دراسة في جغرافية المدن، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 1994م، ص136
(2) علي محمد إبراهيم التير، التعليم والصحة في منطقة زليتن: دراسة في جغرافية الخدمات، مرجع سابق، ص112

جدول (14.2)

التركيب الاقتصادي لسكان منطقة زيتن لعام 1995م

الإجمالي		إناث		ذكور		النشاط الاقتصادي
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
19.3	4859	0.8	37	99.2	4822	الزراعة والصيد البحري
1.6	410	-	-	100	410	التعدين
9.7	2440	8.3	203	91.7	2237	الصناعات التحويلية
3.7	932	-	-	100	932	شبكات المرافق
6.6	1665	0.1	2	99.9	1663	النقل والمواصلات
1.3	330	5.2	17	94.8	313	المصارف ومؤسسات التمويل
6.1	1528	0.6	9	99.4	1519	الأنشطة التجارية
41.6	10455	14.2	1483	85.8	8972	الخدمات الاجتماعية
0.1	37	-	-	100	37	مهن أخرى غير مصنفة
9.9	2495	6.4	159	93.6	2336	بيحثون عن عمل لأول مرة
100	25151	7.6	1910	92.4	23241	المجموع

المصدر: مصلحة الإحصاء والتعداد، النتائج النهائية، تعداد السكان العام 1995م، منطقة مصراتة، جدول رقم (52-3-4)، ص 250، 251.

يأتي نشاط الخدمات الاجتماعية في المرتبة الأولى بين النشاطات الاقتصادية بمنطقة زيتن، حيث بلغت نسبة العاملين بهذا القطاع 41.6% من إجمالي عدد السكان ذوي النشاط الاقتصادي بالمنطقة، ومعظمهم من الذكور حيث يشكلوا 85.8% والإناث 14.2% من جملة العاملين بهذا النشاط، ويلاحظ هنا الارتفاع النسبي لمساهمة الإناث في هذا القطاع كما ترتفع نسبتهن في النشاط الصناعي، وهذا يرجع إلى وجود صناعات خفيفة مثل صناعة الملابس الجاهزة والتي تمثل الإناث معظم القوى العاملة فيها، والجدير بالذكر هنا أن القطاع الخاص يساهم بقدر كبير في هذا النشاط حيث تمنح الأجهزة الإدارية الحكومية التابعة لقطاع الصناعة تراخيص لإقامة ما تعرف بالتشاريكات الصناعية، وتمنح لها القروض والتسهيلات المصرفية ضمن سياسة

التحول إلى الإنتاج، وبذلك يزاول المستفيدون من هذه التراخيص العديد من الأنشطة الصناعية مثل صناعة اللدائن ومواد التنظيف والملابس الجاهزة والأحذية وغيرها من الأنشطة الصناعية الأخرى.

واحتل المرتبة الثانية نشاط الزراعة والصيد البحري بنسبة 19.3% من جملة ذوي النشاط الاقتصادي ويمثل الذكور النسبة الأكبر حيث تصل نسبتهم 99.2% من المشتغلين بهذا القطاع، والإناث تصل نسبتهم إلى 0.8% من إجمالي السكان المشتغلين بهذا القطاع.

أما المرتبة الثالثة فتأتي الصناعات التحويلية بنسبة 9.7% من جملة ذوي النشاط الاقتصادي وفيها تفوق نسبة الذكور نسبة الإناث حيث بلغت نسبتهم 91.7% ذكور و 8.3 إناث من جملة المشتغلين بهذا القطاع .

ويأتي في المرتبة الرابعة نشاط النقل والمواصلات إذ يشكل نسبة 6.6% من جملة السكان ذوي النشاط الاقتصادي بالمنطقة ويمثل الذكور معظم المشتغلين بهذا القطاع، حيث تصل نسبتهم إلى 99.9% ولا تمثل الإناث سوى نسبة ضئيلة لا تكاد تذكر 0.1% ولعل طبيعة هذا النشاط التي لا تتلاءم مع طبيعة المرأة وكذلك عدم وجود مؤسسات خدمية لهذا النشاط بالمنطقة مثل وكالات السفر والسياحة ونحوها والتي بدورها تتيح للمرأة فرصة العمل داخل هذا القطاع، كانت السبب في انخفاض إن لم نقل انعدام مساهمة المرأة بمنطقة زليتن في نشاط النقل والمواصلات.

وفي المرتبة الخامسة يأتي نشاط التجارة على مستوى الأنشطة الاقتصادية في زليتن إذ تبلغ نسبة العاملين به 6.1% من جملة ذوي النشاط الاقتصادي بالمنطقة، إذ تصل نسبة الذكور به 99.4% من إجمالي السكان المشتغلين في هذا النشاط، في حين لا تشكل الإناث سوى 0.6% فقط، ويرجع نسبة تدني مساهمة المرأة في هذا النشاط إلى القيود التي تفرضها العادات والتقاليد السائدة في المنطقة على المرأة ، وبالتالي فإن مساهمة الإناث في النشاط التجاري تقتصر على

مجموعة محددة من المحال التجارية الخاصة ببيع مستلزمات المرأة والمعروف باسم الصالات النسائية.

أما بالنسبة للمشتغلين في الأنشطة التجارية الأخرى، فتبلغ نسبتهم 6.7% من إجمالي السكان ذوي النشاط الاقتصادي بالمنطقة، ثم شبكات المرافق بنسبة 3.7% ويليه كل من نشاط التعدين والمصارف بنسبة 1.6%، 1.3% على التوالي، كما أوضحت بيانات هذا الجدول أن نسبة الباحثين عن العمل لأول مرة تصل إلى 9.9% من جملة القوى العاملة بمنطقة زليتن وبالاطلاع على بيانات الجدول (15.2) والذي يوضح التركيب الاقتصادي لسكان منطقة زليتن لعام 2006م وبالمقارنة بالبيانات الواردة في تعداد عام 1995م يتضح الآتي:

لا يزال نشاط الخدمات الاجتماعية يحتل المرتبة الأولى بين نسب المشتغلين في الأنشطة الاقتصادية المختلفة في المنطقة، حيث بلغت نسبة مساهمة هذا النشاط 39.1% من إجمالي عدد السكان ذوي النشاط الاقتصادي خلال عام 2005م، وهي بذلك تنخفض قليلاً عن النسب التي سجلها هذا النشاط، وبالنظر إلى التوزيع النوعي للمشتغلين في قطاع الخدمات الاجتماعية نجد أن نسبة الذكور تصل إلى 79.1% في حين تمثل الإناث 20.9% من مجموع المشتغلين في هذا النشاط ولا شك أن انتشار الخدمات الاجتماعية بكافة مستوياتها في المنطقة والمساهمة الايجابية للمرأة في هذا النشاط، هو ما يفسر ارتفاع نسبة المشتغلين داخل هذا القطاع.

واحتل المرتبة الثانية النشاط التجاري بنسبة 14.6% من جملة السكان ذوي النشاط الاقتصادي في المنطقة، وذلك على حساب نشاط الزراعة والصيد البحري والذي تراجع إلى المرتبة الثالثة، وإذا ما بحثنا عن الأسباب الكامنة وراء ذلك، نجدها تتمثل في إقبال عدد كبير من سكان المنطقة على مزاوله هذه المهنة لما تحققه من عائد مالي يرفع من مستوى معيشة الأفراد المزاولين

لهذا النشاط، وخاصة بعد تبني البلاد لسياسة الانفتاح على الأسواق الخارجية وفتح المجال للقطاع الخاص، فضلاً عن إعطاء بعض التسهيلات كمنح القروض الاستثمارية وتخفيض الضرائب الجمركية على العديد من السلع المستوردة، أما من حيث التوزيع النوعي للسكان المشتغلين في هذا النشاط، فنلاحظ أن معظمهم من الذكور حيث تبلغ نسبتهم 97.3% في مقابل 2.7% للإناث حيث تقتصر مساهمة الإناث في البيع داخل الصالات النسائية التي زادت أعدادها في السنوات الأخيرة.

شكل نشاط الزراعة والصيد البحري المرتبة الثالثة خلال هذا التعداد بنسبة 13.9% ومعظم المشتغلين فيه من الذكور إذ بلغت نسبتهم 99.6% وبالتالي لا تمثل الإناث سوى 0.4% من مجموعة المشتغلين بهذا القطاع، وقد لاحظنا تراجع مرتبة هذا القطاع عما كان عليه في التعداد السابق لسنة 1995م، ولعل استمرار التوسع الحضري على حساب الأراضي الزراعية وعزوف الشباب عن مزاوله هذه المهنة وتفضيلهم للأنشطة الأخرى ذات الطابع الحضري، فضلاً عن انخفاض نسبة مساهمة الإناث بهذا النشاط كانت وراء هذا التراجع.

أما نشاط الصناعات التحويلية فقد جاء خلال هذا التعداد في المرتبة الرابعة بنسبة 10.1% من مجموع السكان ذوي النشاط الاقتصادي في المنطقة، ويستأثر الذكور منهم على النصيب الأوفر بنسبة تصل إلى 88.7% في حين تشكل الإناث 11.3% في المرتبة الثانية من حيث مساهمة المرأة بعد قطاع الخدمات الاجتماعية.

جدول (15.2)

التركيب الاقتصادي لسكان منطقة زليتن لعام 2006م

الإجمالي		إناث		ذكور		النشاط الاقتصادي
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
13.9	5071	0.4	21	99.6	5050	الزراعة والصيد البحري
1.6	587	-	-	100	587	التعدين
10.1	3658	11.3	414	88.7	3244	الصناعات التحويلية
3.7	1347	-	-	100	1347	شبكات المرافق
14.6	5318	2.7	146	97.3	5172	الأنشطة التجارية
5.5	2013	-	-	100	2013	النقل والمواصلات
1.7	612	5.7	35	94.3	577	المصارف ومؤسسات التمويل
39.1	14229	20.9	3017	79.1	11212	الخدمات الاجتماعية
9.7	3528	14.1	497	85.9	3031	يبحثون عن عمل لأول مرة
100	36363	11.4	4130	88.6	32233	المجموع

المصدر: مصلحة الإحصاء والتعداد، النتائج النهائية، تعداد السكان العام 2006م، بيانات منشورة.

وإذا ما أردنا إيجاد مبرر واضح لتراجع هذا القطاع إلى المرتبة الرابعة رغم استمرار تشجيع البلاد لسياسة التحول إلى الإنتاج ووضع التسهيلات اللازمة لذلك والتي أشرنا إليها سابقاً، نجد أن الأساليب الكامنة وراء تفضيل السكان لنشاط التجارة الذي يدر المكسب المادي السريع وفي الوقت نفسه لا يحتاج إلى رأس مال كبير، بالإضافة إلى عدم قدرة الصناعات المحلية على منافسة السوق الخارجي الذي يقدم السلعة بجودة أفضل وسعر أقل.

يأتي نشاط النقل والمواصلات في المرتبة الخامسة بنسبة 5.5% من إجمالي السكان ذوي النشاط الاقتصادي في المنطقة، وتندم مشاركة المرأة في هذا القطاع خلال تعداد 2006م، وذلك لأن هذا النشاط لا يتناسب مع طبيعة المرأة بصفة عامة، ولا مع تقاليد مجتمع منطقة زليتن بصفة خاصة.

تمثل بقية الأنشطة الاقتصادية نسب ضئيلة، بحيث لا يمثل قطاع شبكات المرافق سوى 3.7% ولا تزيد نسبة كل من نشاطي المصارف والتعدين عن 1.7% و 1.6% على التوالي. أما الباحثون عن عمل لأول مرة فتصل نسبتهم خلال هذا التعداد إلى 9.7% وأكثرهم من الذكور بنسبة حوالي 85.9% ولا شك أن ذلك يعني وجود طاقات بشرية معطلة بالمنطقة من المفترض الاستفادة من قدراتها في دعم الاقتصاد المحلي من ناحية وتجنب المشاكل الناجمة عن البطالة من ناحية أخرى، وبالفعل شرعت مؤخراً الجهات الإدارية ذات الاختصاص في وضع الحلول الحاسمة لهذه الظاهرة، وذلك بمنح القروض الشبابية للباحثين عن العمل من الشباب وتشتترط على المستفيدين من هذه القروض إقامة مشاريع اقتصادية مناسبة بحيث تساهم في سد حاجات المنطقة.

الخلاصة:

هناك ارتباط كبير بين العوامل الطبيعية والبشرية وبين الخدمات الصحية ، فالعوامل الطبيعية لها تأثير على توزيع الخدمات الصحية ، فالمناطق الجبلية عادةً ما يكون فيها تباين في توزيع المراكز الصحية ، وكذلك للأمطار تأثير أيضا على صعوبة وصول السكان والحصول على خدمات المراكز الصحية بسبب الأودية والمجاري المائية التي تسببها ؛ وهذا ما يعيق حركة السكان داخل المنطقة.

وكذلك العوامل البشرية أيضا لها تأثير على الخدمات الصحية ، فمثلا حجم السكان له دور كبير ومؤثر على هذه الخدمات ، أي كلما ازداد عدد سكان المنطقة زاد الطلب على الخدمات الصحية ، وتختلف هذه الخدمات في توزيعها حسب تركيز السكان وكثافتهم ، فالريف عادةً يحتاج إلى خدمات صحية اقل من المدن ، كما أن للمستوى التعليمي اثر واضح على الخدمات الصحية في أية منطقة ، فالمناطق النائية تنتشر فيها بعض الأمراض بسبب عدم وعيهم الصحي وعدم اهتمامهم بصحتهم وانتشار السحر و الشعوذة والعلاج بالأعشاب الطبيعية ، ومن هنا نجد أن تدني المستوى

التعليمي يؤدي إلى قلة التردد على الخدمات الصحية ، على عكس المناطق المتحضرة ، وكذلك بالنسبة للنوع والعمر للسكان فهم يحتاجون إلى توفر خدمات صحية ملائمة لهم وخاصة الفئة العمرية الكبيرة منهم لكلا النوعين (ذكور وإناث) لأنهم أكثر الفئات العمرية التي تتعرض للأمراض لضعف بنيتهم وعدم قدرتهم على التحمل ، ومن الأمراض التي يصابون بها ، كما هو معروف لدينا مرض ضغط الدم ، ومرض السكري وغيرها. أما بالنسبة لتركز السكان أيضا له اثر على طلب الخدمات الصحية فسكان المدن عادةً يكونوا أكثر ازدحاما من الأرياف ، مما قد يسبب انتشار بعض الأمراض والأوبئة جراء استنشاق الأبخرة والغازات السامة المنبعثة من مداخل السيارات وعدم تغير الهواء داخل المدن ، على عكس سكان الأرياف الذين غالبا ما يتميزون بصحة جيدة ، وكذلك يختلف السكان ووضعهم الصحي بحسب مهنتهم ومكان عملهم ، فالعاملون في المصانع أحيانا يعانون من الأمراض الصدرية ، بسبب الغازات الصاعدة والغبار والكيمواويات وخاصة في مصانع الاسمنت ومواد التنظيف ، على عكس الأطباء والموظفين في المراكز الخدمية العامة والشركات الخاصة ، ومن هنا يلاحظ أن للعوامل البشرية علاقة في توزيع وتوفير الخدمات الصحية بكل مستوياتها .

الفصل الثالث

الخدمات الصحية في ليبيا

- مفهوم الخدمات الصحية .
- أهمية الخدمات الصحية.
- التطور التاريخي للخدمات الصحية في ليبيا.
- الإستراتيجية العامة لقطاع الصحة خلال ثلاثين عام (1969-1999م)
- مستويات الرعاية الصحية في ليبيا.
- أنماط الخدمات الصحية وتطورها في ليبيا خلال الفترة من (1996-2006م)
- القوى العاملة الطبية بالمرافق العامة في ليبيا.
- المصروفات على قطاع الصحة.
- المشاكل التي تواجه قطاع الصحة في ليبيا.

مفهوم الخدمات الصحية :

تعرف الخدمات الصحية بأنها : جميع الأنظمة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاجها بعد حدوثها، ثم الأنشطة التأهيلية التي يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض (1)، بالإضافة إلى خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة والتخطيط الصحي وتحمل الدولة مسؤولية توفير هذه الخدمات لكافة أفراد المجتمع في مختلف أنحاء البلاد القريبة والناحية على حد سواء، حيث لا يخضع توزيع هذه الخدمات لأي اعتبارات فردية ، وإنما وفقاً لسياسة الدولة الصحية، بحكم أنها تقدمها بوصفها خدمة للسكان بأقل التكاليف وأيسر السبل.

ويقوم النظام الصحي في ليبيا على مبدأ الرعاية الصحية الأولية للجميع بحيث تكون في متناول كافة الأسر والأفراد في المجتمع، وبسبب المساحة الشاسعة للبلاد والتوزيع الجغرافي المتفاوت للسكان، فقد ركزت السياسات والخطط والبرامج الصحية على التوسع الأفقي للخدمات الصحية، بغية تقديم الرعاية الصحية إلى أقرب نقاط ممكنة من السكان في جميع المناطق، ولكافة الشرائح الاجتماعية.(2)

وعلى هذا الأساس سعت الدولة إلى توفير الخدمات الصحية للمواطنين في كافة أقاليم البلاد، بحيث تكون في متناول الجميع في ظل ظروف ميسرة، ومما لاشك فيه أن الصحة البدنية والنفسية للإنسان هي الهدف الأول والأخير لكافة جهودات التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخططها.(3)

وتتميز الخدمات الصحية بالعديد من الخصائص نظراً لأنها خدمة تفيد السكان بالدرجة الأولى، فهي تتمثل في إمكانية خدمة عدد كبير من أفراد المجتمع في وقت واحد مع عدم وجود

(1) عبد السلام حسن عبد الهادي، تقويم الخدمات الصحية، إطار نظري، مجلة دراسات سكانية، السنة العاشرة، العدد 65، 1983م، ص4.
(2) عبد العزيز الغامدي، الجغرافيا الصحية كنموذج للجغرافية التطبيقية، مجلة كلية الآداب، جامعة الملك سعود، الرياض، 83م، ص10.
(3) الهيئة الوطنية للتوثيق والمعلومات، تقرير التنمية البشرية، طرابلس، 1999م، ص ص 104-105

تنافس بينهم كذلك بالإضافة إلى صعوبة منعها عن الراغبين فيها مهما اختلفت الحالة الاقتصادية لهم. (1)

أهمية الخدمات الصحية:

للخدمات الصحية أهمية كبيرة لحياة الإنسان فهي من الخدمات الأساسية لكل فرد وأسرة في المجتمع، سواء في المدن أو في الأرياف رجالاً أو نساءً أو أطفالاً، والحاجة من الخدمات الصحية يصعب تحديدها أو قياسها، وإن كانت الحالة المرضية للسكان هي أكثر تعبيراً عن مدى حاجة السكان للخدمات الصحية. (2)

وتصنف الخدمات الصحية ضمن خدمات المستهلك لأنها في الأساس خدمات سكانية. (3) حيث على الدولة الالتزام بتقديم هذه الخدمات الصحية بيسر وانتظام، وهذه الخدمات تتميز بعدة خصائص من أهمها:

- خاصية الاستهلاك الجماعي:

بمعنى أنه من الممكن أن يستفيد منها جميع السكان دون أن يخلق ذلك منافسة بينهم وبدون تكاليف إضافية.

- خاصية عدم الاستبعاد:

أي عدم استثناء أو إقصاء أي فرد من المجتمع في هذه الخدمة.

وتبذل معظم دول العالم مجهودات كبيرة من أجل توفير الحد الأدنى من الخدمات الصحية لسكانها على اختلاف مواقعهم وطبقاتهم، وكما هو معروف فإن ارتفاع مستوى الرعاية الصحية في

(1) Pinsh.S. Cities and Services. The Geography of Collective Consumption London , 1985, P7.

(2) ونيس الشركسي، مصدر سابق، ص 205.

(3) خالد محمد بن عمور، جغرافية الخدمات في إقليم بنغازي، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة، 2006م، ص 217.

أي بلاد هو مقياس لمدى تقدم ذلك البلد، فالدول المتقدمة استطاعت أن توفر لشعوبها مستوى متقدم من الرعاية الصحية، حيث قضت على العديد من الأمراض وتوصلت إلى وسائل للتخفيض من الأمراض الأخرى، والخدمات الصحية على أهميتها ليس لها مردود اقتصادي مباشر في حين أن مردودها الاقتصادي غير المباشر يفوق النشاطات الاقتصادية ذات العائد المباشر، فهي تعد استثمار طويل الأمد في الجانب البشري.⁽¹⁾

وتساهم الجغرافيا الطبية وجغرافية الخدمات الصحية بشكل رئيسي في تمكين السكان من الوصول والحصول على الخدمات الصحية أو إيصالها لهم، فالجغرافيا من أهم العلوم الاجتماعية التي دخلت ميدان التخطيط منذ نهاية الستينات وبداية السبعينات من القرن الماضي، وبدأت بالتوجه المكثف نحو الميادين التطبيقية خاصة في مجالات التخطيط القومي والإقليمي.⁽²⁾ حيث اهتمت الجغرافيا بدراسة أنماط التخطيط للرعاية الصحية منذ 1960م من خلال تحليل ودراسة مواقع الخدمات الصحية، ومناطق الوفرة والعجز وعلاقتها بالسكان.

ومن المؤشرات الدالة على الوضع الصحي الجيد في أي مجتمع ارتفاع مستوى الخدمات الصحية وتوزيعها العادل بين السكان وعدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان، وتوافر المعدات والأجهزة الحديثة وانخفاض معدل الوفيات لدى السكان في فئات العمر المختلفة.⁽³⁾

(1) خالد محمد بن عمور، مرجع سابق، ص 217.

(2) ميرفت أحمد خلاف، قراءة تحليلية لخريطة الخدمات في محافظة الشرقية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة الزقازيق، 1990، ص4.

(3) رنا أمين محمد صبره، الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس، دراسة في الجغرافية الطبية، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح، 2003، ص 79.

التطور التاريخي للخدمات الصحية في ليبيا:

تعتبر الخدمات الصحية حقاً من حقوق الإنسان في أي مجتمع ومكوناً أساسياً لمكونات توفير الحالة الاجتماعية الأساسية للجميع، وهدفاً هاماً من أهداف المجتمع في رفع مستوى الرفاه الاجتماعي والقضاء على التخلف كالمرض والجهل والفقر بمختلف تجلياته وأبعاده حيث بدأ الباحث في دراسة الخدمات الصحية بليبيا منذ الحكم العثماني والإيطالي إلى وقتنا الحاضر.

- الوضع الصحي في ليبيا في أثناء الحكم العثماني:

لم تكن ليبيا بمنأى عن الركود العلمي والتخلف الذي ساد البلاد العربية في القرون الأخيرة عندما كانت تحت سيطرة العثمانيين، ولم يكن الوضع الصحي يختلف عن الوضع الشائع في بقية البلدان المجاورة، بل على العكس من ذلك، بينما كانت البلدان العربية توجد بها نواة علمية وحكاماء لمعالجة المرضى، كانت ليبيا تفتقر لكل مقومات الصحة، ولم يكن بها منشآت صحية أو أطباء أو حكماء يمكنهم مراقبة الوضع الصحي في البلاد (1).

كما ساعد الوضع الجغرافي بليبيا وطبيعتها الصحراوية وجفاف طقسها وقلّة سكانها وتبعثرهم فوق أرضها الشاسعة إضافة إلى انعدام الموارد الاقتصادية أدى إلى تخلف الوضع الصحي بها، فسارت البلاد في طريق الجهل والتخلف وانعدام الوضع الصحي السليم، حتى صارت موطناً للأوبئة وأمراض شتى تساهم في وفاة مئات وآلاف الأفراد في كل مرحلة من مراحل التخلف التي أجبرت سكانها الذين لا يعرفون أية وسيلة علمية صحيحة للوقاية منها، وأدت أيضاً إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال بصورة مذهلة حتى كاد أن يؤدي إلى انقراض السكان في بعض التجمعات البشرية (2).

(1) أنور مرسل خميس محمد ، التوزيع المكاني لمنشآت الخدمات الطبية العامة بمدينة طبرق ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية ، الأكاديمية الليبية ، طرابلس ، 2011م ص41
(2) رؤوف محمد بن عامر ، تطور الوضع الصحي في ليبيا، دار الكتب الوطنية، بنغازي، 1998، ص 79.

عند انتهاء الحكم العثماني لليبيا عام 1911-1912، كانت المستشفيات العاملة في ليبيا قليلة جداً، أحدهما عسكري وآخر مدني في طرابلس يحتوي كل منهما على 150 سريراً، إضافة إلى ذلك توجد بضع دور للعلاج في بنغازي وفي طرابلس تنفق عليها القنصلية الإيطالية أو الجاليات الدينية الأخرى، وأخرى عسكرية صغيرة تتبع الحاميات العثمانية، وكانت جميعها تفتقر إلى المعدات والمستلزمات الضرورية، وغالباً ما كان يعمل فيها طبيب واحد وممرض⁽¹⁾.

- الوضع الصحي في ليبيا أثناء الحكم الإيطالي:

يدعي الإيطاليون بأنه كان لهم سبق في توفير الخدمات الطبية للسكان المحليين في ليبيا وتقديم المساعدات لهم أكثر من دولة أخرى قبل أن تقوم الدولة الإيطالية بغزو واستعمار ليبيا، وأيد كثير من باحثي تاريخ ليبيا قبل الاحتلال الإيطالي هذه الإدعاءات بطريقة غير مباشرة عندما أكدوا أن إيطاليا كانت تسعى دائماً لبطش نفوذها وهيمنتها على ليبيا تحت ستار تنمية الاقتصاد الليبي، وتدخلت المؤسسات الإيطالية في الحياة اليومية لليبيين، فقامت بإنشاء مراكز علاجية للمرضى وبذلك خلقت جواً من القبول والتعاطف معهم في أكبر مدينتين على الساحل الليبي، بينما أنشأت وزارة الخارجية الإيطالية مستوصفين ليبيين أحدهما في طرابلس والآخر في بنغازي عام 1952م وعينت لهما أطباء إيطاليين وزودتهما بالمعدات اللازمة والأدوية وصرفت عليهما بسخاء.

وقد أكد " لنتشيوتولا " الذي شغل منصب مدير الخدمات الطبية في طرابلس أن الأطباء الإيطاليين الذين كانوا يعملون في العيادة الإيطالية (جويدو تشيلي) بطرابلس، قاموا بمجهودات كبيرة جداً في مكافحة وباء الكوليرا عندما ظهر بين سكان المدينة عام 1910م قبل الاحتلال، كما قامت بوضع أسس لإدارة تشرف على تسيير ومراقبة الوضع الصحي بها، وقامت بتعيين طبيب مؤهل للإشراف على الصحة العامة، واستقدم هو ومساعدوه من إيطاليا لإيواء المرضى، كما أصدر

(1) رؤوف محمد بن عامر، نفس المصدر، ص 143.

الحاكم العسكري (كانيفا) قراراً بإنشاء إدارة عامة للشؤون الصحية العسكرية والمدنية في طرابلس برئاسة جنرال وطبيب وعضوية مندوب الصليب الأحمر المحلي، والطبيب المشرف على الصحة العامة.(1)

وكان يوجد في مدينة طرابلس عند الغزو الإيطالي في أكتوبر عام 1911م مستشفى مدني واحد وهو مستشفى البلدية يتسع لحوالي مائة وخمسين مريضاً ولم يكن كافياً لاحتياجات المدينة، وفي 1918م تم إنشاء مستشفى بنغازي الرئيسي الجمهورية . أما في عام 1926م وضع حجر الأساس للمستشفى الحالي الكبير في منطقة المنشية بمدينة طرابلس، أطلق عليه مستشفى (الملك فكتور ايمانويل الثالث)، حيث كان يتسع لستمائة سرير، واحتوى على جميع الأقسام الرئيسية مثل الجراحة، والأمراض الباطنة، والرمد، أمراض النساء والولادة، وعيادات خارجية عديدة مجانية لعلاج المترددين عليه من المرضى، كما أنشئ مستوصف في مدينة طرابلس خاص بالنساء المسلمات وأطفالهن دون سن العاشرة، حيث لاقى هذا المستوصف إقبالاً كبيراً من العائلات المسلمات (2).

وفي عام 1939م صدر قرار حكومي بإنشاء مستشفى خاص للأمراض النفسية في منطقة فشلوم بطرابلس لعلاج الأمراض النفسية، بالإضافة إلى المستشفيات الصغيرة في التجمعات السكانية في كل المدن والقرى.

ـ الخدمات الصحية في عهد المملكة 1951 _ 1969

في هذه الفترة حدثت نقلة نوعية في الخدمات الصحية في ليبيا ، ففي سنة 1958م لا يوجد أطباء ليبيون أما في سنة 1968م فقد بلغ عدد الأطباء الليبيين 72 طبيباً ويوجد أكثر من

(1) رؤوف محمد بن عامر، مصدر سابق، ص 120.

(2) سهام مفتاح بالحاج ، التوزيع الجغرافي للخدمات الطبية بمدينة طرابلس المركز ، رسالة ماجستير(غير منشورة) قسم الجغرافية الأكاديمية الليبية ، طرابلس ، 2013م ص35

180 طبيباً تحت التدريب الطبي في الخارج في تلك الفترة. (1) أما فيما يتعلق بالطب الوقائي فقد قامت الحكومة بتتمة الوعي الصحي بين السكان وتحسين الأوضاع الصحية والقيام بحملات لتطهير البلاد من الأوبئة والأمراض المعدية التي كانت منتشرة فيها، وأزلت كل ما من شأنه تمكين هذه الأوبئة من الاستيطان، كما أنشأت الكثير من المشاريع الصحية الوقائية من الأمراض المعدية وعدداً من المستوصفات العلاجية ومراكز لتوزيع الدواء في كل من المدن والقرى، وبالإضافة إلى مراكز صحية تشرف على الصحة العامة، فكانت السلطات الصحية توفد من بنغازي أيضاً قوافل صحية لتقديم خدمات طبية علاجية وإعطاء تطعيمات وقائية لسكان الأماكن النائية عند الحدود الليبية الشرقية منها والغربية. (2)

- الخدمات الصحية بعد سنة 1969:

لقد اهتمت ليبيا اهتماماً بالغاً بتوفير الخدمات الصحية وتطويرها واعتبارها هدفاً أساسياً من أهداف التغيير الاجتماعي والاقتصادي وضرورة من ضرورات التنمية وذلك منذ قيام ثورة 1969، وصارت على هذا النهج لتحقيق أهداف ثابتة وإستراتيجية مفادها أن الرعاية الصحية حق يكفله المجتمع لجميع المواطنين، وأن أحد حقوقه الأساسية هو التمتع بأعلى مستوى صحي، وتحقيق ذلك من خلال إنشاء المرافق الصحية المتطورة وتوفير الأدوية والعلاج المجاني وغيرها من التسهيلات والمميزات ذات العلاقة بصحة المواطنين . ومن زاوية أخرى فقد رأت ليبيا أن الاهتمام بصحة مواطنيها يعتبر عاملاً أساسياً في دفع عجلة التنمية والتطور الاقتصادي والاجتماعي إلى الأمام،

(1) سالم علي الحجاجي، ليبيا الجديدة، مجمع الفاتح للجامعات، الطبعة الثانية، 1970م، ص140.
(2) رؤوف محمد بن عامر، مصدر سابق، ص 129.

حيث تكاملت صحة المواطن العقلية والجسمية أصبح أكثر قدرة على العمل والعطاء وبذل المزيد من الجهد والإنتاج.⁽¹⁾

وبعد مرور فترة زمنية على قيام الثورة صدرت العديد من النشرات تظهر مدى التطور الذي طرأ على قطاع الصحة في ليبيا منذ قيام الثورة، وكشفت هذه النشرات أو التقارير التقدم في قطاع الصحة عما كان عليه قبل قيام الثورة حيث زادت أعداد المرافق الصحية بجميع أنماطها، والمؤسسات التعليمية الصحية بجميع مستوياتها، واختفت أنواع كثيرة من الأمراض، وتحسن الوضع الصحي للمواطنين في ليبيا بشكل عام حتى صنفها منظمة الصحة العالمية بلاد ذات وضع صحي جيد خالية من الأمراض المعدية والسارية ولا تختلف كثيراً عما هو موجود في جنوب أوروبا.⁽²⁾

والجدير بالذكر هنا أن المجتمع الليبي خلال العقود الخمسة الماضية شهد تطوراً ملحوظاً في المستوى الاجتماعي والاقتصادي، فالتغير في الظواهر الديموغرافية لسكان البلاد يعكس تحسن المؤشرات الصحية بصورة عامة، حيث ارتفع متوسط عمر الأفراد وانخفضت وفيات الأطفال الرضع من 25.2 في الألف في بداية السبعينات إلى 3.5 في الألف في منتصف التسعينات وتطور عدد المستشفيات في البلاد من 8 مستشفيات فقط إلى 82 مستشفى خلال سنة 2003م، وتطور عدد المراكز الصحية من 5 مراكز بداية الستينات إلى 171 مركزاً صحياً في عام 2003م، كما تطور عدد الوحدات الصحية الأساسية من ثلاث وحدات في منتصف الخمسينات إلى 988

(1) صبحي قنوص وآخرون، ليبيا في ثلاثين عاماً، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ط3، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1969 - 1999م، ص555
(2) رؤوف محمد بن عامر، مصدر سابق، ص ص 137، 138.

وحدة صحية أساسية، وزاد عدد العيادات المجمعّة في ليبيا من عيادة واحدة في منتصف الخمسينات إلى 20 عيادة مجمعّة في عام 2003.⁽¹⁾

وعليه تطور عدد الأسرة من 1962 سريراً في منتصف الخمسينات إلى 20,539 سريراً في عام 2003، وتطور عدد الأطباء في البلاد من 213 طبيباً في بداية الستينات إلى 6,676 طبيباً سنة 2003 وتطور عدد هيئة التمريض من 932 ممرضاً وممرضةً في بداية الستينات إلى 22,951 ممرضاً وممرضةً في سنة 2003.⁽²⁾

واستناداً على البيانات السابقة نجد أن الخدمات الصحية في ليبيا قد ارتفع مستواها بشكل واضح وملحوس .

الإستراتيجية العامة لقطاع الصحة خلال ثلاثين عام (1969 - 1999 م):

لقد تبلورت إستراتيجية التنمية في هذا القطاع الهام في تحقيق الأهداف الأساسية التالية:

1. اتخاذ الوسائل التنظيمية والإدارية والتشريعية التي تكفل الترابط بين الخدمات الصحية والخدمات الأخرى ذات العلاقة المباشرة والمكملة لها، مثل التغذية والإسكان وحماية البيئة ومراقبة المحلات العامة وتوفير الأمن الصناعي وغيرها.
2. توفير الخدمات الصحية والرفع من مستواها كماً وكيفاً للوصول إلى معدلات مثلى تنافس بها الدول الأخرى في عدد الأسرة والمرافق الطبية والفئات الطبية المختلفة وغيرها.
3. مراعاة عدالة توزيع الخدمات الصحية العلاجية منها والوقاية بين مناطق ليبيا مع إعطاء أولوية تلك الخدمات للمناطق النائية.

(¹) علي محمد إبراهيم التير ، التعليم والصحة في منطقة زليتن ، دراسة في جغرافية الخدمات مرجع سابق ص260
(²) نفس المرجع

4. التركيز على المشروعات الصحية الوقائية بتحسين مختلف الأفراد في المجتمع ضد الأمراض ونشر الوعي الصحي الغذائي السليم بينهم واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع التلوث بجميع أنواعه ، ووضع النظم الدقيقة لحماية البلاد من الأمراض البوائية ومنع تسربها إلى الداخل وقد أقيم من أجل ذلك خلال الفترة الممتدة ما بين 1969-1988م، أكثر من 15 محجراً طبياً و 143 مختبراً طبياً مدت بأحدث التقنيات العلمية الحديثة في جميع أنحاء ليبيا.
5. القضاء على الأمراض السارية والمستوطنة مثل أمراض الدرن والبلهارسيا والتراكوما وغيرها.
6. تجهيز وتطوير وتدعيم المؤسسات الصحية والطبية القائمة بأكثر الأجهزة حديثة وفعالية وتطوراً.
7. التوسع في إيفاد البعثات العلمية والتدريبية لتوفير احتياجات المرافق الصحية من المهارات الوطنية اللازمة لتحل محل الأجانب وقد بلغ عدد الموفدين الذين انهوا دراستهم حتى عام 1998 حوالي 1370 موفداً في مختلف التخصصات الطبية.
8. الاهتمام بالمعاهد الصحية ومدارس التمريض والتوسع في تشييدها رأسياً وأفقياً بحيث بلغ عدد الخريجين والخريجات في هذه المعاهد والمدارس داخل ليبيا حتى عام 1998م حوالي 8,545 خريجاً في مختلف التخصصات الفنية والفنية المساعدة.
9. الاهتمام ببرامج التثقيف والإرشاد الصحي على جميع المستويات وبالوسائل الإعلامية المختلفة مقروءة ومسموعة ومرئية لتعم الفائدة على جميع المواطنين وقد تطور هذا الاهتمام عن طريق وحدات صحة الأسرة والمجتمع والملف الطبي وطبيب العائلة .

10. الاهتمام بالبحوث والدراسات العلمية المتعلقة بالخدمات الصحية والعوامل الاقتصادية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على المستوى الصحي، وذلك للاستفادة منها وتطوير نوع الخدمات وتحسينها.(1)

مستويات الرعاية الصحية الأولية في ليبيا :

لرعاية الصحية في ليبيا عدة مستويات حسب تعداد السكان المحتاجين لهذه الخدمات وكثافتهم، ومن أهم هذه المستويات هي:

- المستوى الأول: وحدات الرعاية الصحية الأساسية

تعد وحدات الرعاية الصحية الخطوة الأولى في سلم الخدمات الصحية إذ تسعى إلى تقديم الرعاية الصحية الأساسية عن طريق تكامل كافة المؤسسات التي تؤثر في الوضع الصحي على المستوى المحلي.(2)

حيث تقوم هذه الوحدات بتقديم خدماتها إلى السكان بتجمعات يصل عددها 5000 نسمة كحد أقصى، حيث يتوفر بها أطباء عامون واختصاصيون في الأطفال والأسنان والباطنة وكادر التمريض الذي بدوره يقوم برعاية الأمهات الحوامل ورعاية الأطفال عند الولادة وحتى أثناء مراحل الدراسة والاكتشاف المبكر لحالات الأمراض المعدية الحديثة والتزويد بالتطعيم المنظم لدى الأطفال لكسبهم المناعة ضد الأمراض وأخذ التدابير اللازمة لمكافحة الأمراض، بالإضافة إلى التنقيف الصحي، ومتابعة وعلاج الأمراض المزمنة والوعي الغذائي ومراقبة مياه الشرب ونظافة الشوارع في الأماكن القائمة بها.

(1) صبحي قنوص وآخرون، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ليبيا الثورة في 30 عاماً، ط1، دار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1999م، ص ص 559، 560.
(2) ج.ع.ل.أ. اللجنة الشعبية العامة لقطاع الصحة، الصحة بالجماهير للجماهير، دار العربية للكتاب، 1976، ص 283.

- المستوى الثاني: المراكز الصحية الأساسية

تعد المراكز الصحية الأساسية المرحلة الثانية من سلم الخدمات الصحية والفرق بين مراكز الرعاية ووحدات الرعاية الصحية سالفه الذكر هو مستوى أداء الخدمات، حيث يراعى في إقامة هذه المراكز الكثافة السكانية وما يترتب على ذلك من احتياجات للقيام بهذا الدور حتى تصل إلى المفهوم الجديد للرعاية الصحية الأساسية ودوره فيما يتعلق بالجوانب العلاجية والوقائية وإصاح البيئة⁽¹⁾.

وتقوم هذه المراكز بدورها بتقديم الخدمات الصحية للتجمعات السكنية التي يصل عددها من 10,000 إلى 20,000 نسمة، وتوفر بها كل الاختصاصات الطبية المختلفة وكادر التمريض وأسرة ملاحظة لحالات المرضى، حيث تقوم باتخاذ الإجراءات الوقائية من الأمراض المعدية المتوطنة والإشراف على مهام الصحة المدرسية وتنظيم التطعيمات للأطفال والطلبة وغيرهم، والإشراف على أعمال صحة البيئة، والوعي الغذائي والإشراف الصحي على المصانع والمحلات الواقعة في نطاقها.

- المستوى الثالث: العيادات المجمعّة

والتي لها دور كبير في المدن بتقديم الرعاية الصحية لعدد من السكان يصل ما بين 40,000 إلى 60,000 نسمة كحد أمثل، وتقدم خدمات تخصصية بالمدن تخفّضاً للعبء على المستشفيات، وتوجد بها جميع التخصصات الطبية وكادر التمريض والأسرة للملاحظة لفترات طويلة، حيث تقدم نوعية متخصصة من الخدمات العلاجية، بالإضافة إلى رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية، وأيضا خدمات تخصصية علاجية للوحدات الواقعة تحت إشرافها والوعي

(1) نفس المصدر، ص 284.

الغذائي، وهي تعد مركز إسعاف سريع ومركز إيواء لغرض الإنعاش والإقامة ويكون العمل بوحدات الإسعاف فيها طوال (24) ساعة واستقبال الحالات المرضية المحولة من المستويين السابقين .

- المستوى الرابع: المستشفيات والعيادات الخارجية

وهذه التي تضم العيادات المجمعّة الكبرى فيها، حيث تقوم بتقديم خدماتها إلى تجمعات سكانية يصل عدد سكانها إلى 1,000,000 نسمة مثل مستشفى الجمهورية ببغازي .

وتتقسم المستشفيات إلى ثلاث أقسام، مستشفيات قروية وتقوم بتقديم خدمات سريره للمرضى المحولين إليها من وحدات ومراكز الرعاية الصحية ومن وحدات العيادات المجمعّة، وخاصة في حالات الولادة والباطنة والجراحة والأطفال وينصب نشاطها على الناحية العلاجية فقط. ومستشفيات مركزية وتقوم بتقديم الخدمات السريرية 120- 200 سريراً وتوجد بها جميع التخصصات ، والمستشفيات التخصصية والتي تقدم خدمات سريره تخصصية مثل مستشفى القلب بتاجوراء ، وتقبل الحالات التي تحول إليها من المستشفيات المركزية.⁽¹⁾

تتوفر في المستشفيات كل التخصصات الطبية وكوادر التمريض والمعدات الطبية اللازمة للمرضى وأسرة للملاحظة لفترات طويلة جداً، بالإضافة إلى غرف العمليات المجهزة إذ توفر فيها خدمات سريره للمرضى المحولين إليها من المستويات السابقة ، وبالإضافة إلى تقديم الخدمات السريرية الأخرى مثل الصدرية والقلب والعيون والحوادث والحروق والكلية والأورام والسكر وغيرها، تقوم بتوفير أقسام الأشعة والمختبرات والتصوير الملون وغيرها.

أما العيادات الخارجية فتعتبر من أهم الأقسام الرئيسية في المستشفى ، نظراً للخدمات الجليلة التي تقدمها للمواطنين ، حيث أنها من الأماكن التي في الصدارة لاستقبال الحالات

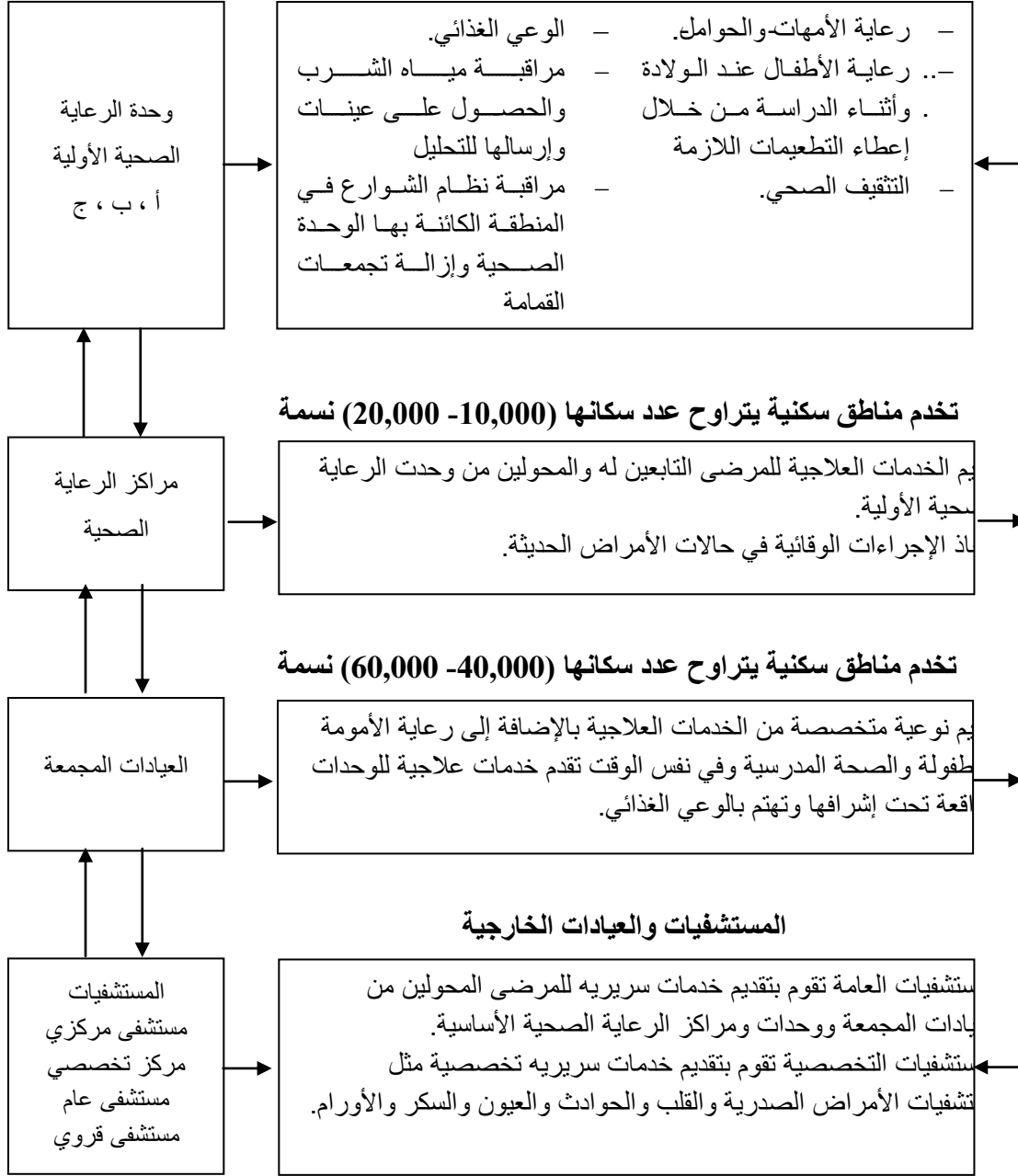
(1) نفس المرجع السابق، ص ص 284، 285.

المرضية ، وهذه العيادات تقدم خدمات متميزة على كافة الأصعدة الطبية ، وتحتوي على كل التخصصات الطبية وتوفر أحدث الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة للتشخيص الطبي ، كما يوجد بها غرف للتمريض تقوم باستقبال حالات العيادات اليومية وإعطاء الحقن حسب إرشادات الطبيب وكذلك عمل الفحوصات اللازمة .

شكل (1.3)

البنية الهيكلية والوظيفية لمستويات الرعاية الصحية في ليبيا

تخدم مناطق سكنية لا تزيد عن 5000 نسمة وتقوم بالآتي



المصدر: نقلت من الباحث بتصريف اعتماداً على: ج. ع. ل. م. اللجنة الشعبية العامة، الصحة بالجماهير للجماهير، الدار العربية للكتاب، 1976م، ص 281. و هالة عوض لنقي، التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية الأولية بمدينة بنغازي، وآفاقها المستقبلية، مرجع سابق، ص 106

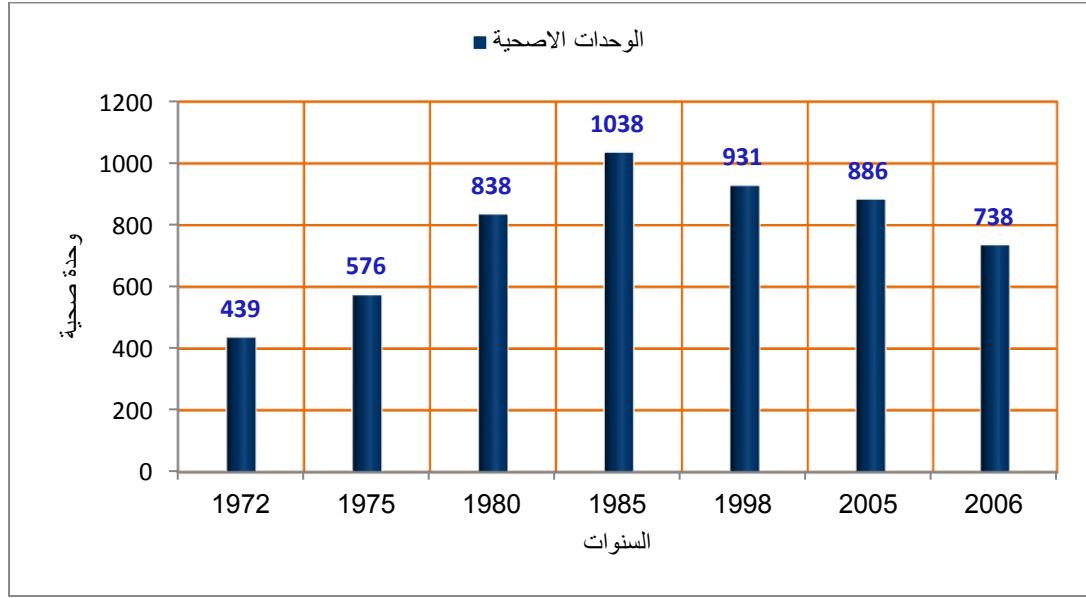
أنماط الخدمات الصحية وتطورها في ليبيا خلال الفترة من (1996-2006)

- وحدات الرعاية الصحية الأساسية:

تعتبر الوحدات الصحية الأساسية الخطوة الأولى في سلم الخدمات الصحية والمرتبطة الرابعة في مدى كفاءتها بعد المستشفيات والعيادات المجمعمة والمراكز الصحية الأساسية، حيث تقدم هذه الوحدات خدمات مبدئية لسكان أي منطقة ويراعي في توزيعها الكثافة السكانية او عدد السكان في كل محلة ، ففي عام 1972 كان عدد الوحدات الصحية حوالي 439 وحدة، ثم ارتفع لتصل إلى 476 وحدة في عام 1975 بزيادة قدرها 137 وحدة صحية أساسية، ثم ازداد عددها شيئاً فشيئاً حتى وصلت 838 عام 1980، واصل عددها في الارتفاع حتى وصل 1038 وحدة في عام 1985 ،ومن ثم انخفض عددها وأصبحت 931 وحدة عام 1998 وازدادت في الانخفاض حتى وصلت 886 وحدة رعاية صحية في عام 2005، واستمرت في الانخفاض حتى وصلت 738 وحدة رعاية عام 2006⁽¹⁾ والأرجح في ذلك هو تطور هذه الوحدات إلى المستوي الاعلي أي ارتفع مستواها الخدمي وأصبحت ضمن المراكز الصحية الأساسية، والشكل (2.3) يوضح ذلك.

(1) مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006، ص ص 37، 83.

شكل (2.3) وحدات الرعاية الصحية الأساسية خلال الفترة 1972-2005م



المصدر: الباحث بتصرف استناداً على:

- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، خطة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، 1976 - 1980 م، ص 351.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، 1981-1985م، ص 210.
- الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999م، ص 109.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2005، ص 22.
- مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006م، ص 37، 83.

- مراكز الرعاية الصحية الأساسية:

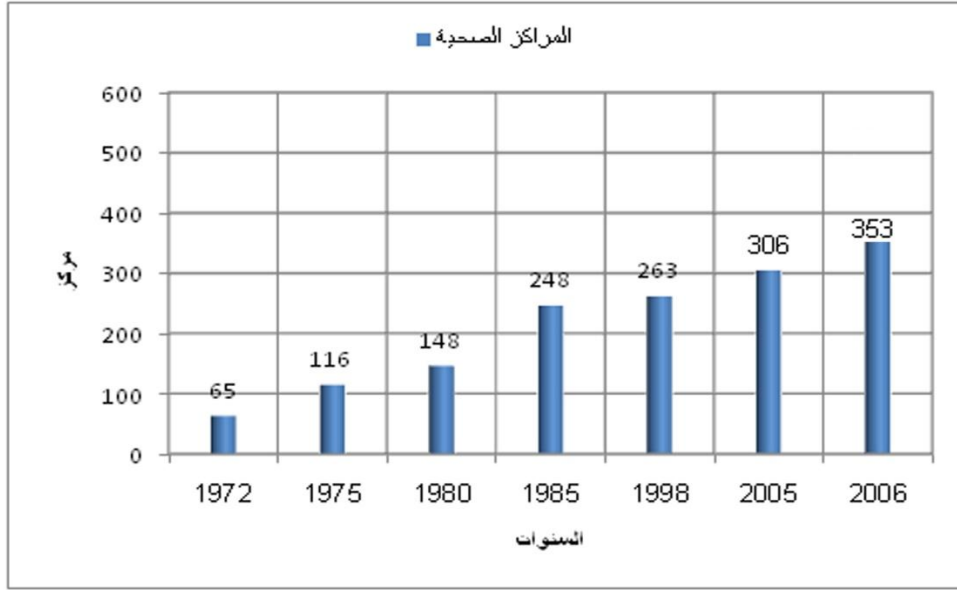
وهي المستوى الثاني في سلم الخدمات الصحية حيث تقدم خدمات لعدد من المواطنين يتراوح ما بين 10,000-20,000 نسمة، وتقوم بتقديم العلاج الأخصائي لحالات المحولة إليها من وحدات الرعاية الصحية الأساسية التابعة لها، إضافة إلى اتخاذ الإجراءات الوقائية في حالات الأمراض المعدية المتوطنة ناهيك عن ذلك فهي تشرف على الصحة المدرسية، كما أنها تقوم ببرامج التنقيف الصحي وتنظيم التطعيمات بكل أنواعها.⁽¹⁾

(1) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، الجزء(2)، 1981 - 1985م، ص 215.

وتأتي مراكز الرعاية الصحية الأساسية في المرتبة الثالثة بعد المستشفيات والعيادات الخارجية في كفاءة خدماتها لدى سكان أية منطقة أو أي مدينة فقد ازداد عدد هذه المراكز تبعاً لتطور قطاع الصحة بصفة عامة، حيث بلغ عددها عام 1975 (116) مركزاً بينما كانت عام 1972 (65) مركزاً فقط⁽¹⁾، ومن ثم ارتفع عدد المراكز الصحية حتى وصل في عام 1980 إلى 148 مركزاً واستمر في الارتفاع إلى أن وصل 248 مركزاً صحياً عام 1985⁽²⁾. أما في عام 1998م فقد ازداد عدد المراكز الصحية الأساسية حتى وصل 263 مركزاً⁽³⁾، ومع تطور خطط التنمية ارتفع عدد هذه المراكز ارتفاعاً ملحوظاً، حيث وصل عددها إلى 306 مركزاً في عام 2005م⁽⁴⁾، و353 مركزاً في عام 2006م⁽⁵⁾ والشكل (3.3) يوضح ذلك. أما في مجال خدمات رعاية الأمومة والطفولة فقد كان عدد المراكز 71 مركزاً عام 1972 وارتفع عددها حتى وصل 93 مركزاً في عام 1975م وبتزايد قدرها 22 مركزاً صحياً. وأما بالنسبة للمراكز المتخصصة لمكافحة الأمراض المتوطنة مثل الدرن والبلهارسيا والملاريا فقد زاد عددها من 16 مركزاً عام 1972م إلى 18 مركزاً عام 1975م، واستمرت هذه الزيادة إلى أن وصلت 22 مركزاً عام 1979م⁽⁶⁾، ثم ازداد عددها إلى أن وصل 28 مركزاً عام 1998⁽⁷⁾.

-
- (1) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، خطة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، 1976 - 1980م، ص 351.
 - (2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، الجزء (2)، 1981-1985م، ص 210.
 - (3) الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999، ص 109.
 - (4) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة والبيئة، 2005م، ص 22.
 - (5) مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة 2006م، ص 37، 83.
 - (6) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، الجزء (2)، 1981-1985، ص 205.
 - (7) صبحي قنوص وآخرون، ليبيا في ثلاثين عام، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ص 583.

شكل (3.3) مراكز الرعاية الصحية الأساسية خلال الفترة 1972 - 2006م



المصدر: الباحث بتصرف اعتماداً على:

- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، خطة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، 1976 - 1980، ص 351.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، الجزء (2)، 1981-1985، ص 210.
- ليبيا، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999، ص 109.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2005، ص 22.
- مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006، ص 37، 83.

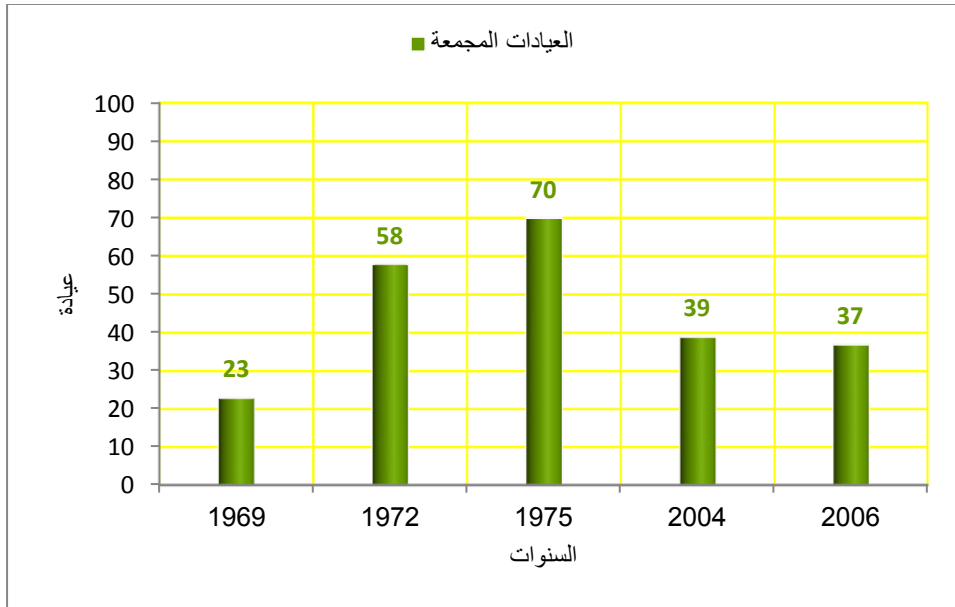
- العيادات المجمعّة:

للعیادات المجمعّة دور كبير في المناطق السكنية، وذلك بتقديم الرعاية الأساسية لعدد من السكان يتراوح عددهم ما بين 40,000-60,000 نسمة بالإضافة إلى الخدمات التخصصية تخفيفاً للعبء على المستشفيات⁽¹⁾، وتعتبر العيادات المجمعّة من المراكز المهمة والتي لها دوراً رئيسياً في تأدية الخدمات لأية منطقة، حيث تأتي في المرتبة الثانية في الكفاءة بعد المستشفيات العامة للمدينة، وقد شهد قطاع الصحة في ليبيا تطوراً ملحوظاً لكل الخدمات ولم تقتصر على نوع معين من الخدمات فقط بل تشمل كل المؤشرات الصحية.

(1) الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، مرجع سابق 1999م، ص 109.

حيث ارتفع عدد العيادات من 23 عيادة عام 1969 إلى 58 عيادة عام 1972 بنسبة زيادة 35 عيادة مجمعة خلال ثلاث سنوات وبدأت في الارتفاع إلى أن وصلت 70 عيادة عام 1975 بزيادة قدرها 12 عيادة . ثم انخفض عددها حتى وصلت 39 عيادة عام 2004، وازدادت في الانخفاض حتى وصلت 37 عيادة عام 2006⁽¹⁾، وهذا يعود في الأساس إلى عدم اهتمام الدولة والالتزام بنتائج مؤتمر ألما آتا عام 1979م وتحويل وظيفة البعض منها من المستوى الثالث إلى المستوى الثاني (المراكز الصحية) ، ولهذا تقلص عددها كما هو موضح بالشكل (4.3).

شكل (4.3) العيادات المجمعة 1969 - 2006م



المصدر :

- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، الجزء (2)، 1981 - 1985، ص 215.
- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، 1973 - 1975، ص 275.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، 1981 - 1985، ص 351.
- مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006، ص ص 37، 83.

(1) مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص ص 37، 83.

- المستشفيات:

مرت ليبيا في جميع مجالات الحياة بظروف قاسية وذلك حين كان الاقتصاد الليبي منهياراً، فلا يوجد أي نوع من مقومات الحياة الطبيعية، فقد كان الوضع الصحي العام إبان الخمسينات متدنياً لدرجة أنه كان مصدر قلق للمسؤولين وخاصة في شرق ليبيا ومع توالي السنين أخذ الوضع الصحي بتحسّن تدريجياً وتم ترميم المستشفيات القليلة التي تضررت جراء عمليات النزاع المسلح الدائرة على أرض ليبيا، وتم إنشاء مستوصفات خارجية جديدة في مباني مؤقتة ومستأجرة كما تم استيراد بعض الأجهزة والمعدات والاحتياجات الضرورية لتشغيل هذه المستشفيات والمستوصفات، فقد ارتفع عدد المستشفيات من 19 مستشفى في عام 1959م إلى 38 مستشفى عام 1965م.⁽¹⁾

تطور الوضع الصحي في ليبيا بعد السبعينات وذلك تبعاً لتدفق العوائد النفطية التي عملت على تحسين الوضع الاقتصادي في البلاد، فمنذ بداية السبعينات سعت ليبيا إلى تطور كافة القطاعات وأولت قطاع الصحة اهتماماً كبيراً حيث صرفت عليه بسخاء وحدثت طفرة هائلة في الخدمات الصحية فاقت كل التوقعات فأخذت ليبيا عبر خطط التنمية المتوالية في إنشاء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية ووحدات الرعاية الصحية والتوسع في إنشاء الجامعات والمعاهد الصحية تناغماً مع مؤتمر "ألما آتا" 1979م الخاص بتطوير خدمات الرعاية الصحية في العالم ناهيك عن بث الوعي الصحي بين طبقات الشعب الليبي.⁽²⁾

فقد ازداد عدد المستشفيات عام 1969م من 10 مستشفيات إلى 18 مستشفى في عام 1972م بزيادة قدرها 8 مستشفيات كمستشفى العيون والجلاء والولادة ومستشفى الأطفال ومعهد شلل الأطفال ومركز علاج السكر في طرابلس، أما في بنغازي مثل مستشفى العظام والحوادث

(1) الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، ليبيا، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999م، مرجع سابق، ص 104.

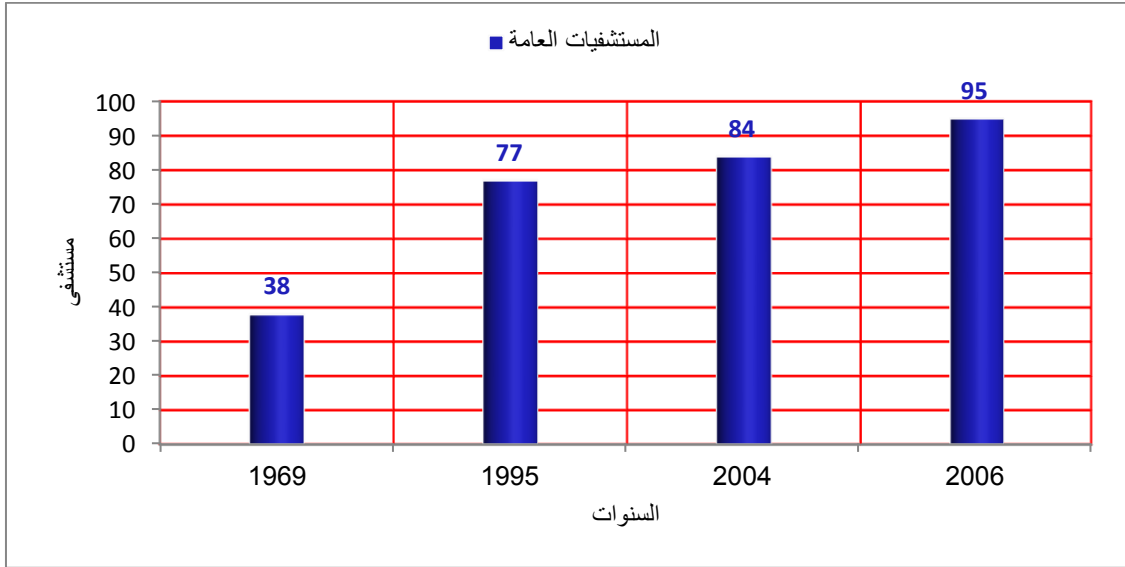
(2) رؤوف محمد بن عامر، مرجع سابق، ص 274.

بالإضافة إلى المستشفيات الخاصة بالعلاج النفسي مثل مستشفى الرازي للأمراض النفسية في طرابلس. أما المستشفيات العامة فقد واصلت زيادتها إلى أن وصلت 77 مستشفى عام 1995 بزيادة قدرها 39 مستشفى، وذلك عما كانت عليه عام 1965، وقد أخذ عدد المستشفيات في الزيادة ليصل عددها حوالي 84 مستشفى عام 2004م ووصلت في 2006م إلى 95 مستشفى عام،⁽¹⁾ بزيادة قدرها 57 مستشفى عما كانت عليه عام 1965⁽²⁾، والشكل (5.3) يوضح ذلك. أما عن عدد الأسرة فقد ارتفع عددها من 6,421 سريراً عام 1969 إلى 8,830 سريراً عام 1972، بزيادة قدرها 2409 سريراً أي بنسبة 37.5% ولذلك ارتفع معدل الأسرة لكل ألف من السكان من 35 سريراً عام 1969 إلى 42 سريراً عام 1972⁽³⁾.

ثم ارتفع عدد الأسرة من 10,080 سريراً عام 1975م إلى نحو 14,472 سريراً عام 1980م وبنسبة زيادة قدرها 43.6% وبذلك ارتفع عدد الأسرة من 38 سريراً لكل ألف من السكان عام 1975 إلى 45 سريراً لكل ألف من السكان عام 1980⁽⁴⁾، وواصلت الأسرة في الارتفاع العددي لها تبعاً لتطور القطاع بشكل عام وأخذت الدولة تتطور بشكل عام وخاصة في المؤسسات الصحية حيث بلغ عدد الأسرة عام 1986 حوالي 16,965 سريراً، وازدادت في العدد إلى أن وصلت 18,645 في عام 2000م واستمرت الزيادة حتى وصلت 19,599 سريراً موزعة على 85 مستشفى عام⁽⁵⁾. وارتفع عددها حتى وصلت إلى 20,229 سريراً في عام 2006م⁽⁶⁾، والجدول (1.3) يوضح ذلك.

(1) مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006، مرجع سابق، ص 37، 68، 83.
(2) رؤوف محمد بن عامر، مرجع سابق، ص 135.
(3) الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، الخطة الثالثة للتنمية الاجتماعية، 1973م، ص 274.
(4) الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، مرجع سابق، 1981-1985م، ص 204.
(5) الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية، اللجنة العامة للصحة، مرجع سابق، ص 40.
(6) الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة والبيئة، 2006م، ص 36.

شكل (5.3) المستشفيات العامة من 1969 - 2006م



المصدر: الباحث بتصريف بناءً على:

- الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، ليبيا، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999م، ص 104.
- مركز المعلومات والتوثيق التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006م، ص ص 37، 68، 83.
- رؤوف محمد بن عامر، مرجع سابق ذكره، ص 135.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة والبيئة، 2006م، ص 36.

جدول (1.3) تطور أعداد الأسر خلال الفترة (1969 - 2006م)

السنوات	عدد الأسرة	نسبة الزيادة
1969	6421	-
1972	8830	2409
1975	12241	3411
1980	14372	2131
1986	16965	2593
1990	17525	560
1998	20325	5800
2000	18645	1680
2005	19599	954
2006	20229	630

المصدر:

- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، الخطة الثالثة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، 1973 - 1975، ص 274.
- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، خطة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، 1976 - 1980، ص 351.
- الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، ليبيا، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999م، ص 110.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة عام 2005، ص 35.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة والبيئة، 2006، ص 3.

القوى العاملة الطبية بالمرافق العامة في ليبيا :

من الأمور المسلم بها هي نقص الأيدي العاملة المؤهلة في قطاع الصحة، وهو أحد الأسباب وراء التخلف الصحي الذي كانت تعاني منه ليبيا، وتعتبر القوى العاملة الفنية الطبية هي العمود الفقري للخدمات الصحية، فكانت الدولة تعتمد بشكل كبير على العمالة الأجنبية وأن هناك عدم عدالة في توزيع الأطباء على مناطق البلاد، فكانت المدن الكبيرة لها نصيب الأسد من عدد الأطباء، أما المناطق الصغيرة فلم تحظ إلا بأعداد قليلة جداً مقارنة بالمدن الكبيرة، وغالباً ما تركت القرى بدون خدمات طبية، ويعزى سبب سوء التوزيع هذا إلى أسباب كثيرة منها: عدم توفر أماكن إقامة للأطباء في القرى والمناطق الصغيرة أو عدم توفر المواصلات، غير أن هذا الوضع لم يدم طويلاً حيث بادرت الدولة إلى تشجيع الكوادر الوطنية من خلال فتح المجال لهم لمواصلة دراستهم في الخارج على شكل بعثات دراسية لدراسة العلوم الطبية⁽¹⁾.

تعتبر القوى العاملة الطبية الركيزة الأساسية للخدمات الطبية، وإن قوة النظام الطبي تقوم على أساس كمية ونوعية الموارد المتاحة، وطبيعة توطنها والانتفاع منها، وتتمثل الموارد الطبية البشرية في الأطباء بمختلف تخصصاتهم، وهيئة التمريض والفئات المساعدة، والطبية المساعدة، وأن أي نقص في إحدى هذه العناصر يكون له تأثير سلبي على مستوى أدائها، والجدول (2.3) يبين تطور أعداد القوى العاملة في المجال الصحي في ليبيا خلال 1969 - 2010م.

(1) رؤوف محمد بن عامر، مرجع سابق ذكره، ص ص 196، 199.

جدول (2.3) تطور القوى العاملة الطبية في ليبيا خلال الفترة (1969 - 2010م)

السنين	الصيدالة	المرضون	الأطباء	السنوات
418	68	2612	794	1969
1039	363	7292	1863	1973
1816	275	13002	3295	1978
2574	504	15308	5823	1982
4877	561	18188	5770	1988
4931	398	17413	5526	1994
6815	518	22951	7096	1998
16640	1101	40926	14,499	2010

المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على:

- التقرير الوطني للتنمية البشرية، ليبيا، 1999، ص 108.
- مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969 - 2010م

والجدول (2.3) يبين تطوراً كبيراً خلال الفترة من (1969-2010 م) حيث بلغ عدد

الأطباء حوالي 794 طبيباً في عام 1969م، بينما وصل عددهم في عام 2010 إلى 14,499 طبيباً، وأما بالنسبة للمرضيين فقد وصل عددهم إلى 40,926 ممرضاً عام 2010م، والذي كان عددهم 2,612 ممرضاً في عام 1969م، وبلغ عدد الصيدالة في عام 1969م حوالي 68 صيدلي، وارتفع عددهم في عام 2010م إلى أن وصل 1,101 صيدلي، وارتفع عدد الفنيين أيضاً حيث وصل عددهم 16,640 فني عام 2010م، بينما كان عددهم حوالي 418 فني في سنة 1969م ومن هنا نجد تطور القوى العاملة في ليبيا مستمر في الزيادة طالما هناك زيادة في أعداد السكان وتوفر الخدمات الصحية واستخدامها وتطورها بشكل مستمر.

المصروفات على قطاع الصحة :

لا تتوقف أية دولة في العالم عن صرف المبالغ الطائلة من ميزانيتها السنوية لتقديم خدمات طبية متطورة ورعاية صحية لمستوى أفضل لجميع مواطنيها، وتوفر ما يحتاجونه لرفع المستوى المعيشي الصحي والاجتماعي للسكان، فقد سجلت ليبيا معدلات طبية عظيمة جداً تضاهي معدل الخدمات المتوفرة في العديد من الدول الأكثر تقدماً فمع بداية 1969م ركزت الدولة

على تنمية كافة القطاعات وأنفقت على قطاع الصحة بشكل خاص، حيث صرفت عليه بسخاء، ومع تدفق العوائد النفطية ازداد الصرف على قطاع الصحة حيث بلغ نصيب الفرد من النفقات الصحية عام 1979م حوالي 32.2 دل وذلك بعد أن كان 8.3 دل في عام 1969م، ثم زاد نصيب الفرد حتى وصل إلى حوالي 54 دل في عام 1983، مما أدى إلى انخفاض نسبة الوفيات من 6.8 في الألف عام 1969م إلى 5 في الألف عام 1979م، وازداد الانخفاض إلى أن وصل 4.6 في الألف في عام 1982م⁽¹⁾، وانخفض أكثر حتى وصل 2.6 في الألف عام 2006م⁽²⁾.

جدول (3.3) التغير في نصيب الفرد من الأدوية في ليبيا خلال الفترة (1990-2005م)

القيمة بالدينار الليبي	السنوات
8.8	1990
7.9	1991
9.5	1992
6.8	1993
3.5	1994
6.5	1995
11.4	1996
16.0	1997
15.14	1998
13.7	1999
14	2000
15	2001
29	2002
44	2003
46	2004
49	2005

المصدر: الباحث بتصرف اعتماداً على:

- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2005م، ص 66.

بالنظر للجدول (3.3) يتضح مدى تطور نصيب الفرد من الأدوية، حيث كان نصيب

الفرد متذبذباً في السنوات الأولى من 1990م إلى 1995م فقد تراوح نصيب الفرد من الأدوية فيها

(1) رؤوف محمد بن عامر، مرجع سابق، ص 183، 189.
(2) الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، اللجنة العامة للصحة، مرجع سابق، ص 15.

ما بين 6.5 – 9.5 دينار ليبي، وفي السنوات 1996 – 2001م ارتفع مستوى نصيب الفرد ارتفاعاً مفاجئاً، فوصل إلى 29 دينار ليبي عام 2002م، إلى أن وصل 49 دينار عام 2005م، ولا يمثل هذا التغير المفاجئ في نصيب الفرد بداية من عام 2002م زيادة في المخصصات، بل ناتجة عن التغير في سعر صرف الدينار الليبي مقابل العملات الأجنبية.

أما عن المخصصات لقطاع الصحة فهي موضحة في الجدول (4.3).

جدول (4.3) المخصصات المالية لقطاع الصحة ونسبة الصرف فيها
خلال الفترة (1969 – 2006م)

السنة	المخصصات بالمليون دينار	المصروفات بالمليون دينار	نسبة الصرف %
1969	6.9	2.9	42
1970	9.8	4.9	50
1971	17	3.7	21.8
1972	24	15.4	64.2
1973	17	9.8	57.6
1974	22.9	15.9	69.4
1975	36.6	20.9	57.1
1976	35.8	28.3	79.1
1977	47.1	36.3	77.1
1978	48.1	53.5	111.2
1979	93.1	69.8	74.9
1980	93	69.1	74.3
1981	106.1	84	79.2
1983	93.7	68.7	73.3
1998	150	150	100
2000	132.4	107.4	81.1
2006	396.5	374.2	94.4

المصدر: الباحث بتصريف اعتماداً على:

- صبحي قنوص وآخرون، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ليبيا الثورة 30 عاماً 1969-1998م، ط2، (الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان)، ص 565.
- مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة 2006م، ص 97.

يتضح من هذا الجدول أن هناك فرق كبير وشاسع في المخصصات المالية بين عامي

1969م و 2006م، حيث لم تتجاوز ميزانية هذا القطاع عن 6.9 مليون دينار لسنة 1969م

و396.5 مليون دينار لعام 2006م بزيادة قدرها 386.5 عما كان عليها في عام 1969م ، وكذلك يلاحظ أنه يوجد اختلاف كبير بين نسبة الصرف الفعلي من ميزانيات هذا القطاع قبل 1969م حيث بلغت مخصصات هذا القطاع 6.9 مليون، لم يصرف منها إلا 2.9 مليون دينار، أي أن نسبة التنفيذ لم تصل إلى 42% بينما نجد أن الفارق كان كبيراً بين هذا العام والأعوام الأخرى.

ففي عام 1973م بلغت المخصصات للقطاع 17 مليون دينار، ووصلت نسبة الصرف منه إلى 57.6% وهذا المعدل منخفضاً مقارنةً بعام 1981م، حيث وصلت نسبة الصرف منه 79.2% و عام 1979م الذي وصلت نسبة الصرف منه إلى حوالي 74.9%. أما في عام 2000م فقد وصلت نسبة الصرف فيه 81.1%، وفي عام 2006م، فقد بلغت ميزانية قطاع الصحة 396.5 مليون، ونسبة الصرف وصلت إلى 94.4%، وقد يرجع هذا الارتفاع في نسبة الصرف من (1969 إلى 2006م) إلى تنفيذ العديد من المشاريع التي استهدفتها خطة التحول (1981-1985م).⁽¹⁾

المشاكل التي تواجه قطاع الصحة في ليبيا :

على الرغم من التطور الكبير الذي شهده قطاع الصحة في ليبيا في كافة مجالاته، إلا أنه توجد بعض المشاكل التي تعيق هذا القطاع، ولعل أهم هذه المشاكل ضعف آلية التخطيط الصحي، وذلك راجع إلى عدم الثبات الإداري، وعدم إسناد مهام تسيير المرافق الصحية إلى المؤهلين في مجال الإدارة، الأمر الذي أدى إلى عرقلة خطط التحول السياسية والاقتصادية والاجتماعية ومتابعتها، بالإضافة إلى عدم الاهتمام بالإحصاء الحيوي لقطاع الصحة، وذلك للوقوف على أوجه النقص الذي يعاني منه هذا القطاع، ومحاولة معالجتها من خلال جمع وتحليل البيانات على مستوى المناطق . أيضاً عدم وجود دورات تدريبية تثقيفية مستمرة للعناصر الطبية

(1) صبحي قنوص وآخرون، مرجع سابق ذكره، ص ص 561، 563.

لكي تكون مؤهلة وذلك لرفع مستوى كفاءة العاملين بهذا القطاع، كما يمثل نقص المعدات الطبية وكذلك الأدوية في الصيدليات العامة وتطوير نظام النقل والتحويل الطبي عامة لها تأثير كبير وخاصة في المستشفيات القروية والعيادات المجمعمة، وكذلك نقص القوى العاملة في هذا القطاع وخاصة الأطباء العاملون والأطباء المتخصصون . أيضاً هناك بطء في عمليات التطوير والصيانة للمباني والمنشآت الطبية والمرافق الصحية، إضافة إلى ذلك توزيع الخدمات الصحية بين مختلف المدن في ليبيا، حيث أنها لا تتوزع توزيعاً عادلاً، وبالتالي توجد مدن تتركز فيها مرافق الخدمات الصحية بجميع مستوياتها، وأخرى تقل فيها الخدمات الصحية، كل هذه المشاكل لها أثر كبير في تطوير هذا القطاع والوصول به إلى المستويات العالمية.

الخلاصة:

مما سبق يتضح لنا مفهوم الخدمات الصحية وتطورها في ليبيا من العهد العثماني مرورا بالعهد الايطالي ، وعهد المملكة حتى وقتنا الحاضر، وقد انقسمت الخدمات الصحية إلى أربعة أنماط وهي الوحدات الصحية ،والمركز الصحية، والعيادات المجمعّة ، والعيادات الخارجية بالمستشفيات والتي تقوم كل منها بخدمة عدد معين من السكان حسب المعايير التي وضعتها الدولة.

كما أشار الباحث في هذا الفصل إلى القوي العاملة وتطورها في ليبيا من 1969 حتى 2006 .والتي تعتبر الركيزة الأساسية للخدمات الطبية وان قوة النظام الطبي تقوم على أساس كمية ونوعية الموارد المتاحة والانتفاع منها، وكذلك أشار إلى المصروفات على قطاع الصحة خلال(1990_ 2005)، وأضاف إلى ذلك المشاكل التي تواجه القطاع الصحي بليبيا والتي تؤثر على السكان عامةً حيث تدني مستوى الخدمات يؤدي إلى عدم تردد السكان على مراكز الخدمات الصحية ويؤدي بالتالي إلى انتشار الأمراض بين السكان .

الفصل الرابع

الخدمات الصحية في منطقة زليتن

- أولاً الخدمات الصحية التابعة للقطاع العام
 - ثانياً الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص
- المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن
- التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن
 - القوى العاملة الطبية داخل المراكز الصحية الأساسية
 - المرضى المترددون على المراكز الصحية الأساسية
 - مدى كفاءة الخدمات الصحية داخل المراكز الصحية الأساسية
 - تقدير الاحتياجات الحالية والمستقبلية من الخدمات الصحية بالمراكز الصحية الأساسية

الخدمات الصحية في منطقة زليتن :

حظيت دراسة توزيع الخدمات الصحية باهتمام العديد من الباحثين الجغرافيين في الفترة الأخيرة، بحكم أن دراسة التوزيع الجغرافي للخدمات الصحية مرتبط بالسكان، ولذلك يسعى الجغرافيون إلى تحديد مواقع الخدمات الصحية في الأماكن المناسبة، ويعد توزيع وتصنيف الظواهر احد الأهداف التي تسعى الجغرافيا في كثير من دراساتها إلى تحقيقه، وكما أن التوزيع المكاني يمثل نقطة البداية لدراسة أي ظاهرة جغرافية وذلك من اجل إبراز الاختلافات المكانية في هذا الجانب الجغرافي الهام.⁽¹⁾

ولعل من ابرز المشاكل التي تواجه تخطيط الخدمات الصحية تتمثل في سوء التوزيع الجغرافي لهذه الخدمات وتركزها في مراكز التجمعات السكانية الكبيرة، مما ينتج عنه حرمان المدن الصغيرة والمناطق الريفية من تلك الخدمات، ومن هنا تبرز ضرورة الأخذ بمبدأ التوزيع الجغرافي المتوازن للخدمات الصحية⁽²⁾ ، وتنتشر في منطقة زليتن العديد من الخدمات الصحية منها الخدمات التابعة للقطاع العام، والخدمات التابعة للقطاع الخاص .

أولاً : الخدمات الصحية التابعة للقطاع العام :

تتوزع المؤسسات الصحية العامة في منطقة زليتن توزيعاً مختلفاً حسب تركيز السكان في المنطقة، حيث تطورت هذه المؤسسات شيئاً فشيئاً حتى وصلت إلى ما هي عليه في وقتنا الحاضر، ففي سنة 1980م بلغ عدد المؤسسات الصحية العامة حوالي سبع مؤسسات، وهي المستشفى العام وسعته السريرية 220 سريراً، وعيادة مجمعة واحدة، ومركز صحي أساسي واحد،

(1) عبد المنعم علي عبد الهادي ، جغرافية الخدمات الصحية والتعليمية في محافظة الجيزة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافية كلية الآداب جامعة القاهرة ، 1996م، ص 150
(2) يوسف يحيى طعماس ، التوزيع المكاني للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية ، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية ، العدد 47 ، 1986 ، ص 93

ووحدتان للرعاية الصحية، ووحدة تريض واحدة، ومحطة إسعاف أولية، بالإضافة إلى ثلاث صيدليات عامة⁽¹⁾.

وفي سنة 2000م أصبحت المؤسسات الصحية أكثر تطوراً حيث بلغ عددها سبع وحدات للرعاية الصحية الأولية، ومركز صحي أساسي واحد، وعيادة مجمعة واحدة، ومستشفى عام جديد سعته السريرية 180 سريراً مع إمكانية التوسع إلى 480 سريراً، وذلك بالإضافة إلى المستشفى القائم الذي يضم 220 سريراً⁽²⁾، وازداد عدد المؤسسات الصحية بالمنطقة وأصبحت أكثر تطوراً إلى أن وصلت 27 مؤسسة عام 2007م تتباين فيما بينها من حيث العدد ومستوى الخدمة الصحية التي تقدمها للسكان⁽³⁾.

أما في سنة 2016م فقد وصل عدد المؤسسات الصحية إلى 32 مؤسسة تتباين فيما بينها من حيث مستوى خدماتها، وهي 3 مستشفيات أحدهما يعرف باسم مستشفى زليتن التعليمي وسعته السريرية 480 سريراً، والثاني يعرف باسم مستشفى إدواو القروي وسعته السريرية 60 سريراً، والثالث يعرف بمستشفى نعيمة للحوادث. أما بالنسبة للعيادات فقد بلغ عددها أيضاً 3 عيادات مجمعة، في حين أن عدد المراكز بلغ 14 مركزاً صحياً أساسياً والتي سوف يتم التحدث عنها في جانب آخر من هذا الفصل، إضافة إلى 10 وحدات للرعاية الصحية، وجهاز الإسعاف والطوارئ، وأخيراً مركز علاج السكر والغدد الصماء⁽⁴⁾، كما هي موضحة على الخريطة (1.4) والشكل (1.4).

(1) المخطط الشامل لمدينة زليتن، 2000م، التقرير النهائي، مرجع سابق، ص 29

(2) المخطط الشامل لمدينة زليتن. مرجع سابق، ص 83

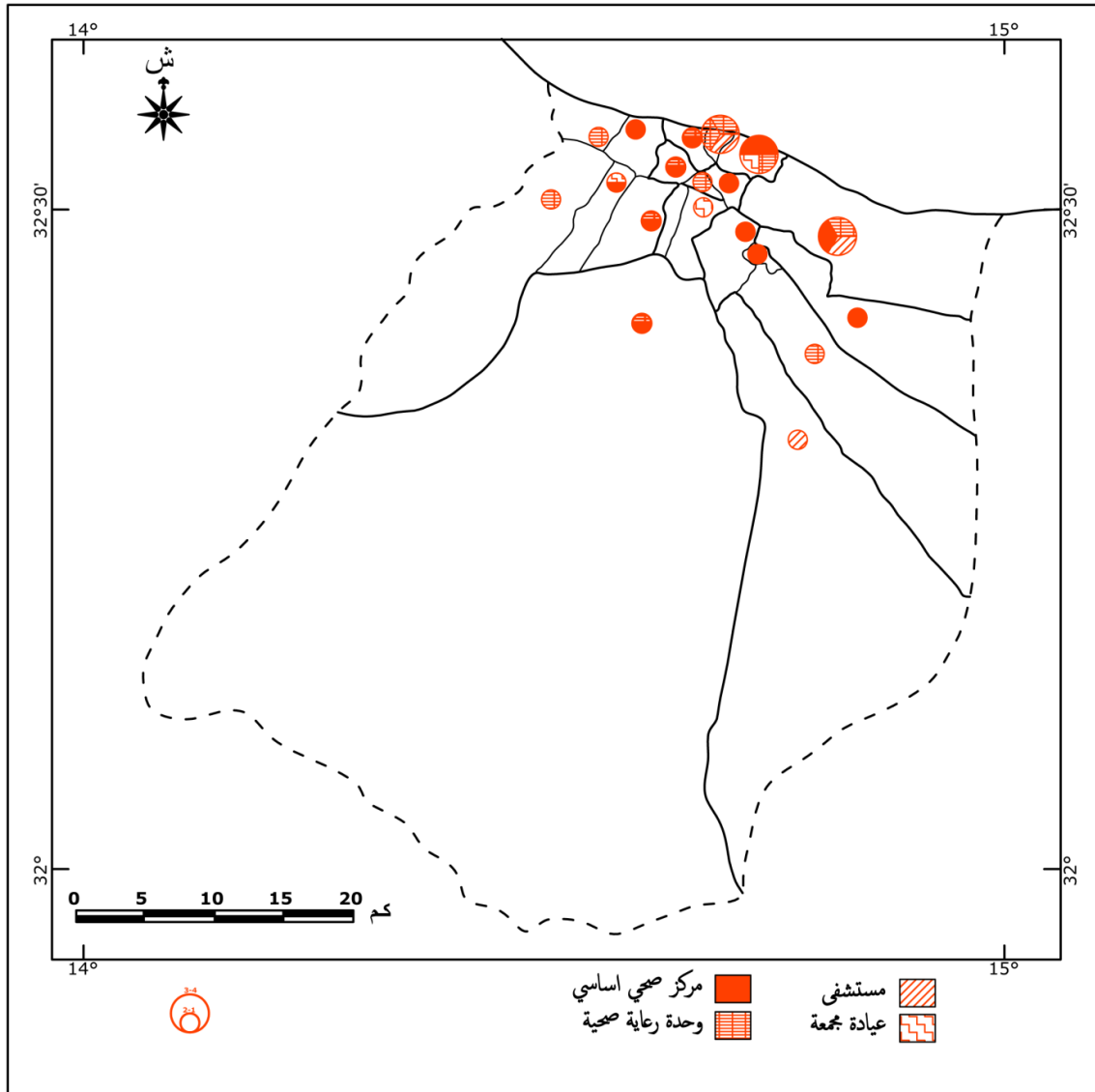
(3) علي محمد التير، التعليم والصحة في منطقة زليتن دراسة في جغرافية الخدمات، مرجع سابق ص 261

(4) وزارة الصحة، إدارة الخدمات الصحية زليتن، مكتب الإحصاء والتوثيق، بيانات غير منشورة، 2016م

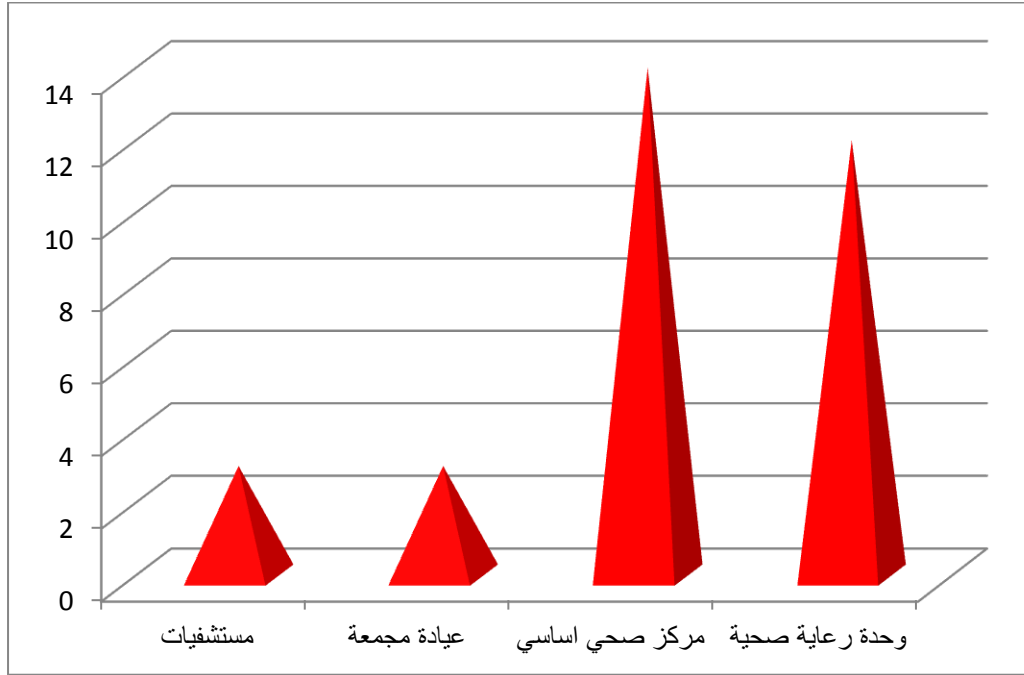
كل هذه المرافق والمؤسسات الصحية خاضعة لإشراف الدولة عن طريق وزارة الصحة بالمنطقة، والجدير بالإشارة هنا أن جميع هذه المرافق الصحية والإيوائية والعلاجية تقدم خدماتها الطبية للسكان بدون مقابل مادي بما في ذلك صرف الأدوية .

وبالنظر إلى عدد سكان المنطقة والبالغ 194,842 نسمة مقابل كل مؤسسة صحية عامة داخل المنطقة، وذلك بغض النظر عن التوزيع النوعي للخدمات الصحية وباستثناء المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص والتي سوف يتم التطرق إليها خلال جانب آخر من هذا الفصل، نجد أن نصيب السكان من الخدمات الصحية قد بلغ 6089 نسمة مقابل كل مؤسسة صحية، أي أن المؤسسة الصحية الواحدة تقوم بخدمة 6089 نسمة من سكان المنطقة .

خريطة (1.4) التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية العامة في منطقة زيتين لسنة 2016م



شكل (1.4) التوزيع العددي والنوعي للمؤسسات الصحية العامة بمنطقة زليتن سنة 2016م



المصدر: بتصريف الباحث اعتمادا على الخريطة (1.4)

القوى العاملة الطبية داخل منطقة زليتن :

تعتبر القوى العاملة الطبية هي العمود الفقري للخدمات الصحية في أي زمان ومكان حيث يعد ذوي المهن الطبية الفئة الأكثر فاعلية، والنواة التي يتم على أساسها تقديم الخدمات الصحية وتلتف حولها الروابط الصحية للسكان⁽¹⁾. فقد بلغ إجمالي عدد الكادر الوظيفي للصحة في المنطقة حوالي 2,745 موظفا تتباين في توزيعها على كل المؤسسات والمرافق الصحية حسب مستوياتها الصحية، وهي تضم كل من الأطباء، والمرمضين، والإداريين، والفنيين، والصيادلة، كما هي موضحة بالجدول (1.4).

(1) محمد صالح ربيع العجيلي، الخدمات الصحية في مدينة بغداد، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة بغداد، 1989، ص 95

جدول (1.4) توزيع القوى العاملة الطبية على مستويات الخدمات الصحية سنة 2015م

الإجمالي	الصيدالة	الفتيون	الإداريون	المرضىون	الأطباء	البيان المؤسسات الصحية
1034	85	164	328	254	203	المستشفيات
502	69	85	169	120	59	العيادات المجمعّة
728	86	89	327	119	107	المراكز الصحية
441	55	52	237	91	46	الوحدات الصحية
2745	295	390	1061	584	415	الإجمالي

المصدر: الباحث بتصريف اعتمادا على :

- وزارة الصحة زليتن، مكتب الإحصاء والتوثيق، بيانات غير منشورة، لسنة 2015م
- مكتب الإحصاء والتوثيق، مستشفى زليتن التعليمي، بيانات غير منشورة، سنة 2015م
- مكتب الإحصاء والتوثيق، مستشفى ادواو القروي بيانات غير منشورة، سنة 2015م

من خلال الجدول (1.4) يلاحظ تفاوتاً في أعداد الطاقم الطبي داخل كل المؤسسات، حيث بلغ الإجمالي العام للأطباء لكل المرافق حوالي 415 طبيباً وهو أهم كادر طبي يقدم الخدمات الصحية لسكان أية منطقة، ويليه كادر التمريض حيث بلغ عددهم 584 ممرضاً على مستوى المؤسسات الصحية بالمنطقة، وأما عن الإداريين فقد بلغ عددهم 1061 إدارياً على مستوى هذه الخدمات، و390 فنياً، إضافة إلى ذلك بلغ عدد الصيدالة 295 صيدلياً .

ثانياً: الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص .

ويقصد بها المؤسسات العلاجية والعيادات الخاصة، حيث تعتبر المستشفيات التخصصية مؤسسة علاجية بأحد فروع الطب أو أكثر، أو المركز العلاجي بأحد فروع الطب، ويعمل به أكثر من طبيب في نفس التخصص، ويقتصر العمل في أي منهما على العناصر الوطنية فقط، ويجب الحصول على ترخيص لمزاولة المهنة وان يكون العاملون بالمرفق الصحي شركاء في النشاط الطبي⁽¹⁾.

(1) قرار وزير الصحة رقم 654 ، لسنة 1975م بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون الصحي ، الجريدة الرسمية ، عدد خاص ، المادة 359 ، (ليبيا: مطابع وزارة العدل ، 1976م) ص 165

أما العيادات الخاصة فهي أماكن لمزاولة مهنة الطب طبقاً لشروط ومواصفات محددة، مثل عدم احتوائها على أسرّة لإيواء المرضى وعدم إجراء أي عمليات فيها، باستثناء بعض الجراحات البسيطة، وتتوفر في العيادة الأجهزة والمعدات لأداء الطبيب مهنته حسب تخصصه، ولا تعتبر العيادة الخاصة مؤسسة علاجية⁽¹⁾. وتعتبر كل من المؤسسات العلاجية والتشريكات الطبية والمراكز والعيادات الخاصة مكملة للخدمات الصحية التي تقدم من خلال الرعاية الصحية الأولية⁽²⁾، إلا أنها تقوم بتقديم خدماتها الطبية بالمقابل المادي أو النقدي المباشر طبقاً لتسعيرة تحددها اللجنة الشعبية العامة للتخطيط والاقتصاد والإدارة⁽³⁾.

تعتبر منطقة زليتن حتى وقتنا الحاضر حديثة العهد بدخول القطاع الخاص مجال الاستثمار في قطاع الصحة، والذي يعتبر من المجالات القديمة الخاصة، إلا أنه خلال الفترة السابقة كان مقتصرًا على خدمات محدودة تمثلها بعض العيادات الطبية الخاصة وعدد قليل من المختبرات الطبية والصيدليات التجارية، ثم شهدت خدمات القطاع الخاص تطورًا واضحًا في مجال الرعاية الصحية خلال السنوات القليلة الماضية، بعد أن دخل القطاع الخاص مجال الخدمة الطبية الإيوائية الخاصة، التي تضم معظم التخصصات الطبية، كما تأسست في المنطقة عدد من الشركات الخاصة باستيراد الأدوية والمعدات الطبية، والتي ساهمت في توفير هذه المتطلبات ورفع مستوى كفاءة الخدمة الصحية في المنطقة، ومن خلال البيانات الواردة في الجدول (2.4) يتضح التوزيع العددي والنوعي لمرافق الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص على مستوى محلات منطقة الدراسة خلال سنة 2016م .

(1) قرار وزير الصحة رقم (83)، لسنة 1972م بقواعد الترخيص للأطباء بعود العمل الخاص وفتح العيادات، الجريدة الرسمية، العدد 43، المادة 58 (ليبيا: مطابع وزارت العدل)

(2) قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 249 لسنة 1424 باعتماد الإستراتيجية الوطنية لتوفير الصحة للجميع وبالجميع، مادة 6.

(3) قرار أمين اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي، رقم (48) لسنة 1426 بشأن تنظيم مزاولة الأنشطة الطبية بالنظام التشاركي مادة 7.

جدول (2.4) التوزيع العددي والتنوعي لمرافق المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص على مستوى محلات منطقة زيتن سنة 2016م

المحلة	البيان	مستشفى أو مصحة طبية	عيادة طبية أو مركز طبي	مختبرات طبية	صيدليات	شركات طبية
الشيخ		1	2	3	7	2
أبورقية		1	3	2	5	3
أبو جريدة			1	1	6	
الظهيرة		1	1	2	7	
البازة		2	4	4	8	3
أزدو الجنوبية		1		1	4	
المنطرحة		2	3	4	8	4
مغرغرين			1		4	
كادوش		2		3	7	3
أزدو الشمالية			1	1	6	
القصبة			1	1	5	1
القزاحية					5	
السبعة					6	
الغويلات			1	1	5	
القاعة					5	
الجهاد					6	
الدافنية					5	
كعام					4	
إدواو					4	
ماجر		1		2	6	
الإجمالي		11	18	25	113	16

المصدر: - الباحث بتصريف اعتمادا على الدراسة الميدانية 2016م

من البيانات الواردة بالجدول (2.4) يلاحظ أن إجمالي عدد المصحات الطبية العلاجية

والإيوائية في منطقة زيتن خلال 2016م 11 مصحة طبية منها 4 مصحات تقدم خدمات إيوائية

للمرضى فضلا عن خدماتها العلاجية، وتتوطن اغلب هذه المصحات داخل المركز الحضري

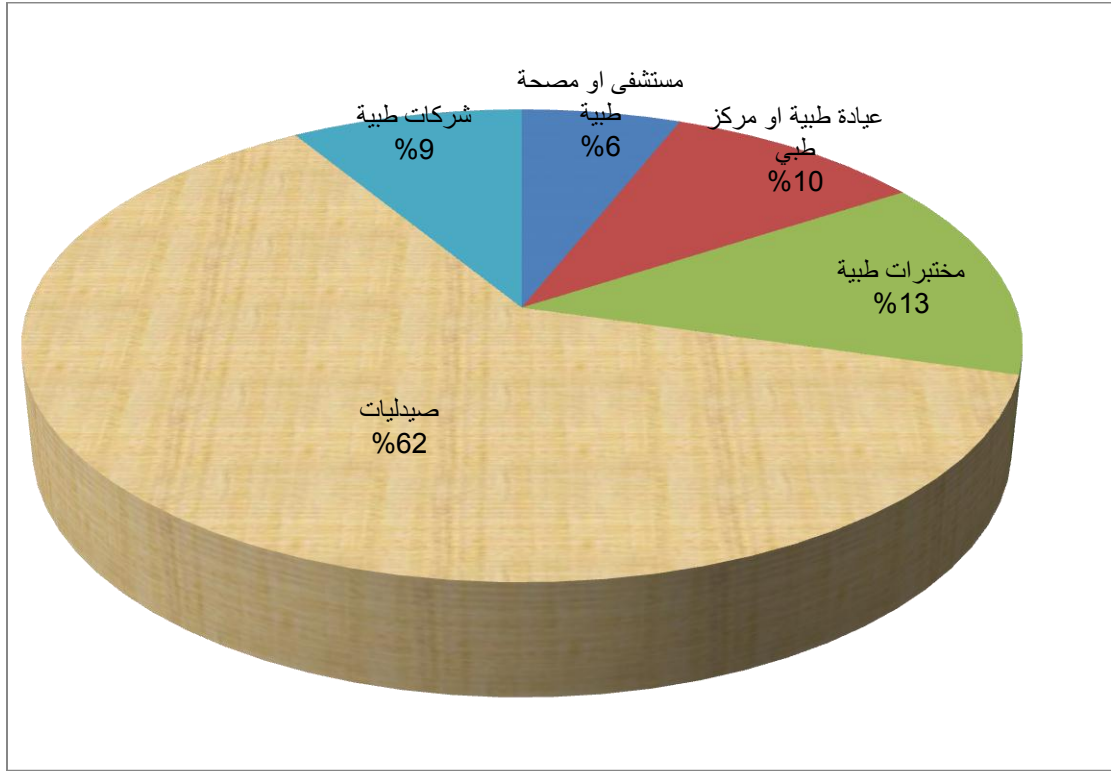
للمدينة ضمن محلة الشيخ، ومحلة المنطرحة، ومحلة البازة، ومحلة أبورقية، ومحلة كادوش، وتحتوي هذه المصحات على معظم التخصصات الطبية، والتي أهمها أمراض النساء والولادة، وعلاج العقم، والأطفال والجراحة العامة، والمناظير، والعيون، والأسنان ، والأذن والأنف والحنجرة، وتتميز هذه المرافق الصحية بتقديم خدمة طبية متكاملة لسكان المنطقة.

تعد العيادات الطبية المتخصصة ابرز أنواع المرافق الصحية الخاصة بسبب انتشارها وتنوع التخصصات الطبية بها، حيث تضم منطقة زليتن 18 عيادة طبية في مختلف التخصصات الطبية، وتتمثل في عيادة الأطفال، وأمراض النساء، والأمراض الباطنية، والأسنان والذي يعتبر أكثر أنواع التخصصات الطبية انتشارا داخل هذه العيادات الخاصة، وتتنوع اغلب هذه العيادات داخل المحلات الواقعة ضمن المركز الحضري للمدينة وهي محلة البازة، ومحلة أبورقية، ومحلة الشيخ، ومحلة المنطرحة، ومحلة كادوش .

أما بالنسبة للمختبرات الطبية التابعة للقطاع الخاص فتضم منطقة زليتن 25 مختبراً طبياً، مجهزة بالمعدات اللازمة لإجراء معظم التحاليل الطبية التي يحتاجها الطبيب عادةً لتشخيص الحالة المرضية، وتتركز معظمها أيضاً في المحلات التي تقع داخل المركز الحضري للمدينة، وفيما يتعلق بالصيدليات التجارية الخاصة التي تقدم خدمة توفير الأدوية فضلا عن الخدمات الأخرى التي لها علاقة بالرعاية الصحية، مثل إعطاء الحقن، وقياس الضغط ونحوها، فقد أظهرت الدراسة الميدانية أنها تتوزع في جميع محلات المنطقة وبالرجوع إلى الجدول (2.4)، نجد أن عدد الصيدليات في المنطقة حوالي 113 صيدلية خاصة موزعة في كل المحلات إذ تتركز معظمها داخل الإطار الحضري بالمدينة .

كما يشمل نشاط القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية الشركات الطبية الخاصة باستيراد الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية والتي بلغ عددها في المنطقة 16 شركة طبية خاصة، وتزاول هذه الشركات الطبية نشاطاً تجارياً مرخصاً من الجهات الإدارية ذات العلاقة وذلك في مجال توفير الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية المختلفة للمرافق التابعة للقطاعين العام والخاص، وتتوطن معظم هذه الشركات داخل المركز الحضري للمدينة، وقد ساهمت هذه الشركات في رفع مستوى كفاءة الخدمة الصحية بتوفيرها لكافة المتطلبات في مجال الرعاية الصحية والشكل (2.4) يوضح التوزيع النسبي لهذه المؤسسات .

شكل (2.4) التوزيع النسبي للمؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص في منطقة زيتن لسنة 2016م



المصدر : - بيانات الدراسة الميدانية 2016م ،اعتمادا على الجدول (2.4)

المراكز الصحية الأساسية في منطقة زيتن :-

كما سبق الإشارة ، تحتل المراكز الصحية الأساسية المرتبة الثانية في مستوى خدمات الرعاية الصحية، والتي تقدم خدماتها لعدد من المواطنين يتراوح عددهم ما بين 10,000 إلى 20,000 نسمة ، والتي تقوم بتأدية الخدمات العلاجية للمرضى التابعين والمحولين من الوحدات التابعة لها، وكذلك اتخاذ الإجراءات الوقائية في حالات الأمراض المعدية والمستوطنة، والإشراف على مهام الصحة المدرسية، وتنظيم التطعيم بالنسبة للأطفال، والقيام بمهام التنقيف الصحي، والإشراف على أعمال صحة البيئة، وأعمال رعاية الأمومة والطفولة والوعي الغذائي .

لقد تم التخطيط لهذا النمط من خدمات الرعاية الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي على أساس تقديم خدمات محلية في نطاق الحدود الإدارية للمحلة ، إلا إن هناك بعض المحلات لا

يوجد بها مركز صحي أساسي، وهناك من المحلات بها مركزين صحيين اثنين، وفيما يلي سوف ندرس جانب خاص بتوزيع هذه المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة .

ففي منطقة زليتن بلغ عدد المراكز الصحية الأساسية حوالي أربعة عشر مركزا صحيا وهي .

- المركز الصحي الأساسي رأس سلامة .
- المركز الصحي الأساسي أزدو الجنوبية .
- المركز الصحي الأساسي انس بن مالك.
- المركز الصحي الأساسي القزاحية .
- المركز الصحي الأساسي طبطبت .
- المركز الصحي الأساسي القصبة .
- المركز الصحي الأساسي سيدي عبد النور .
- المركز الصحي الأساسي الغويلات .
- المركز الصحي الأساسي سوق الثلاثاء .
- المركز الصحي الأساسي المنطرحة .
- المركز الصحي الأساسي حي المعلمين .
- المركز الصحي الأساسي المالحة .
- المركز الصحي الأساسي ثار الشهداء .
- المركز الصحي الأساسي القاعة .

وصممت هذه المراكز بشكل مثال، يراعى فيها توفر صالات الانتظار، وغرف الكشف،

ومعامل التحاليل، والأشعة، ومن خلال الدراسة الميدانية وجد أن بعض المراكز تنقصها المقاعد في

صالات الانتظار، وان المقاعد المتوفرة لا تكفي لعدد المترددين على المراكز مثل مركز القزاحية، ومركز رأس سلامة، ومركز سيدي عبد النور، ومركز ازدو الجنوبية، ومركز حي المعلمين، وهناك بعض من المراكز انتقلت إلى مباني خاصة ذات طابقين مثل مركز القصبية، بسبب الصيانة المقامة بمركزه الأصلي، حيث لا توجد أي معالم تدل على وجوده، مما يسبب صعوبة في الوصول إليه، إلا من خلال سكان المنطقة المجاورة له لعلمهم بوجوده، وهناك من المراكز ليس عليها إقبال كثير من المترددين، وعند الاستفسار تبين أن المركز ينقصه تخصصات، مثل العيون والأسنان في مركزي المالحه وطبببت، وكذلك قسم الأطفال في مركز القاعة، وقسم الباطنية والأطفال والعيون أيضا غير متوفرة في مركزي المنطرحه والقزاحية، وأما بالنسبة للتطعيم فهو متوفر في كل المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة إلا أنها موزعة على أيام الأسبوع، فمنها من لها يومي السبت والثلاثاء، ومنها يومي الأحد والأربعاء، ومنها يومي الاثنين والخميس، وهو نظام حددته إدارة التفقيش الصحية بالمنطقة .

تتألف الأقسام المتوفرة في المراكز الصحية، في غرف الكشف وصالات الانتظار، ووحدات الأشعة، ومعامل التحاليل، ومواقف السيارات، والطايم الطبي، فإننا نجد أن هذه العناصر متوفرة في اغلب هذه المراكز الصحية وبالتطرق إلى كل عنصر على حدة من خلال الزيارة الميدانية لهذه المراكز نلاحظ ما يأتي:

غرف الكشف :

تتوفر غرف الكشف في هذه المراكز إلا إن معظمها لا يوجد بها أدوات للكشف أو انه يوجد بها ولكنها لا تعمل، مثل مركز القاعة ومركز طبببت ومركز الغويلات لا يوجد بهم أجهزة للكشف، ومنها ما يوجد جهاز للكشف ولكنه لا يعمل مثل مركز رأس سلامة ومركز ثار الشهداء، ومركز المالحه، وبعض المراكز يوجد بها غرف لعيادة الأسنان إلا إنه لا يوجد بها أدوات للعلاج

مثل مركز سيدي عبد النور، ومركز انس بن مالك، إذ تستغل الغرفة للكشف فقط على المرضى ووصف الأدوية، وتحويلهم إلى مركز آخر أو مستشفى عام أو عيادة خاصة، وبعض المراكز بها غرف للكشف إلا أنها ينقصها عدد الأسرة التي يتم كشف المريض عليها مثل مركز القزاحية ومركز رأس سلامة ومركز ازدو الجنوبية ومركز انس بن مالك، ناهيك عن الغرفة التي يكشف فيها وهي مفتوحة الأبواب ولا يوجد مقعد أحيانا ليجلس عليه المريض كما هو الحال في مركزي سوق الثلاثاء وطبببت .

صالات الانتظار :

وهي شيء مشترك ومتوفر في المراكز الصحية الأساسية إلا إن معظمها لا يوجد فيها عملية الفصل بين المترددين من الرجال والنساء، فلا يوجد عادةً مكان لانتظار الرجال بسبب ازدحام النساء مما يجعل الرجال ينتظرون خارجاً، إما بسياراتهم، أو الجلوس أمام المركز بعيداً عن أشعة الشمس الحارقة، وأحيانا يضطروا إلى المغادرة دون علاج، مثل مركز القزاحية، ومركز حي المعلمين، ومركز القصبية، ومركز ازدو الجنوبية، وذلك بسبب تزامم المترددين داخل ممرات هذه المراكز .

وحدة الأشعة :

وهي من شروط المركز الصحي الأساسي، ولكن كل المراكز بالمنطقة لا تتوفر بها وحدة أشعة، أو إذا وجدت فهي معطلة، أي توجد آلات أشعة وغرف خاصة للتصوير إلا أن الأجهزة لا تعمل.

معامل التحليل :

اغلب المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة لا توجد بها معامل تحليل وإن وجدت فهي لا تعمل أيضاً إلا في بعض المراكز الصحية مثل مركز سيدي عبد النور، ومركز ازدو الجنوبية، ومركز القزاحية، ومركز حي المعلمين .

موقف السيارات :

فقد صممت المراكز الصحية الأساسية على أساس موقف صحي تتوفر فيه موقف خاص للسيارات، إلا إن بعض المراكز الصحية بالمنطقة لا تتوفر بها الموقف الكافي للسيارات، مثل مركز المنطرحة، ومركز سيدي عبد النور، ومركز رأس سلامة، ومركز ثار الشهداء، ومركز القاعة، أما مركز المالحه ومركز حي المعلمين ومركز ازدو الجنوبية ومركز القصبة، فهي تتميز باتساع مواقف سياراتها ، وهناك بعض من المترددين يأتون مشيا على الأقدام. أما عن باقي المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة فتعتبر ذات مواقف متوسطة لسياراتها يختلف ازدحامها خلال أيام الأسبوع، وذلك لعدة أسباب منها مثلا وجود دكتور متخصص ومشهور، أو موسم التطعيم للأطفال، أو من اجل التحاليل وخاصةً تحليل إعداد الشهادة الصحية .

من خلال الاقتراحات السابقة والدراسة الميدانية التي قام بها الباحث لوحظ بعض النقاط

السلبية وهي:

1. أن المركز الصحي حي المعلمين والمركز الصحي ازدو الجنوبية يتميزان بازدهامهما داخل الممرات والاكنتاظ بالمترددين، رجال، ونساء، وأطفال، وعند الاستفسار عن السبب تبين أن هذا الازدهام من اجل تطعيم الأطفال والذي يتم حجزه بأرقام متسلسلة، مع وجود الوساطة وهي تعتبر السبب الرئيسي لهذا الازدهام، بالإضافة إلى وجود مترددين آخرين من اجل العلاج، فهم أيضا لهم تأثير على هذا التزاحم .
2. هناك تزاحم كبير جدا في المركز الصحي القزاحية وعند الاستفسار تبين أن سبب هذا الازدهام هو أخذ عينات للتحاليل المعدة للشهادة الصحية للمواطنين الأجانب من اجل الإقامة داخل المنطقة مثل العمالة الأجنبية من الجنسيات العربية، مصر، وسوريا،

والسودان وتشاد، ونيجيريا، وغيرها، خوفا من نقل العدوى لبعض الأمراض داخل منطقة زليتن .

3. لوحظ في مركز المنطحة الصحي انه لا توجد به تخصصات طبية عدا الأسنان وتطعيم الأطفال فقط، مما جعل اغلب المترددين يأتون المركز ويخرجون دون علاج، وذلك لعدم توفر التخصصات المطلوبة، وعند الاستفسار تبين انه لا يوجد به أطباء متخصصون .

4. لوحظ أيضا في المركز الصحي القصبه أن موقعه في مبنى خاص ذو طابقين أي ليس في مقره الرئيسي، حتى إن الباحث لم يستطع الوصول إليه ومعرفته إلا بعد مشقة وسؤال احد سكان المنطقة، لان موقعه الحالي بعيدا عن الطريق المعبد، بحوالي 300متر ومختفيا بين الأحياء السكنية بالمنطقة .

5. لوحظ في مركزي المالحه وطبببت قلة المترددين بشكل كبير، بالرغم من وجود اغلب التخصصات بهذين المركزين، وذلك لوقوعهما في منطقة ريفية قليلة السكان .

6. هناك مركز صحي آخر لوحظ انه لا تستطيع فيه التمييز بين المريض والطبيب لعدم التزام الأطباء بالزى الطبي، إضافة إلى ذلك أنهم يدخنون فلا تستطيع التفرقة بين ما إذا كان هذا الشخص طبيبا أو متردداً كما هو الحال في مركز سوق الثلاثاء .

7. هناك مركز آخر يقع على بعد 500 متر من الطريق المعبد وطريقه ترابية وغير واضحة لأنها متفرعة ومتداخلة، مما يجعل المترددون القادمون من المحلات الأخرى لا يستطيعون الوصول إليه إلا بعد البحث أو السؤال عنه، كما هو الحال في مركز أنس بن مالك الواقع في محلة ازدو الشمالية .

8. بعض من المراكز الصحية بالمنطقة ليس لها موقف للسيارات، مما يسبب التزاحم بالطريق التي أمامه حتى كادت أن تغلق أحيانا والتي تعتبر ممراً رئيسياً للسيارات المتجهة للمدينة، مثل المركز الصحي رأس سلامة .

9. هناك أمر عام لوحظ في كل المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة وهو أن معظم الموظفين الإداريين ليس لهم خبرة إدارية طبية ولا علاقة لهم بها، وعند الاستفسار عنهم تبين أن منهم خريجي آداب ، ومنهم خريجي قانون، ومنهم خريجي اقتصاد وغيرهم، إضافة إلى خريجي المعاهد المتوسطة والثانويات وغيرهم، حيث تم توظيفهم من قبل الدولة للحد من مشكلة البطالة .

10. لوحظ أيضا أن هناك تزاحم في مداخل بعض المراكز الصحية الأساسية بالتحديد بالغرف الخاصة لحراس المراكز (الغفارة) وعند الاستفسار تبين أن لكل مركز صحي 4_5 أفراد من الحراس، بالإضافة إلى أصدقائهم الذين يأتون لتمضية الوقت وتبادل الحديث ،مثل مركز الغويلات، ومركز القاعة، ومركز رأس سلامة، ومركز القصبه، ومركز القزاحية، ومركز سيدي عبد النور، وغيرهم .

التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن .

تتوزع في منطقة زليتن العديد من المراكز الصحية الأساسية، إذ بلغ عددها 14 مركزاً صحياً أساسياً، حيث تتباين في توزيعها على مستوى محلات المنطقة بغض النظر على عدد سكان كل محلة وهذه المراكز هي :

- المركز الصحي الأساسي رأس سلامة :

تأسس هذا المركز 1984م، ويقع على بعد 10 كلم من مركز المدينة، داخل الحدود الإدارية لمحلة أزدو الشمالية وتحديداً في الجزء الشرقي لها ويحتوي على خمسة أقسام وهي قسم

الأطفال، وقسم الباطنة، وقسم الأسنان، وقسم النساء، وقسم التمريض والحقن والغيارات، إضافة إلى الصيدلية الخاصة بالمركز .

- المركز الصحي الأساسي أزود الجنوبية :

سمي بهذا الاسم لوقوعه في محلة أزود الجنوبية، ويعرف أيضا بمركز (الكنادي) كنية لوقوعه بين أكثر العائلات شهرة في المحلة وهي عائلة آل كندي ويقع على بعد ثلاثة كلم جنوب شرق المدينة، وقد تم تأسيسه سنة 1997م، ويحتوي على عدة تخصصات أو أقسام منها طبيب عام، وقسم النساء، وقسم الأسنان، كما يحتوي على قسم التحاليل والمختبرات، وصيدلية خاصة بالمركز .

- المركز الصحي الأساسي أنس بن مالك :

يقع هذا المركز على بعد خمسة كلم في شرق المدينة ضمن محلة أزود الشمالية وتحديداً في أقصى الغرب من الحدود الإدارية لمحلة أزود الشمالية قريب جداً من الحدود الشرقية لمحلة أبو رقية، حيث تأسس هذا المركز الصحي الأساسي سنة 2006م ويحتوي على قسم طبيب عام، وطبيب ممارس، وقسم الأطفال، وقسم النساء، بالإضافة إلى التطعيم الخاص بالأطفال والمواليد، وصيدلية .

- المركز الصحي الأساسي القزاحية :

يقع هذا المركز الصحي على بعد ثمانية كلم شمال غرب المدينة وسمي بهذا الاسم لوقوعه داخل محلة القزاحية، وقد تم تأسيسه خلال سنة 2000م ويحتوي على طبيب عام، وقسم الأطفال وقسم للتطعيم، بالإضافة إلى قسم التحاليل، وخاصةً التحليل المتعلق بالعمالة الأجنبية العربية لأجل إعداد الشهادة الصحية لهم، خوفاً من نقل الأمراض المعدية من بلدهم لمنطقة زليتن خاصةً

وليبيا عامة، إضافة إلى التحاليل المطلوبة لدى الطلبة المتخرجين من مرحلة الإعدادية والثانوية، وكذلك صيدلية خاصة بهذا المركز .

- المركز الصحي الأساسي طبطبت :

تأسس هذا المركز الصحي سنة 1990م ويقع على بعد 20 كلم جنوب مركز المدينة في الجزء الغربي من محلة ماجر، وسمي بهذا الاسم كنية للمنطقة التي يقع فيها داخل هذه المحلة، وهي منطقة طبطبت وله تخصصات متعددة منها طبيب عام، وطبيبة نساء، وقسم للتطعيم، وقسم للتحاليل، وقسم التمريض، والصيدلية الخاصة بالمركز .

- المركز الصحي الأساسي القصبة :

يقع على بعد 12 كلم غرب المدينة داخل محلة القصبة وسمي على أسم المحلة، حيث تأسس هذا المركز سنة 1984م إلا إنه في الوقت الحالي يقع في مبنى خاص ذي طابقين في نفس المحلة، نظراً لأجراء الصيانة لموقعه الأصلي، والذي يبعد 300 متر من الطريق المعبد، ويحتوي هذا المركز على عدة تخصصات منها الباطنة، وقسم الأسنان، وقسم النساء، بالإضافة إلى التطعيم، وقسم التحاليل والصيدلية الخاصة به .

- المركز الصحي الأساسي سيدي عبد النور :

يقع هذا المركز الصحي في محلة السبعة على بعد ستة كلم جنوب المدينة، وتم تأسيسه سنة 1998م، ويحتوي المركز على عدة أقسام منها، قسم الباطنة، وقسم الأسنان، وقسم الطبيب العام، وقسم العلاج الطبيعي، وقسم التطعيم، وقسم التمريض والحقن والغيارات، والصيدلية الخاصة بالمركز .

- المركز الصحي الأساسي الغويلات :

سمي بهذا الاسم لوقوعه في محلة الغويلات على بعد ثمانية كلم من مركز المدينة، اتجاه الجنوب الغربي، حيث تأسس هذا المركز سنة 1998م ويتكون من صيدلية خاصة به، بالإضافة إلى عدة أقسام منها، قسم الباطنية، وقسم الطبيب العام، وقسم الأطفال، وكذلك قسم النساء، وقسم الأسنان، وقسم التطعيم، والتمريض .

- المركز الصحي الأساسي سوق الثلاثاء :

تأسس هذا المركز الصحي سنة 1991م، ويقع في محلة الظهيرة على بعد 11 كلم جنوب شرق المدينة ويحتوي على صيدلية، بالإضافة إلى عدة أقسام منها، قسم الطبيب العام، وقسم الأسنان، وقسم الباطنة، وقسم المختبرات، وقسم التطعيم .

- المركز الصحي الأساسي المنطرحة :

يقع هذا المركز غرب المدينة على بعد كيلومترين اثنين من مركز المدينة، ضمن محلة المنطرحة، داخل الحدود الإدارية للمركز الحضري للمدينة، حيث تأسس هذا المركز سنة 1998م ويحتوي على صيدلية وقسمي، الأسنان، والتطعيم .

- المركز الصحي الأساسي حي المعلمين :

تم تأسيس هذا المركز الصحي سنة 2007م، حيث يقع داخل الحدود الإدارية للمركز الحضري للمدينة على بعد كيلومتر واحد شمال مركز المدينة في محلة البازة ويحتوي المركز على عدة أقسام منها قسم الأسنان، وقسم النساء والولادة، وقسم الباطنة، وقسم التمريض الخاص بالغيارات والحقن، وقسم المختبرات والتحليل، وقسم التطعيم، بالإضافة إلى الصيدلية الخاصة به .

- المركز الصحي الأساسي المألحة :

يقع هذا المركز على بعد 20 كلم جنوب المدينة، وسمي بهذا الاسم لوقوعه داخل منطقة المألحة بمحلة ماجر، وتم تأسيسه سنة 1998م، ويحتوي على عدة أقسام منها، قسم الطبيب العام، وقسم الأطفال، وقسم الإسعافات والتمريض رجال ونساء، إضافة على الصيدلية الخاصة به .

- المركز الصحي الأساسي القاعة :

سمي بهذا الاسم لوقوعه في محلة القاعة على بعد 15 كلم شرق المدينة، حيث تأسس سنة 2007م ويحتوي على أربعة أقسام وهي، قسم الطبيب العام، وقسم طب الأسنان، وقسم الأطفال، وقسم التمريض، إضافة إلى الصيدلية الخاصة بهذا المركز .

- المركز الصحي الأساسي ثأر الشهداء :

يقع هذا المركز الصحي في محلة الدافنية على بعد 22 كلم شرق المدينة، ولقد تأسس سنة 2007م ويحتوي على صيدلية خاصة به، بالإضافة إلى أربعة أقسام وهي، قسم النساء، وقسم الأطفال، وقسم الطبيب العام، وقسم التمريض .

ومن خلال ما سبق عرضة نجد هناك تباين في توزيع هذه المراكز داخل محلات منطقة زليتن بغض النظر عن عدد السكان لكل محلة، ففي منطقة الدراسة بلغ عدد المحلات 20 محلة وعدد المراكز 14 مركز صحي أساسي كما هو موضح بالجدول (3.4) .

ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية للباحث وجد أن بعض المحلات ليس لها مركز صحي أساسي مثل محلة كعام، ومحلة مغرغرين، ومحلة الشيخ، ومحلة كادوش، ومحلة أبو جريدة، ومحلة أدوار، ومحلة الجهاد، بينما هناك محلات بها مركزين أساسيين مثل محلة أزود الشمالية فهي تضم مركز رأس سلامة ومركز أنس بن مالك، ومحلة ماجر بها مركز طبطبت ومركز المألحة،

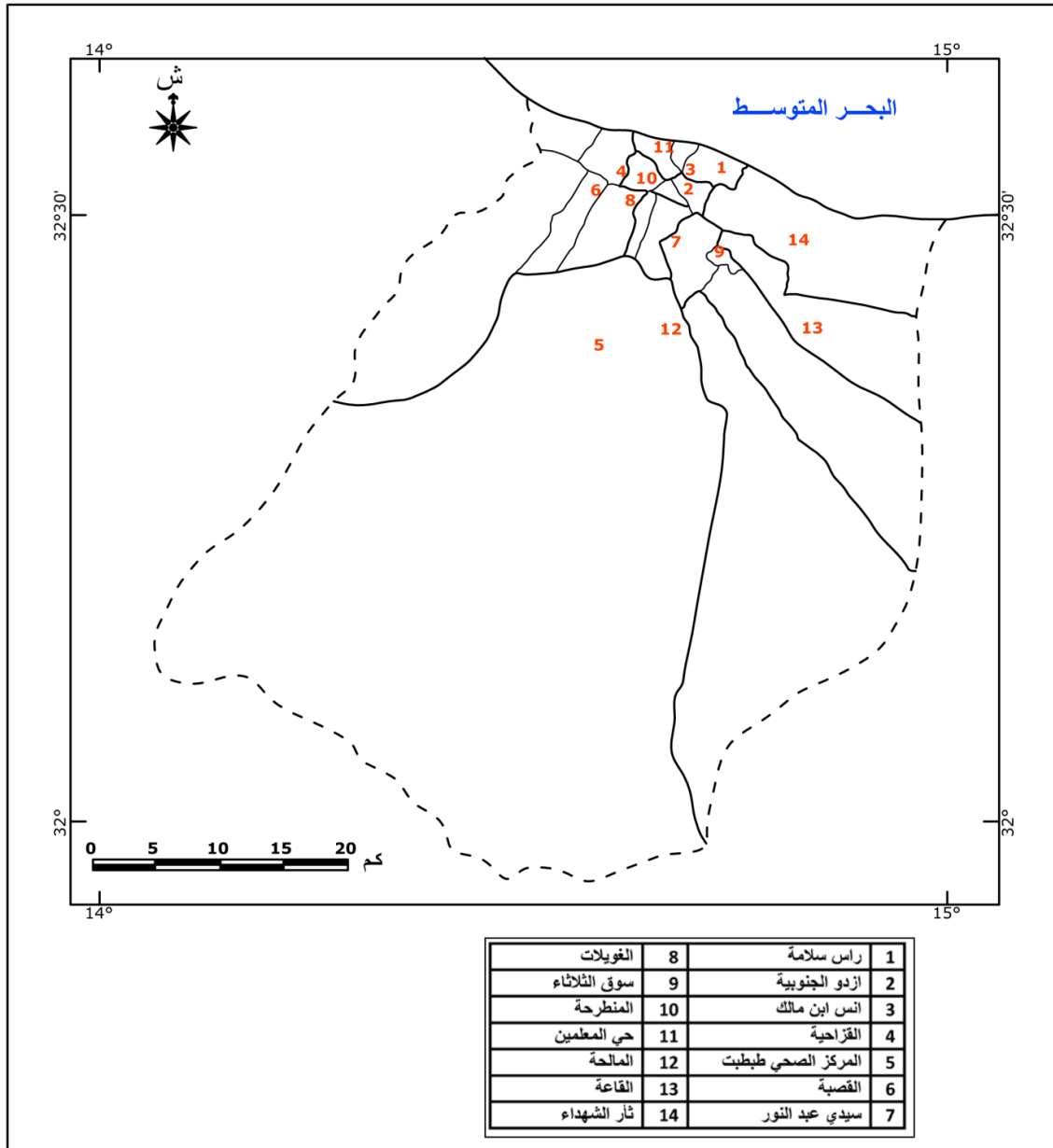
والخريطة (2.4) تبين التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية الأساسية في منطقة الدراسة.

جدول (3.4) توزيع المراكز الصحية الأساسية مقارنة بتوزيع السكان والمساحة داخل محلات منطقة زليتن لعام 2016م.

المحلة	عدد السكان	المساحة بالهكتار	اسم المركز الصحي الأساسي
الشيخ	9,413	200	/
أبو رقية	4,927	247	/
أبو جريدة	6,091	445	/
الظهيرة	10,822	480	سوق الثلاثاء
البازة	7,971	544	حي المعلمين
أزدو الجنوبية	8,602	593	أزدو الجنوبية (الكنادي)
المنطرحة	9,399	692	المنطرحة
مغرغرين	5,755	988	/
كادوش	8,305	1235	/
أزدو الشمالية	12,192	1285	رأس سلامة + انس بن مالك
القصبة	10,574	1285	القصبة
القزاحية	4,889	1482	القزاحية
السبعة	14,064	2297	سيدي عبد النور
الغويلات	9,334	2495	الغويلات
القاعة	11,818	7189	القاعة
الجهاد	7,437	10814	/
الداقنية	15,045	14375	نار الشهداء
كعام	13,110	15388	/
إدواو	8,448	34889	/
ماجر	16,646	150077	طبببت + المالحة
الإجمالي	194,842	247,000	14 مركز

المصدر : اعتمادا على الدراسة الميدانية لسنة 2016م

خريطة (2.4) التوزيع الجغرافي للمراكز الصحية الأساسية في منطقة زيتين لسنة 2016م



المصدر :- الباحث بتصريف اعتمادا على الدراسة الميدانية للباحث لسنة 2016م

القوى العاملة الطبية داخل المراكز الصحية الأساسية .

تتوزع القوى العاملة الطبية داخل المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن بشكل متباين

كماً ونوعاً، حيث بلغ الإجمالي العام للكادر الوظيفي بهذه المراكز الصحية 1140 موظفاً وموظفة

خلال سنة 2016م، كما هي موضحة بالجدول التالي .

جدول (4.4) التوزيع العددي والنوعي للقوى العاملة الطبية داخل المراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن سنة 2016م.

الإجمالي	الصيدالة		الفنيون		الإداريون		هيئة التمريض		الأطباء		القوى العاملة المركز الصحي الأساسي
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
75	-	6	-	9	4	32	14	1	4	5	مركز رأس سلامة
87	2	8	4	9	3	36	10	2	9	4	مركز أزدو الجنوبية
52	1	6	-	6	-	21	7	3	4	4	مركز انس بن مالك
70	1	8	7	8	-	35	7	2	-	2	مركز القزاحية
70	2	4	2	5	-	33	13	2	3	6	مركز طبطبت
149	3	12	10	15	2	49	15	10	17	16	مركز القصبية
62	2	4	-	3	2	36	4	-	4	7	مركز سيدي عبد النور
104	2	6	4	6	8	44	12	5	10	7	مركز الغويلات
106	2	7	1	8	4	52	11	3	-	18	مركز سوق الثلاثاء
85	5	4	3	11	2	27	10	1	15	7	مركز المنطرحة
103	3	10	-	9	11	37	11	4	11	7	مركز حي المعلمين
83	2	9	6	4	6	32	12	3	6	3	مركز المالحه
47	2	4	-	5	1	25	4	1	-	5	مركز القاعة
47	1	4	-	4	-	15	7	2	7	7	مركز ثار الشهداء
1140	28	92	37	102	43	474	137	39	90	98	الإجمالي

المصدر: الباحث بتصرف: اعتماداً على سجلات المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن، بيانات (غير منشورة) سنة (2016م).

يلاحظ من خلال الجدول (4.4) أن المركز الصحي الأساسي القصبية قد أحتل المرتبة

الأولى في عدد الكادر الوظيفي، حيث بلغ 149 موظفاً وموظفة وعلى رأسهم الأطباء والذين بلغ

عدددهم 33 طبيبياً منهم 16 ذكور و 17 إناث وعدد الممرضين 10 وعدد الممرضات 15، وبلغ عدد الإداريين 51 إدارياً منهم 49 ذكور و 2 إناث، وعدد الفنيين 15 ذكور و 10 إناث، إضافة إلى الصيادلة والذي بلغ عددهم 12 من الذكور و 3 من الإناث .

وأخذ المركز الصحي الأساسي سوق في الثلاثاء المرتبة الثانية، حيث بلغ إجمالي الكادر الوظيفي 106 منهم 18 طبيبياً من الذكور ولا يوجد به إناث، وعدد الممرضين 3 من الذكور و 11 من الإناث. وأما عن عدد الإداريين فقد بلغ عددهم 52 من الذكور و 4 من الإناث، إضافة إلى 8 ذكور وأنثى واحدة من الفنيين، وعدد الصيادلة 7 ذكور و 2 من الإناث.

وأما المرتبة الثالثة فهي لصالح المركز الأساسي الغويلات حيث وصل إجمالي الكادر الوظيفي إلى حوالي 104 موظفاً وموظفة، فالأطباء الذكور بلغ عددهم 7 أطباء. أما الإناث فقد بلغ عددهن 10 طبيبات، وعدد الممرضين الذكور 5 ممرضين، والإناث 12 ممرضة، وعدد الفنيين 6 ذكور و 4 إناث. أما عدد الإداريين فقد بلغ 44 من الذكور و 8 من الإناث، علاوة على ذلك عدد الصيادلة 6 ذكور و 2 من الإناث .

أما بالنسبة للمركز الصحي الأساسي حي المعلمين فقد أحتل المرتبة الرابعة، حيث بلغ الإجمالي العام للكادر الوظيفي حوالي 103 موظفاً وموظفة، فقد بلغ عدد الأطباء الذكور 7، وأما الإناث 11 طبيبة و 4 ممرضين و 11 ممرضة، وكذلك 37 إدارياً، و 11 إدارية، وعدد الفنيين 9 من الذكور فقط، و 10 صيادلة ذكور، و 3 إناث .

يعتبر المركز الصحي الأساسي ازدوا الجنوبية المرتبة الخامسة، حيث بلغ عدد الكادر الوظيفي به حوالي 87 موظفاً وموظفة، منهم 4 أطباء، و 9 طبيبات، و 2 ممرضين، و 10

ممرضات، و36 أدارياً من الذكور، و3 إناث، بالإضافة لعدد الفنيين الذي بلغ 9 ذكور، و4 إناث، و8 صيادلة ذكور و2 صيادلة إناث .

أما عن المرتبة السادسة فقد أحتلها المركز الصحي الأساسي المنطرحه، حيث بلغ عدد الكادر الوظيفي حوالي 85 موظفاً وموظفة، منهم 7 ذكور و15 من الإناث من الأطباء. وأما الممرضون فقد بلغ عددهم 1 من الذكور و10 إناث، والإداريون 27 من الذكور و2 من الإناث، والفنيون 11 من الذكور و3 إناث، والصيادلة 4 من الذكور و5 من الإناث .

واحتل المرتبة السابعة المركز الصحي الأساسي المألحة، حيث بلغ إجمالي الكادر الوظيفي حوالي 83 موظفاً وموظفة، موزعة على الأطباء وعددهم 3 ذكور و6 من الإناث، والممرضون 3 من الذكور و12 من الإناث، والإداريون 32 من الذكور و6 من الإناث، وعدد الفنيين 4 من الذكور و6 من الإناث، و9 صيادلة من الذكور و2 من الإناث .

وقد احتل المركز الصحي الأساسي رأس سلامة المرتبة الثامنة، وبلغ عدد الكادر الوظيفي 75 موظفاً وموظفة، منهم 5 من الذكور و4 من الإناث بالنسبة للأطباء، وأما عن الممرضين فهم 1 من الذكور و14 من الإناث، والإداريون 32 من الذكور و4 من الإناث، و9 فقط من الفنيين الذكور، وأيضاً 6 صيادلة وهم من الذكور .

وأما المركزان الصحيان الأساسان القزاحية وطببت فقد احتلا المرتبة التاسعة، وقد بلغ إجمالي الكادر الوظيفي بها حوالي 70 موظفاً وموظفة ، منهم 2 أطباء ذكور فقط، و2 ممرضين و7 ممرضات، و35 أدارياً من الذكور فقط، و8 فنيين ذكور، و7 إناث، و8 صيادلة ذكور، وانثى واحدة . هذا بالنسبة للمركز الصحي القزاحية، أما عن المركز الصحي طببت فقد بلغ عدد

الأطباء 6 أطباء و 3 طبيبات، و 2 ممرضين و 13 ممرضة، و 33 إدارياً فقط من الذكور، و 5 فنيين ذكور، و 2 من الإناث، و 4 صيادلة من الذكور و 2 من الإناث .

وأخذ المركز الصحي سيدي عبد النور المرتبة العاشرة، حيث بلغ عدد الكادر الوظيفي حوالي 62 موظفا وموظفة، منهم 7 أطباء و 4 طبيبات و 4 ممرضات فقط، والإداريون 36 إداري من الذكور و 2 من الإناث، والفنيون 3 ذكور فقط، والصيادلة 4 من الذكور و 2 من الإناث.

احتل المركز الصحي الأساسي أنس بن مالك المرتبة الحادية عشر، حيث بلغ إجمالي الكادر الوظيفي 52 موظف وموظفه، منهم 4 أطباء و 4 طبيبات، و 3 ممرضين و 7 ممرضات، و 21 إدارياً فقط من الذكور، و 6 فنيين من الذكور أيضاً، وأما الصيادلة فهم 6 من الذكور وأنثى واحدة .

أما المرتبة الثانية عشر فقد أحتلها كل من المركز الصحي الأساسي القاعدة والمركز الصحي الأساسي ثار الشهداء، حيث بلغ إجمالي الكادر الوظيفي 47 موظف وموظفة ، وهم 5 أطباء ذكور فقط، وممرض واحد و 4 ممرضات، و 25 إدارياً وإدارية واحدة فقط و 5 فنيين من الذكور فقط، و 4 صيادلة ذكور و 2 من الإناث بمركز القاعدة. أما المركز الصحي ثار الشهداء فيحتوي على 7 أطباء و 7 طبيبات، و 2 ممرضين و 7 ممرضات، و 15 إداري من الذكور فقط، و 4 فنيين من الذكور أيضاً، وأما الصيادلة فهم 4 من الذكور وأنثى واحدة . أما عن الإجمالي العام لكل وظيفة على حده، فقد بلغ عدد الأطباء حوالي 98 طبيباً و 90 طبيبة، وعدد الممرضين 39 وعدد الممرضات 137 ممرضة، والإداريون الذكور 474 وهم أكثر عدداً من باقي الموظفين ، إضافة إلى عدد الإناث والذي يقدر بحوالي 43 إدارية، وبلغ عدد الفنيين 102 من الذكور و 37 من الإناث، ولا ننسى عدد الصيادلة الذي بلغ 92 من الذكور و 28 من الإناث.

المرضى المترددون على المراكز الصحية الأساسية :

بعد استعراض القوى العاملة داخل هذه المراكز والمتمثلة في الأطباء والأطقم المساعدة

والإداريين والفنيين والصيادلة، يبين الباحث حجم المرضى المترددين على هذه المراكز خلال سنة

2016 م كما هي موضحة بالجدول (5.4) .

جدول(5.4) التوزيع العددي والنوعي للمرضى المترددين على المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن

حسب المعدل الشهري لسنة 2016 م .

النسبة	المجموع	المرضى المترددين حسب النوع		البيان اسم المركز
		إناث	ذكور	
%11.5	2500	1300	1200	مركز رأس سلامة
%9.5	2050	1200	850	مركز أزدو الجنوبية
%4.2	905	455	450	مركز انس بن مالك
%3.6	870	430	350	مركز القزاحية
%5	1087	527	560	مركز طبطبت
%14.2	3090	1600	1490	مركز القصبية
%7.5	1620	720	900	مركز سيدي عبد النور
%6.9	1500	900	600	مركز الغويلات
%8.1	1750	900	850	مركز سوق الثلاثاء
%2.8	600	270	330	مركز المنطرحة
%11.3	2450	1300	1150	مركز حي المعلمين
%3.7	800	440	360	مركز المالحه
%5.3	1160	620	540	مركز القاعة
%6.4	1400	800	600	مركز ثار الشهداء
%100	21692	11462	10230	الإجمالي
	%100	%52.8	%47.2	النسبة %

المصدر: من واقع سجلات المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن سنة 2016م بيانات غير منشورة .

من خلال هذا الجدول (5.4) يلاحظ أن هناك تباين في الكم والنوع لدى المترددين على

المراكز الصحية الأساسية، حيث بلغ الإجمالي العام لعدد المترددين 21692 متردد، موزعة على

كل المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة، حيث احتل مركز القصبه المرتبة الأولى في نسبة المترددين على المراكز الصحية بنسبة 14.2% وذلك لتوفر الخدمات الأفضل عن باقي المراكز الأخرى، بالإضافة إلى أنه احتل المرتبة الأولى في عدد الكادر الوظيفي وخاصة الأطباء منهم، ويليه مركز رأس سلامة بنسبة 11.5% من إجمالي عدد المترددين على المراكز الصحية، ويأتي بعدها حي المعلمين بنسبة 11.3%، وكذلك مركز أزود الجنوبية بنسبة 9.5%، ومركز سوق الثلاثاء بنسبة 8.1%، ويليه مركز سيدي عبد النور بنسبة 7.5%، وبعدها مركز الغويلات بنسبة 6.9%، ومركز ثار الشهداء بسبة 6.4%. وأما عن مركز القاعة فقد بلغت نسبته 5.3% ومن ثم مركز طبطبت بنسبة 5%، و 4.2% النسبة المتحصل عليها مركز أنس بن مالك، ومركز المالحه بنسبة 3.7%، ومركز القزاحية بنسبة 3.6%. وأما المركز الذي احتل المرتبة الأخيرة فهو مركز المنطرحه ونسبته 2.8%، من إجمالي عدد المترددين على المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة، وذلك لعدم كفاءة الخدمات الصحية وقلة الأطباء المتخصصين به، حيث لا يتوفر فيه إلا قسم الأسنان وقسم تطعيم الأطفال .

أما عن الإجمالي العام للذكور المترددين على المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة فقد بلغت نسبتهم 47.2% والإناث حوالي 52.8% من إجمالي عدد المترددين، حيث لا تختلف هذه النسبة كثيراً عن النسبة المتحصل عليها من الدراسة الميدانية خلال تحليل بيانات استمارة الاستبيان والتي سجلت نسبة الذكور بها 45.3%، أما نسبة الإناث فبلغت حوالي 54.7% من جملة اختيار العينة .

مدى كفاءة الخدمات الصحية داخل المراكز الصحية الأساسية :

يتمثل مستوى نشاط وكفاءة الخدمات الصحية في العديد من الجوانب منها ما يخدمه المرفق الصحي من السكان والمساحة، حيث يعد موقع المركز الصحي وإمكانية الوصول إليه من أهم العوامل المؤثرة في نشاطه، فسكان المناطق القريبة من المراكز الصحية العلاجية هم أكثر السكان المترددين عليها مقارنة بسكان المناطق الأخرى، التي تفتقر إلى مثل هذه الخدمة⁽¹⁾.

كما أن مدى توفر الأجهزة والمعدات الحديثة وتوفر الكوادر الطبية وهيئة التمريض المؤهلة والمتخصصة في مختلف جوانب الرعاية الطبية له الأثر الواضح في رفع مستوى كفاءة هذه الخدمة، بالإضافة إلى نظام العلاج المتبع في المرافق الصحية له اثر على نشاط الخدمات الصحية ومستوى كفاءة الخدمة العلاجية داخل مرافقها⁽²⁾.

وقد أجريت الدراسة الميدانية للوصول إلى هدفين رئيسيين، أولهما إمكانية سهولة الوصول خلال الزمن المستغرق والوسيلة المستخدمة ومسافة رحلة العلاج، وتتأثر إمكانية الوصول بعدة عوامل أهمها الوسيلة المستخدمة للوصول إلى المراكز الصحية، ودرجة الازدحام، والظروف الجوية، وحالة الطرق والشوارع، كما تتأثر بعوامل تعود للمريض نفسه، مثل الدخل والعمر، والحالة الاجتماعية ومدى توفر المواصلات وغيرها، والثاني فهو حجم المترددين على هذه الخدمة العلاجية داخل هذه المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة، وسوف نحاول في هذا الجانب قياس مستوى نشاط وكفاءة الخدمة الصحية في هذه المراكز الأساسية على ضوء البيانات المتاحة، وذلك خلال المؤشرات التالية :

(1) علي محمد التير ، التعليم والصحة في منطقة زليتن دراسة في جغرافية الخدمات ، مرجع سابق ص 296
(2) فتحي عبد الحميد بلال ، مستشفيات القاهرة دراسة في جغرافية الخدمات ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ، مصر ، 1989م ، ص 254

1- معدل ما يخدمه المركز الصحي من السكان :

اهتمت الدولة الليبية بتوفير كافة مستويات الخدمات الصحية للسكان في مختلف أرجاء البلاد، بحيث تكون هذه الخدمات في متناول جميع أفراد المجتمع بمختلف مستوياتهم الاقتصادية، وذلك لرفع المستوى الصحي على صعيد الفرد والأسرة والقضاء على العديد من الأمراض المتوطنة نتيجة تدني المستوى المعيشي وغياب الوعي الصحي خلال فترات سابقة، وذلك انطلاقاً من مبدأ الصحة البدنية والنفسية للإنسان هي الهدف الأول لكافة مجهودات التنمية الاجتماعية والاقتصادية وخططها⁽¹⁾، ومن خلال بيانات الجدول (6.4) الذي يوضح معدل ما يخدمه المركز الصحي الأساسي من السكان على مستوى محلات منطقة زليتن، يلاحظ أن عدد المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن 14 مركزاً موزعة على 20 محلة منهن 8 محلات ليس بها مراكز صحية أساسية، وهناك محلتان اثنتان بهما مركزين صحيين لكل منهما، وهما محلة ماجر، ومحلة أزود الشمالية، حيث تبين معدلها 8,323 نسمة / مركز أي كل مركز يقوم بخدمة 8,323 نسمة من سكان محلة ماجر، و6,096 نسمة / مركز، من سكان محلة أزود الشمالية. أما باقي المحلات فهي ذات معدل واحد وهو مركز صحي أساسي مقابل عدد سكان المحلة بكل منهن، لوجود مركز صحي واحد فقط بكل محلة من هذه المحلات. وأما بالنسبة للمعدل العام لسكان منطقة زليتن والبالغ عددهم 194,842 نسمة خلال سنة 2006م مقابل عدد المراكز الصحية فهو 13,917 نسمة / مركز صحي أساسي، وهو معدل مرتفع مقارنة بمثيله على مستوى إقليم بنغازي، الذي لم يتجاوز 11,686 نسمة / مرفق صحي⁽²⁾، بينما يتماشى مع المعيار الذي وضعتة الدولة وهو ما بين (10,000 - 20,000) نسمة لكل مركز صحي

(1) عبد العزيز الغامدي، الجغرافية الصحية كنموذج للجغرافية التطبيقية، مرجع سابق، ص 19

(2) خالد محمد إدريس بن عمور، جغرافية الخدمات في إقليم بنغازي، مرجع سابق، ص 257

جدول (6.4) معدل ما يخدمه المركز الصحي الأساسي من السكان على مستوى محلات منطقة زيتين خلال سنة 2016م

نسمة / مركز	عدد المراكز الصحية الأساسية	عدد السكان	البيان اسم المحلة
/	/	9413	الشيخ
/	/	4927	أبو رقية
/	/	6091	أبو جريدة
10822	1	10822	الظهيرة
7971	1	7971	البازة
8602	1	8602	أزدو الجنوبية
9399	1	9399	المنطرحة
5755	/	5755	مغرغرين
/	/	8305	كادوش
6096	2	12192	أزدو الشمالية
19574	1	10574	القصبية
4889	1	4889	القزاحية
14064	1	14064	السبعة
9334	1	9334	الغويلات
11818	1	11818	القاعة
/		7437	الجهاد
15045	1	15045	الداقنية
/	/	13110	كعام
/	/	8448	إدواو
8323	2	16646	ماجر
13917	14	194,842	الإجمالي

المصدر: الباحث بتصرف اعتمادا على الدراسة الميدانية لسنة 2016م

2- معدل ما يخدمه المركز الصحي الأساسي من المساحة :

يوضح هذا المعدل العلاقة بين توزيع المرافق الصحية والمساحة المأهولة بالسكان على

مستوى الفروع الإدارية بمنطقة الدراسة، حيث اهتمت الجغرافيا ضمن مجالاتها التطبيقية الحديثة

بدراسة تحليل مواقع الخدمات الصحية ومناطق الوفرة والعجز وعلاقتها بالسكان، وذلك في ضوء

نظرية المكان المركزي وما يرتبط بها من محاولة تقليل مسافة وزمن وتكاليف الرحلة إلى العلاج وقد قام العديد من الجغرافيين بالكثير من الدراسات في هذا المجال كما ورد عن السبعاعي منهم جودلند (Godland) ومالفيهيل (Mulvihil) وبنيت (Bennett) وموهان (Mohan) وشانون (Shannon) وديفر (Dever)⁽¹⁾. ولا شك أن اتساع ما يخدمه المركز الصحي من المساحة له أثره السلبي على سهولة وصول وحصول السكان على الخدمات الصحية ، ومن ثم فهو مؤشر واضح على مدى ارتفاع أو تدني مستوى كفاءة هذه الخدمة في المنطقة، ومن خلال الجدول (7.4) والذي يوضح معدل ما يخدمه المركز الصحي من المساحة عل مستوى محلات منطقة زليتن نجد التالي :

(1) محمد نور الدين السبعاعي ، المشكلات الصحية لسكان محافظة المنيا ، دراسة في الجغرافية الطبية ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، قسم الجغرافية ، كلية الآداب ، جامعة المنيا ، 1993م ص 2

جدول (7.4) معدل ما يخدمه المركز الصحي الأساسي من المساحة على مستوى
محلات منطقة زليتن لسنة 2016م

اسم المركز البيان	المساحة بالهكتار	المراكز الصحية الأساسية	هكتار / مركز
الشيخ	200	/	/
أبو رقية	247	/	/
أبو جريدة	445	/	/
الظهيرة	480	1	480
البازة	544	1	544
أزدو الجنوبية	593	1	593
المنطحة	692	1	692
مغرغرين	988	/	/
كادوش	1235	/	/
أزدو الشمالية	1285	2	642.5
القصبه	1285	1	1285
القزاحية	1482	1	1482
السبعة	2297	1	2297
الغويلات	2495	1	2495
القاعة	7189	1	7189
الجهاد	10814	/	/
الداقنية	14375	1	14375
كعام	15388	/	/
إدواو	34889	/	/
ماجر	150077	2	75038.5
الإجمالي	247000	14	17642.9

إن إجمالي مساحة منطقة زليتن حوالي 247,000 هكتار، مقسمة إلى 14 مركزا صحيا أساسيا، وبالتالي فإن معدل ما يخدمه المركز الصحي من المساحة يصل إلى حوالي 176,421 هكتار / المركز الصحي ، وهو ما يعادل 17.6 كلم²، من مساحة المنطقة ، أي أن هذا المعدل مرتفع لما تفترضه المعدلات التخطيطية لنصف قطر خدمة المؤسسات الصحية، وعلى

سبيل المثال يقل هذا المعدل عن مثيلة في إقليم بنغازي والذي وصل إلى 28.9 كلم² / مرفق صحي خلال 2006م⁽¹⁾.

ويعود هذا الارتفاع إلى وجود مساحات شاسعة من ارض المنطقة غير مأهولة بالسكان، أو ذات كثافة سكانية منخفضة، ويظهر ذلك بوضوح في محلي ماجر، وإداوا، واللتنان يمثلان نسبة حوالي 75% أي ثلاثة أرباع مساحة المنطقة، وهو ما انعكس بدوره على ارتفاع المتوسط العام لهذا المعدل على مستوى منطقة زليتن .

أما على صعيد التباين المكاني لهذا المعدل على مستوى المحلات، فنجد أن بعض المحلات ليس بها مركز صحي، في حين أن بعض المحلات بها مركزين صحيين، وهما محلي أزدو الشمالية والذي بلغ معدلها 642.5 هكتار/ مركز صحي، وماجر الذي بلغ معدلها 570,385 هكتار/مركز صحي فقط . أما باقي المحلات كل مركز بها يحتل مساحة المحلة نفسها، وعلى ضوء ما تقدم فإن مستوى كفاءة خدمة المراكز الصحية في منطقة زليتن منخفض جدا وبشكل واضح في كل محلات منطقة الدراسة، وذلك وفقا لما يخدمه المركز الصحي الواحد من السكان والمساحة .

(1) خالد محمد إدريس بن عمور ، مصدر سابق ،ص357

3- معدل ما يخدمه الطبيب من السكان داخل المراكز الصحية الأساسية :

يمثل هذا المعدل عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان حيث بلغ هذا المعدل (12.5) طبيباً لكل (10,000) مواطن، أي ما يعادل طبيب لكل (800) مواطن⁽¹⁾، وهذا على حسب المعيار الذي وضعتة الدولة عام 2004م ، حيث يعكس عدد الأطباء وتوزيعهم داخل المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة مستوى كفاءة الخدمة الصحية ومدى كفايتها للسكان، وقد عانت منطقة زليتن خلال السنوات السابقة من النقص الواضح في الكادر الوظيفي المحلي في معظم التخصصات نتيجة لقلّة عدد الأطباء من أبناء المنطقة، وكانت الجهات الإدارية المسؤولة عن هذا القطاع الهام تعالج هذه المشكلة بإبرام عقود عمل مع أطباء مؤهلين في التخصصات الطبية المختلفة من خارج البلاد، من جمهورية مصر العربية، ومن دول أوروبية مثل بولندا، وأوكرانيا، وغيرها لسد النقص داخل مؤسساتها الصحية، إلا أن هذا الوضع قد تغير في الآونة الأخيرة حيث ارتفع عدد الكادر الطبي المحلي من أبناء المنطقة في معظم التخصصات، وأصبحت العديد من المؤسسات الصحية في المنطقة تعتمد على هذا الكادر المحلي، وذلك بفضل توسع البلاد في مجال البعثات الدراسية للخارج وانتشار كليات الطب البشري في العديد من المدن الرئيسية في البلاد، وبدأت تظهر بشكل واضح مشاركة المرأة في هذا المجال داخل المنطقة، وخاصة بعد أن تأسست كلية الطب البشري في مدينة الخمس المجاورة لمنطقة زليتن، فضلاً عن افتتاح كلية طب وجراحة الأسنان داخل المنطقة .

أظهرت بيانات الدراسة الميدانية أن عدد الأطباء في مختلف التخصصات الطبية داخل المراكز قد بلغ 188 طبيباً وطبيبة خلال سنة 2016م، وعلى هذا الأساس فإن معدل ما يخدمه الطبيب الواحد من السكان يصل إلى 1036 نسمة/ طبيب، وهذا المعدل مرتفع مقارنة بالمعدل

(1) اللجنة الشعبية العامة للصحة ، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة ، 2004م ، ص36

الوطني العام الذي بلغ 800 نسمة/طبيب، بالنسبة لتعداد السكان 2006م والبالغ 194,842 نسمة، ومرتفع جدا بمقارنته بالمعدل الذي سجل في إقليم بنغازي وهو 386 نسمة/طبيب⁽¹⁾. ويعود سبب ارتفاع معدل ما يخدمه الطبيب من السكان في منطقة زليتن إلى صغر حجم المراكز الصحية، واحتوائها على أقسام طبية محددة، إضافة إلى أن معظم الأطباء ذوي العيادات الخاصة، أو العاملين داخل المصحات الطبية هم أنفسهم العاملون في هذه المراكز خلال الفترة الصباحية،

والجدير بالإشارة في هذا الجانب أن رفع مستوى كفاءة الخدمة الصحية في المنطقة وفق هذا المؤشر لا يتوقف على توفير الكادر الطبي كما ونوعا فحسب، بل يتطلب كذلك توفير المناخ العلمي لهؤلاء الأطباء، بحيث تتاح لهم فرص المشاركة في المؤتمرات والندوات العلمية، والاطلاع على الإصدارات العلمية في تخصصاتهم المختلفة، وكذلك تزويدهم بالأجهزة الطبية الحديثة في جميع مجالات التشخيص والعلاج .

4- معدل ما يخدمه الممرض من السكان داخل المراكز الصحية الأساسية :

يمثل هذا المعدل عدد السكان لكل ممرض، ولهذا المعدل أهمية في تقييم عناصر الخدمات التمريضية وتخطيطها، حيث بلغ ممرضاً لكل (208) مواطناً⁽²⁾ حسب معدل الدولة لسنة 2004م ، وقد وصل معدل الممرضين داخل المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن حوالي 1107 نسمة / ممرض، وهو معدل مرتفع جدا مقارنة بالمعدل الليبي لعدد السكان حسب تعداد 2006م والبالغ عددهم (194,842) نسمة.

(1) خالد محمد إدريس بن عمور ، مصدر سابق ،ص 251

(2) التقرير الإحصائي لقطاع الصحة ،مرجع سابق ، 2004م ،ص 36

5- معدل ما يخدمه الفنيين داخل المراكز الصحية الأساسية :

يصل هذا المعدل في ليبيا إلى فني صحي واحد لكل (10,000) نسمة⁽¹⁾ وفي منطقة زليتن وصل عدد الفنيين بالمراكز الصحية الأساسية إلى حوالي 139 فنيا في الأشعة والتحليل الطبية وغيرها، حيث سجل معدل الفنيين بالنسبة لسكان المنطقة حوالي 1402 مواطناً / فني، وهذا يتماشى مع سكان منطقة زليتن بحسب المعيار الليبي .

تقدير الاحتياجات الحالية والمستقبلية من الخدمات داخل المراكز الصحية الأساسية: أولاً : التقديرات الحالية :

في هذا الجزء من الدراسة نحاول التعرف على احتياجات منطقة زليتن من المراكز الصحية، ومن الأطباء، والممرضين، حيث تضم منطقة زليتن 14 مركزاً صحياً، وبحسب تعداد 2006م بلغ عدد السكان 194,842 نسمة، وحددت احتياجات المنطقة من المراكز الصحية وذلك بقسمة السكان على (15,000) وهو عدد السكان الذين يحتاجون إلى المراكز الصحية الأساسية وقد تبين أن المنطقة تحتاج إلى 13 مركزاً صحياً أساسياً .

أما عن حاجة المنطقة من الأطباء لهذه المراكز وعلى ضوء المعيار الليبي الذي وضعته الدولة سنة 2004م هو طبيب لكل (800) نسمة من السكان، فإن المنطقة تحتاج إلى 243^(*) طبيباً في جميع التخصصات خلال عام 2006م. أما بخصوص هيئة التمريض فالمعيار الليبي يفرض وجود ممرض لكل (208) نسمة، وبذلك تحتاج منطقة زليتن 936^(**) ممرض على مستوى هذه المراكز الصحية خلال 2006م .

(1) نفس المصدر

عدد سكان المنطقة لسنة 2006

(*) تم الحصول عليه باستخدام المعادلة الآتية :
المعيار الذي وضعته الدولة للأطباء

عدد سكان المنطقة لسنة 2006

(**) تم الحصول عليه باستخدام المعادلة الآتية:
المعيار الذي وضعته الدولة للممرض

ثانياً : التقديرات المستقبلية :

يعد تقدير عدد السكان لسنوات مستقبلية نتاجاً هاماً للدراسة الديموغرافية لأية منطقة، بل هو هدفها الرئيسي والتمتم لها في الواقع، وترجع التقديرات السكانية لدورها المحوري في عملية التخطيط الاقتصادي والاجتماعي، فعن طريقها يمكن تحديد حجم السكان المستقبلي، وخصائص السكان الرئيسة، والتعرف على احتياجات السكان الأساسية⁽¹⁾.

وإذا ما أردنا التعرف على التقديرات العددية المستقبلية لسكان منطقة زليتن، يجب علينا معرفة حجم السكان في السنة المراد تحديد الاحتياجات فيها، وعلى هذا الأساس تم حساب عدد السكان لسنة 2030م بالمعادلة الآتية :

حيث إن :

$$\begin{aligned} & \text{عدد سكان سنة 2006} - \text{عدد سكان سنة 1995} \\ & \text{الزيادة السنوية} = \frac{\text{فرق السنوات}}{\text{عدد السكان لسنة 2006} - \text{عدد السكان لسنة 1995}} \\ & \text{الزيادة السنوية} = \frac{137,047 - 194,842}{24} = 5254 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{عدد السكان لسنة (2030)} &= \text{عدد السكان في التعداد الأخير} + \text{الزيادة السنوية} \times \text{فرق السنوات} \\ &= \text{عدد السكان لسنة 2006} + \text{الزيادة السنوية} \times (2030 - 2006) \\ &= 24 \times 5254 + 194842 \\ &= 126096 + 194842 \\ &= 320,938 \text{ نسمة .} \end{aligned}$$

تم حساب عدد السكان في منطقة زليتن لسنة (2030م) حيث بلغ حوالي (320,938)

نسمة، ولمعرفة ما تحتاجه المنطقة من المراكز الصحية الأساسية ، والكوادر الطبية فقد قسم عدد

(1) فتحي محمد أبو عيانة ، مدينة الإسكندرية دراسة ديموغرافية منهجية ، مؤسسة الثقافة الجامعية ، الإسكندرية ، 1980م، ص623

السكان على (10,000) وقد تبين أن المنطقة تحتاج إلى (401) طبيباً، و(1542) ممرضاً، وأما بالنسبة للمراكز الصحية الأساسية فتحتاج إلى (21)^(*) مركزاً صحياً .

الخلاصة :

من ذلك نجد أن هناك تباين في المراكز الصحية بمنطقة زليتن الذي يتطلب إضافة المزيد من المراكز الصحية الأساسية في المنطقة، ومراعاة الموقع المناسب عند إضافة هذه المراكز الصحية ، بحيث يتحقق من خلال ذلك العدالة في توزيع هذه المراكز على المساحة المعمورة بالسكان من ارض المنطقة، مما يكفل سهولة الوصول والحصول على هذه الخدمات لجميع السكان في مختلف أنحاء المنطقة، وكذلك العدالة في التوزيع للخدمات الصحية الأخرى بجميع مستوياتها سواء العامة أو الخاصة لرفع مستوى كفاءة الخدمات الصحية بالمنطقة . ونستنتج من دراسة كفاءة الخدمات الصحية داخل المراكز الصحية الأساسية حسب المعايير الوطنية المعتمدة لقياس كفاءة تذبذب مؤشرات الدراسة أن هناك نقصاً في عدد الأطباء والممرضين، والمعدات الطبية، بما لا يتماشى مع عدد سكان منطقة زليتن . وبالتالي فإن منطقة زليتن تحتاج إلى زيادة عدد الأطباء في التخصصات المختلفة لرفع مستوى كفاءة الخدمات الصحية وفق هذا المؤشر، الأمر الذي يتطلب زيادة في عدد المؤسسات الصحية العلاجية بشكل عام والإيوائية على وجه الخصوص، والتعاقد مع الكوادر الطبية المؤهلة في المجالات المختلفة للعمل في هذه المراكز الصحية، ويتحقق ذلك بالإسراع في تنفيذ إنشاء مراكز صحية جديدة بحيث تتوافق مع عدد سكان المنطقة .

عدد سكان المحتمل لسنة 2030

(*) تم الحصول عليه باستخدام المعادلة الآتية :
المعيار الذي وضعته الدولة لما يخدمه المركز الصحي من السكان

علما بان المعيار هو (10,000 _ 20,000) واختار الباحث 15,000 باعتباره المتوسط الحسابي

الفصل الخامس

تحليل بيانات الدراسة الميدانية

أولاً : خصائص أفراد العينة

ثانياً: العوامل المؤثرة في التردد على المراكز الصحية الأساسية والانتفاع بخدماتها

أولا خصائص أفراد العينة :

تعني تقسيم مجتمع الدراسة إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية مثل الفئات العمرية، وتقسيمه حسب النوع، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وحسب فئات الدخل الشهري، ونوع المرض، وغيرها، مما يعطي صورة عامة عن هذا المجتمع تفيد الباحث في دراسته وهي كالتالي:-

1 - توزيع أفراد العينة حسب المركز الصحي :

لقد تم اختيار عينة بلغ حجمها (300) مفردة، موزعة على (14) مركزا صحيا أساسيا، كما هو موضح بالجدول (1.5) حيث كانت أكبر نسبة من أفراد العينة أخذت من المركز الصحي سيدي عبد النور وبلغت (11.7%)، من جملة أفراد العينة، ويليه مركزي القزاحية وسوق الثلاثاء بنسبة (9.3%) لكل منهما، بعد ذلك مركز حي المعلمين بنسبة (9%)، ومن ثم مركز طبطبت ونسبته (8.7%)، ويأتي بعدها مركز القصبه بنسبة (8.3%). أما عن مركزي الغويلات وثار الشهداء فقد سجلتا نفس النسبة إذ بلغت (7.7%) لكل منهما، وكذلك نسبة مركز رأس سلامة والتي بلغت (6.3%)، ويليه مركز القاعة بنسبة (6%)، ثم بعد ذلك مركز المنطرحه بنسبة (4.7%)، ومنه إلى مركزي ازدو الجنوبية والمالحة حيث سجلتا نسبة (4.3%) لكل منهما، وأخيرا مركز انس بن مالك بنسبة (2.7%)، من جملة أفراد العينة، وهذا التباين في حجم العينة بين المراكز الصحية الأساسية يرجع إلى عدد السكان الذي يخدمه كل مركز صحي. أنظر الجدول 1.1 ص 9

جدول (1.5) توزيع العينة حسب المركز الصحي الأساسي

النسبة	التكرار	المركز الصحي الأساسي
%6.3	19	رأس سلامة
%4.3	13	ازدو الجنوبية
%2.7	8	أنس بن مالك
%9.3	28	القزاحية
%8.7	26	طبطبت
%8.3	25	القصبة
%11.3	34	سيدي عبد النور
%8	24	الغويلات
%9.3	28	سوق الثلاثاء
%4.7	14	المنطرحة
%9.0	27	حي المعلمين
%4.3	13	المالحة
%6.0	18	القاعة
%7.7	23	ثأر الشهداء
%100.0	300	المجموع

المصدر:- بيانات الجدول 1.1 ص 9.

2- توزيع أفراد العينة حسب العمر :-

يوضح الجدول (2.5) أن نسبة النشيطين اقتصاديا والذين أعمارهم بين (15 - 46) تمثل

أكبر نسبة من أفراد العينة، حيث بلغت نسبتهم (77%)، بينما نسبة المُعالين من كبار السن (من

65 فأكثر) فقد سجلت (9.6%). أما عن المُعالين من صغار السن في كل من الفئتين (أقل من 6

سنوات) وما بين (6 - 14) فقد سجلتا نفس النسبة إذ بلغت (6.7%) من جملة أفراد العينة .

جدول (2.5) توزيع أفراد العينة حسب العمر

النسبة	التكرار	العمر
%6.7	20	اقل من 6 سنوات
%6.7	20	من 6 إلى اقل من 15 سنة
%69	207	من 15 سنة إلى أقل من 45 سنة
% 8	24	من 45 سنة إلى أقل من 65 سنة
%9.6	29	من 65 سنة فأكثر
%100	300	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

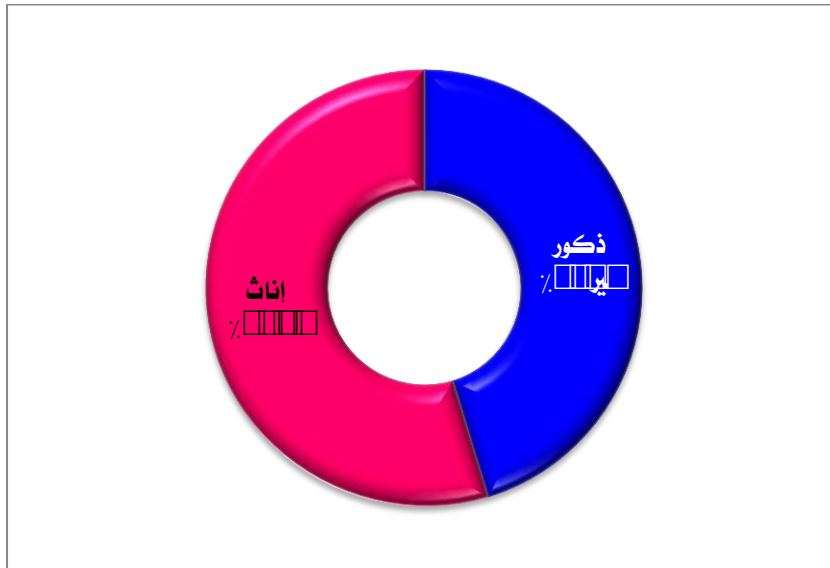
3- توزيع أفراد العينة حسب النوع :

يتضح من خلال الشكل (1.5) أن نسبة الإناث أعلى من الذكور، حيث بلغت نسبة الإناث

(54.7%) من إجمالي أفراد العينة، في الوقت الذي بلغت فيه نسبة الذكور حوالي (45.3%) وهذا

يشير إلى أن الإناث أكثر تردداً من الذكور على المراكز الصحية الأساسية .

شكل (1.5) توزيع أفراد العينة حسب العمر

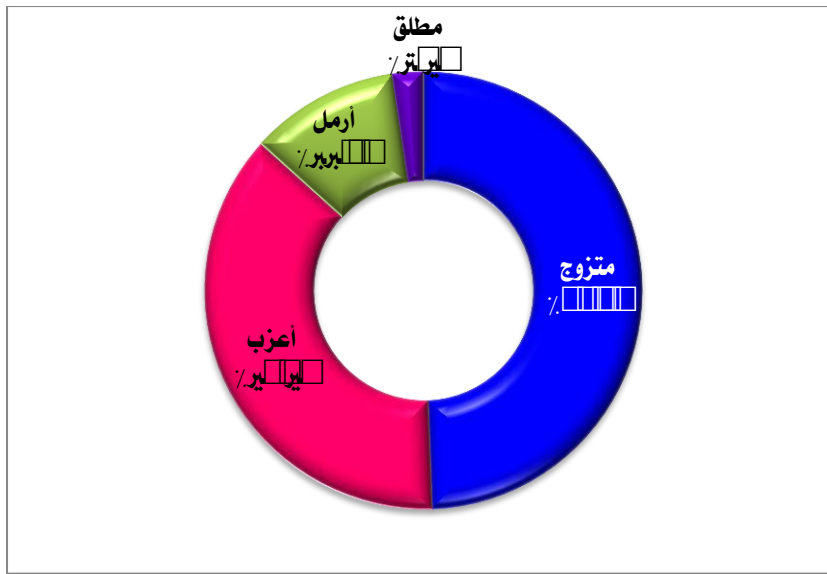


المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

4- توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية :

من خلال الشكل (2.5) يتضح أن أكبر نسبة من أفراد العينة هم المتزوجون، حيث بلغت نسبتهم (49.4%) من إجمالي أفراد العينة، ومن ثم تأتي فئة العزاب بنسبة (37.3%) وكذلك فئة الأرمال فقد بلغت نسبتهم (11%)، وأما عن فئة المطلقين فنسبتهم قليلة جدا إذ بلغت (2.3%) من إجمال أفراد العينة .

شكل (2.5) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

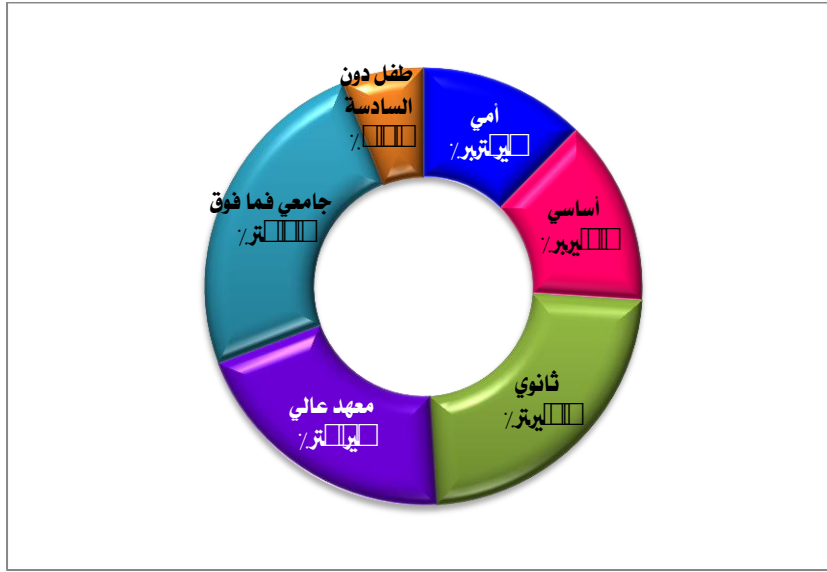


المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

5- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي :

بالنظر للشكل (3.5) نجد أن (24.7%) من نسبة أفراد العينة هم من ذوي المستوى الجامعي وما فوق، يليهم ذوي الشهادة الثانوية بنسبة (23%)، ومن ثم فئة المعاهد العليا بنسبة (20.3%)، وكذلك بلغت نسبة ذوي التعليم الأساسي (13.7%)، في حين بلغت نسبة الأميين (12.3%). وأما الأطفال دون السادسة فقد بلغت نسبتهم (6%) من جملة أفراد العينة وهي أقل نسبة سجلت في منطقة الدراسة .

شكل (3.5) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

6- توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة:-

من الجدول (3.5) يتضح أن أعلى نسبة لعدد أفراد الأسرة هي المتوسطة ما بين (5 - 8) أفراد حيث بلغت (35.2%)، من جملة أفراد العينة، ويليهم الأسر الكبيرة (< 8) أفراد، حيث بلغت نسبتهم (34.4%)، وأخيراً الأسر الصغيرة (1 - 4) أفراد والتي بلغت نسبتها (30.4%) من جملة أفراد العينة .

جدول (3.5) توزيع أفراد العينة حسب عدد أفراد الأسرة

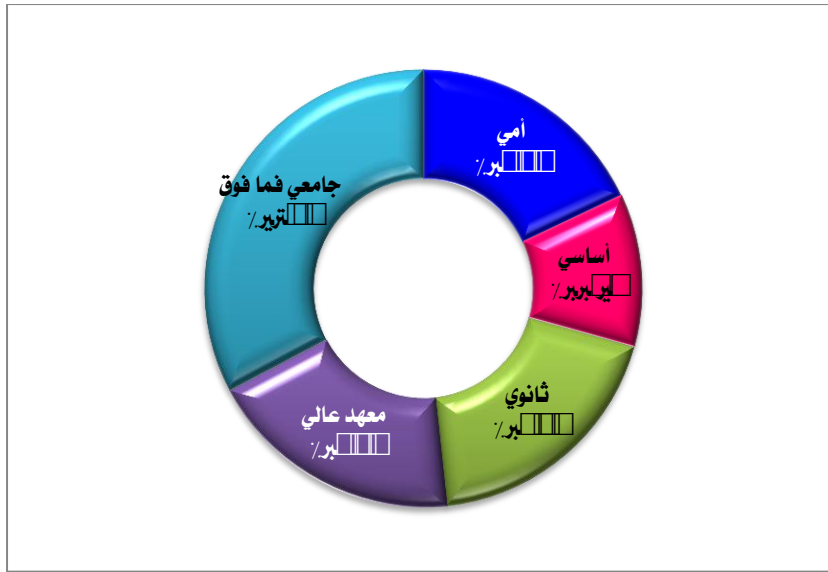
النسبة	التكرار	حجم الأسرة
30.4%	78	أسرة صغيرة من 1 - 4
35.2%	90	أسرة متوسطة من 5 - 8
34.4%	88	8 فأكثر
100.0%	256	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

7- توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة :

نلاحظ من الشكل (4.5) أن أعلى نسبة سجلت لأرباب الأسر من الجامعيين فما فوق بنسبة (32.7%) يليهم الحاصلون على الشهادة الثانوية وكذلك المعاهد العليا بنسبة (19%) لكل منهما، أما أرباب الأسر من الأميين فقد بلغت نسبتهم (18%)، وأخيراً أرباب الأسر ذوي التعليم الأساسي والذين بلغت نسبتهم (11.3%) من جملة أفراد العينة .

شكل (4.5) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي لرب الأسرة



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

8- توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري :-

يلاحظ من الجدول (4.5) أن هناك تماثل بين نسبة ذوي الدخل الصغير ما بين (300 - 600) وذوي الدخل المتوسط ما بين (601 - 899) إذ بلغت نسبتهم (37.7%) لكل منهما . أما ذوي الدخل المرتفع (900 فأكثر) فقد بلغت نسبتهم حوالي (24.6%) من جملة أفراد العينة.

جدول (4.5) توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري

النسبة	التكرار	الدخل
%37.7	113	دخل منخفض 300 - 600
%37.7	113	دخل متوسط 601 - 899.
%24.6	74	دخل مرتفع 900 فأكثر
%100.0	300	المجموع

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

9- توزيع أفراد العينة حسب سبب قدومهم للمركز الصحي الأساسي :-

من خلال الاطلاع على الجدول (5.5) يتضح أن اغلب المترددين على المراكز الصحية هم من اجل العلاج بنسبة (45%) من جملة أفراد العينة في حين كانت نسبة المراجعين منهم هي (20.3%)، ونسبة (20%) من إجمالي أفراد العينة لأجل التطعيم. وأما نسبة المتابعين لحالتهم الصحية (الكشف الدوري) فقد بلغت (14.7%) من جملة أفراد العينة .

جدول (5.5) توزيع أفراد العينة حسب سبب قدومهم للمركز الصحي الأساسي

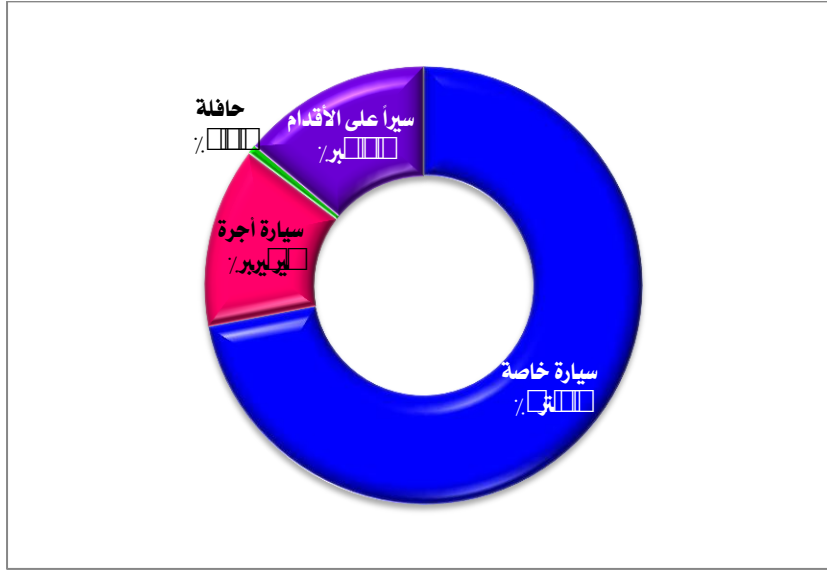
النسبة	التكرار	سبب القدوم
%45.0	135	علاج
%20.3	61	مراجعة
%14.7	44	متابعة حالة (كشف دوري)
%20.0	60	تطعيم
%100.0	300	المجموع

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

10- توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة :-

بالنظر للشكل (5.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت للمتريدين الذين يستخدمون السيارات الخاصة حيث بلغت (72%) من جملة أفراد العينة، ويليهم الأفراد الذين يأتون سيرا على الأقدام بنسبة (14%). أما مستخدمو سيارات الأجرة فقد بلغت نسبتهم (13.3%) في حين أن أقل النسب كانت مستخدمي الحافلات بنسبة (0.7%) من جملة أفراد العينة .

شكل (5.5) توزيع أفراد العينة حسب وسيلة النقل المستخدمة

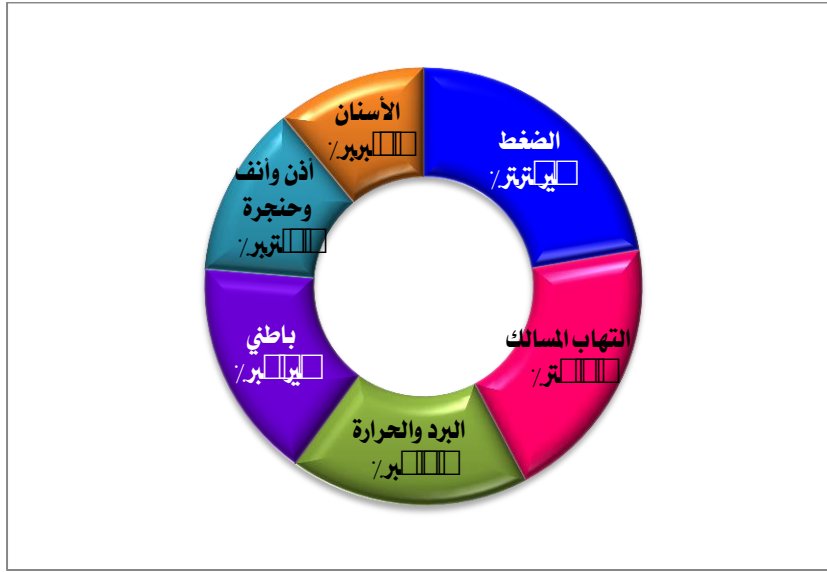


المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

11- توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض :-

تختلف أنواع الأمراض التي يأتي المتريدون بسببها، فمن الشكل (6.5) نجد ان هناك من يعانون من مرض ضغط الدم والذين بلغت نسبتهم (22.3%) من جملة أفراد العينة، ومنهم من يعاني بالتهاب في المسالك حيث بلغت نسبتهم (20%)، ومنهم من يعاني من البرد والحرارة بنسبة (17.7%)، ومن المتريدين أيضا من يعاني أمراض باطنة حيث بلغت نسبتهم (16.3%). أما عن المتريدين بسبب أمراض الأذن والأنف والحنجرة فقد بلغت نسبتهم (12.7%)، والأسنان بنسبة (11%)، من جملة أفراد العينة، وهم أقل نسبة لدى المتريدين على المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة.

شكل (6.5) توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

12 - توزيع أفراد العينة حسب قرب وبعد المركز الصحي :-

تبين من الجدول (6.5) أن 57% من جملة أفراد العينة يسكنون بالقرب من المراكز

الصحية، في حين البقية 43% يقطنون بعيداً عنها.

جدول (6.5) توزيع أفراد العينة حسب قرب وبعد المركز الصحي

قرب المركز	التكرار	النسبة
قريب أقل من 1 كلم	171	57.0%
بعيد 1 كلم فأكثر	129	43.0%
المجموع	300	100.0%

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

13 - توزيع أفراد العينة حسب الزمن المستغرق للوصول إلى المركز بالسيارة :

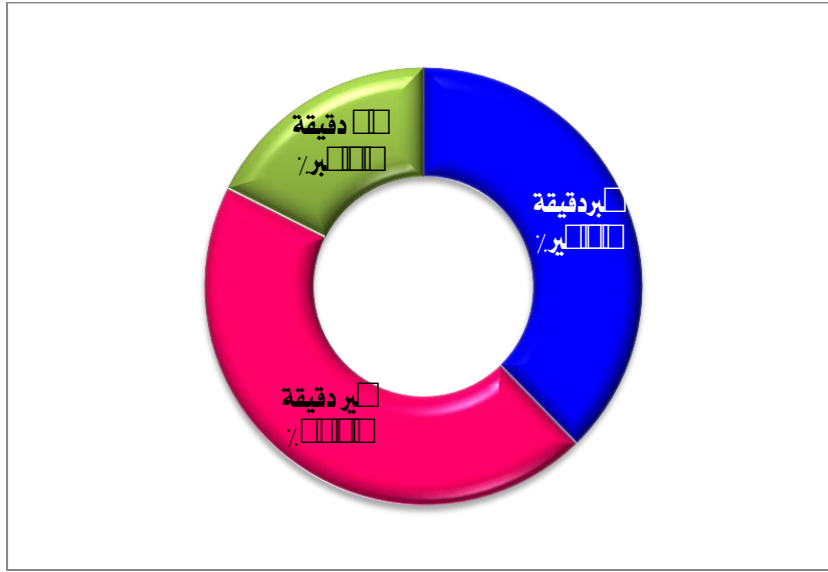
تبين من خلال الشكل (7.5) أن أعلى نسبة بلغت عند الذين يستغرقون نصف ساعة

للوصول إلى المركز الصحي القريب منهم 44.7%، وتليها نسبة 37.7% من المستغرقين المسافة

في مدة 15 دقيقة. أما المترددون الذين يقطعون المسافة في 45 دقيقة للوصول للمركز فقد بلغت

نسبتهم 17.6% من جملة أفراد العينة.

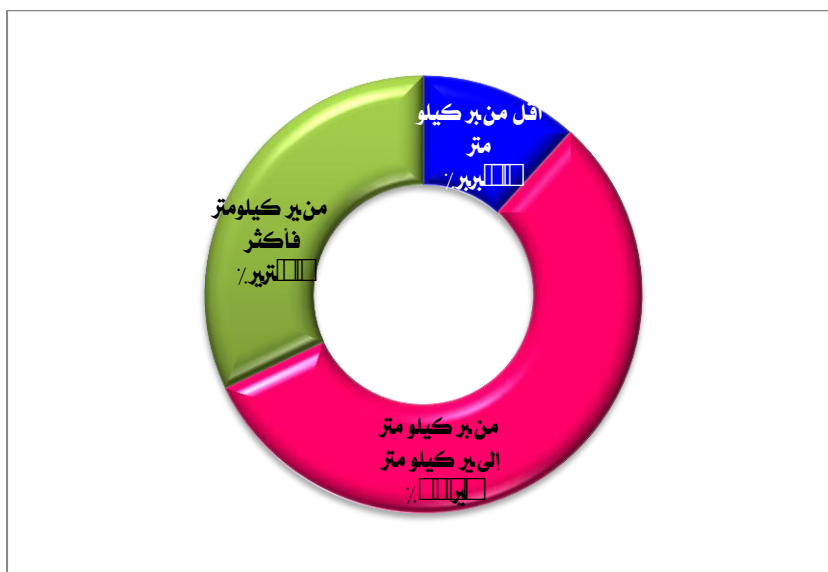
شكل (7.5) توزيع أفراد العينة حسب الزمن المستغرق للوصول إلى المركز بالسيارة



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

14 - توزيع أفراد العينة حسب المسافة المقطوعة بالكيلو متر للوصول إلى المركز الصحي :- بالنظر للشكل (8.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت عند المترددين على المراكز الصحية هي مسافة (1-3) كلم بنسبة 56.3%، ويليهما نسبة من هم أكثر من (3) كلم حيث بلغت 32%. أما المترددون الذين يبعدون عن المركز اقل من (1) كلم فقد بلغت نسبتهم 11.7% من جملة أفراد العينة.

شكل (8.5) توزيع أفراد العينة حسب المسافة المقطوعة بالكيلو متر للوصول إلى المركز



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

15- رأي أفراد العينة في وضع القطاع الصحي بالمنطقة :-

بالتطرق للجدول (7.5) نجد أن معظم المترددين ينظرون للقطاع الصحي المجاور لهم

بأنه متدني ونسبتهم 81.7%، بينما 18.3% منهم ينظرون للقطاع انه غير متدني .

جدول (7.5) رأي أفراد العينة في وضع القطاع الصحي بالمنطقة

النسبة	التكرار	وضع القطاع
81.7%	245	متدني
18.3%	55	غير متدني
100.0%	300	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

16- رأي أفراد العينة في توفر الأدوية بالصيدلية التابعة للمركز :-

يبين الجدول (8.5) أن أعلى نسبة سجلت عند المترددين على المراكز الذين لا تتوفر لهم

الأدوية من الصيدليات التابعة للمركز، حيث بلغت نسبتهم 86.7% من جملة أفراد العينة . أما من

تتوفر لهم الأدوية بالصيدلية التابعة للمركز فقد بلغت نسبتهم 13.3% من جملة أفراد العينة .

جدول (8.5) رأي أفراد العينة في توفر الأدوية بالصيدلية التابعة للمركز

النسبة	التكرار	توفر الأدوية
13.3%	40	نعم
86.7%	260	لا
100.0%	300	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

17- توزيع أفراد العينة حسب تفضيل العلاج :-

من الجدول (9.5) نجد أن معظم المترددين على المراكز الصحية يفضلون العلاج خارج

البلاد بنسبة 69.7%، بينما الباقي يفضلون العلاج داخل البلاد بنسبة 30.3% من جملة أفراد

العينة، نظرا لعدم توفر المعدات الطبية وقلة الإمكانيات .

جدول (9.5) توزيع أفراد العينة حسب تفضيل العلاج

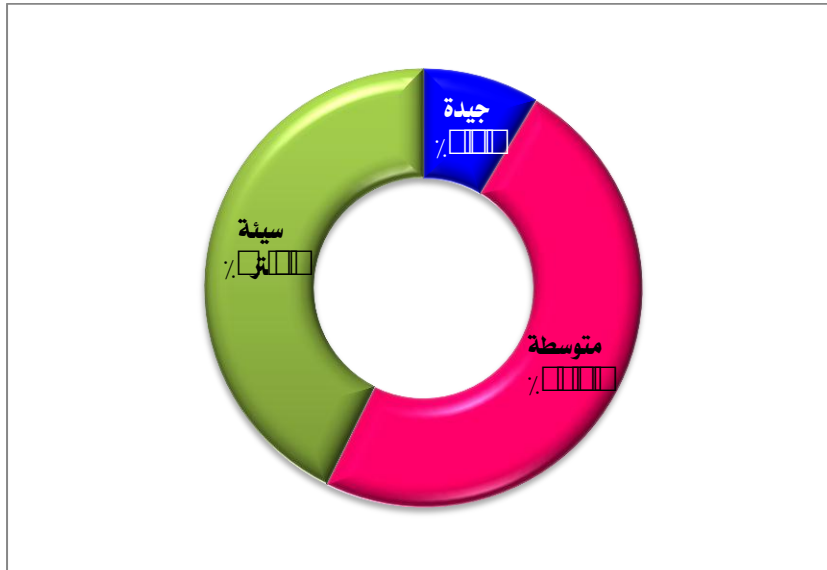
النسبة	التكرار	تفضيل العلاج
%30.3	91	داخل البلاد
%69.7	209	خارج البلاد
%100.0	300	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

18- توزيع أفراد العينة حسب توفر الأطباء :

في الشكل (9.5) سجلت أعلى نسبة عند المترددين الذين يتوفر لهم الأطباء بشكل متوسط بنسبة %48.7 من جملة أفراد العينة، بينما توفرهم بصورة سيئة بنسبة %42.7، وتوفرهم بصورة جيدة بنسبة %8.6 من جملة أفراد العينة .

شكل (9.5) توزيع أفراد العينة حسب توفر الأطباء



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

19- رأي أفراد العينة في مستقبل القطاع الصحي بالمنطقة :-

من الجدول (10.5) نجد أن معظم المترددين على المراكز ينظرون إلى مستقبل القطاع الصحي بالمنطقة بأنه سيتهور حيث بلغت نسبتهم 63.7%، بينما من لا يعرفون مستقبل القطاع فهم بنسبة 28.7%. أما الذين ينظرون لمستقبل القطاع بأنه سوف يصبح أكثر تطوراً بلغت نسبتهم 7.6% من جملة أفراد العينة .

جدول (10.5) رأي أفراد العينة في مستقبل القطاع الصحي بالمنطقة

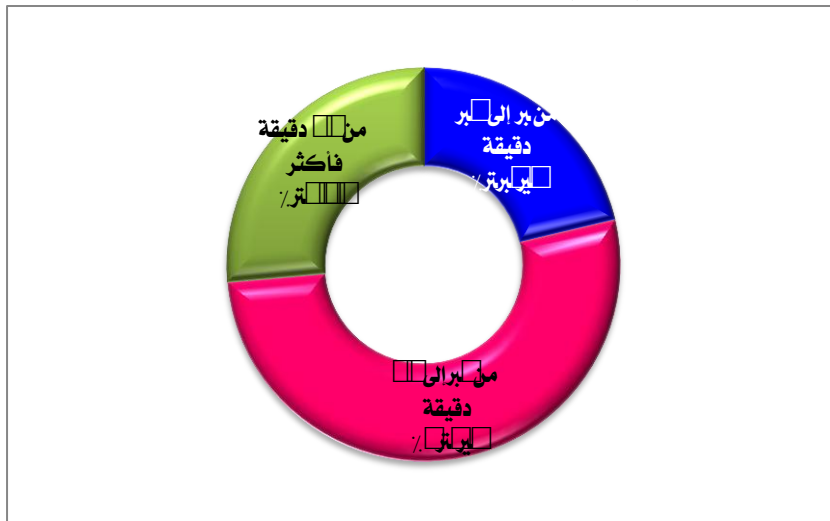
النسبة	التكرار	مستقبل القطاع
7.6%	23	أكثر تطوراً
63.7%	191	سيتهور
28.7%	86	لا أعرف
100.0%	300	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

20- توزيع أفراد العينة حسب فترة الانتظار :-

من الشكل (10.5) نجد أن أعلى فترة انتظار سجلت عند المترددين هي من (15-44) دقيقة بنسبة 52.3%، وتأتي بعدها الفترة الزمنية من (45 دقيقة فأكثر) بنسبة 26.4%. أما الفترة الزمنية من (1-14) دقيقة فقد شكلت أقل نسبة حيث بلغت 21.3% من جملة أفراد العينة .

شكل (10.5) توزيع أفراد العينة حسب فترة الانتظار



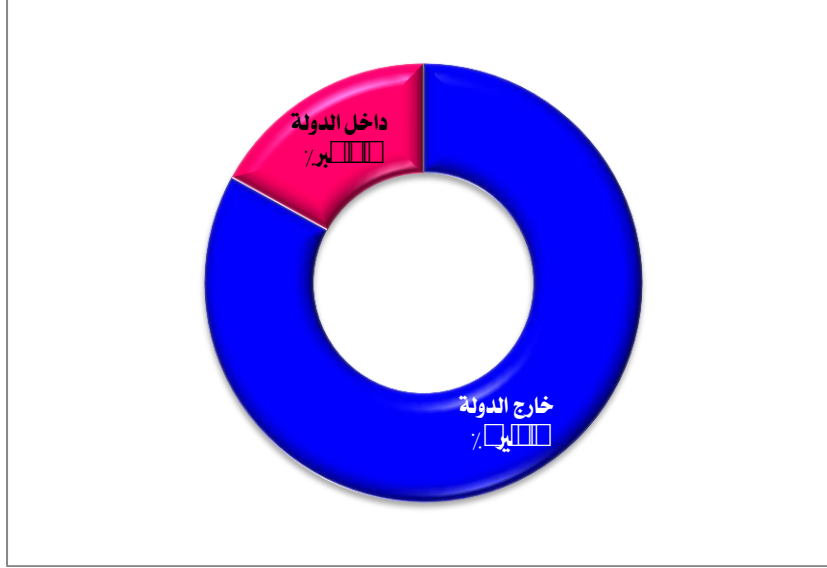
المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

21- توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج داخل وخارج الدولة :

من خلال الشكل (11.5) نجد أن نسبة 83% من جملة أفراد العينة يضطرون للسفر خارج

الدولة لتلقي العلاج، بينما 17% منهم يتلقون العلاج داخل الدولة .

شكل (11.5) توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج داخل وخارج الدولة



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

22- توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج خارج وداخل المنطقة :

من الجدول (11.5) نجد أن نسبة 80% من جملة أفراد العينة يضطرون للذهاب إلى

مدن أخرى للبحث عن علاج أفضل، بينما 20% من جملة أفراد العينة يترددون على المراكز

الموجودة داخل المنطقة .

جدول (11.5) توزيع أفراد العينة حسب ترددهم للعلاج خارج وداخل المنطقة

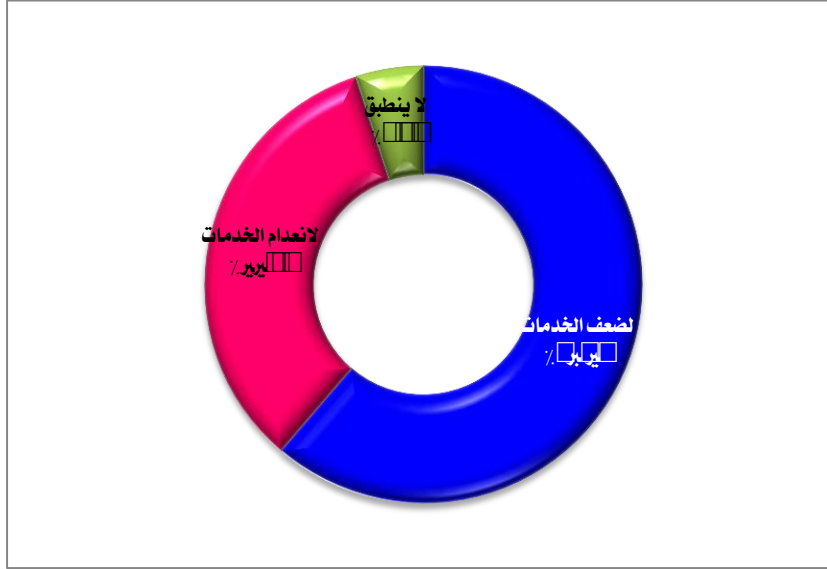
النسبة	التكرار	مكان التردد
80.0%	240	داخل المدينة
20.0%	60	خارج المدينة
100.0%	300	المجموع

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

23- توزيع أفراد العينة حسب أسباب تلقي العلاج خارج المراكز الصحية :

يتبين من الشكل (12.5) أن نسبة 61.3% من جملة أفراد العينة يعالجون خارج المراكز الصحية بالمنطقة إما لبعد المسافة أو لتدني مستوى الخدمات الطبية، وبنسبة 33.7% من أفراد العينة يعالجون خارج المراكز لانعدام الخدمات، أما بنسبة 5% لا ينطبق هذا السؤال عليهم .

شكل(12.5) توزيع أفراد العينة حسب أسباب تلقي العلاج خارج المراكز الصحية



المصدر:- الباحث اعتماداً على بيانات الدراسة الميدانية 2016م

ثانيا: العوامل المؤثرة في التردد على المراكز الصحية الأساسية والانتفاع بخدماتها:-

1- العلاقة بين متغيري النوع والعمر :-

بالنظر إلى الجدول (12.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت لهذين المتغيرين هم الذكور فئة (15 - 45) سنة حيث بلغت نسبتهم 85.3%، في حين سجلت نسبة الإناث 55.5% من جملة أفراد العينة، وتليهم بعد ذلك نسبة الإناث للفئة العمرية (من 65 سنة فأكثر) التي بلغت نسبتهم 12.8%، أما الذكور فقد بلغت نسبتهم 5.9% من نفس الفئة، ومن ثم تليها نسبة الإناث للفئة العمرية الأقل من ستة سنوات والتي بلغت 11.6%، بينما سجلت نسبة الذكور لهذه الفئة حوالي 0.7% وهي نسبة قليلة جدا من جملة أفراد العينة، وتأتي بعد ذلك نسبة الإناث للفئة العمرية من (45-65) سنة والتي بلغت حوالي 10.4% بينما بلغت نسبة الذكور لهذه الفئة حوالي 5.1%، وتستمر النسبة في الهبوط حتى وصلت 9.8% عند الإناث للفئة العمرية من (6-15) سنة، أما الذكور فقد بلغت نسبتهم 2.9% من جملة أفراد العينة، ومما سبق نجد أن هناك علاقة قوية بين متغيري النوع والعمر حيث ثبت باستخدام اختبار الاستقلالية (مربع كاي) أن مستوى الدلالة بلغ $p < 0.001$ وهذا يعني وجود علاقة قوية بين المتغيرين .

جدول (12.5) العلاقة بين متغيري النوع والعمر

المجموع		أنثى		ذكر		النوع
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	العمر
6.7%	20	11.6%	19	0.7%	1	أقل من 6 سنوات
6.7%	20	9.8%	16	2.9%	4	من 6 سنوات إلى أقل 15 سنة
69%	207	55.5%	91	85.3%	116	من 15 سنة إلى أقل من 45 سنة
8%	24	10.4%	17	5.1%	7	من 45 سنة إلى أقل من 65 سنة
9.6%	29	12.8%	21	5.9%	8	من 65 سنة فأكثر
100%	300	100%	164	100%	136	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.001$		درجة الحرية = 4		$\chi^2 = 34.097$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

2- العلاقة بين متغيري النوع والحالة الاجتماعية :-

بالتطرق للجدول (13.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت لهذين المتغيرين هم الذكور المتزوجون حيث بلغت نسبتهم 57.4%، والإناث بنسبة 42.7%، وتأتي بعدها نسبة الإناث العازبات بنسبة 40.2%، بينما نسبة الذكور العزاب بلغت 33.8%. أما النسبة التي سجلت للأرامل فقد بلغت 13.4% للإناث و 8.1% للذكور، وأخيرا سجلت نسبة المطلقين 3.7% للإناث و 0.7% للذكور، وهي نسبة ضئيلة جدا، من جملة أفراد العينة لدى هذين المتغيرين. ومن هنا نجد أن هناك علاقة قوية ذات دلالة إحصائية بين متغيري النوع والحالة الاجتماعية حيث بلغت $p < 0.03$.

جدول (13.5) العلاقة بين متغيري النوع والحالة الاجتماعية

المجموع		أنثى		ذكر		النوع
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	الحالة الاجتماعية
49.3%	148	42.7%	70	57.4%	78	متزوج
37.3%	112	40.2%	66	33.8%	46	أعزب
11%	33	13.4%	22	8.1%	11	أرمل
2.3%	7	3.7%	6	0.7%	1	مطلق
100%	300	100%	164	100%	136	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.03$		درجة الحرية = 3		$\chi^2 = 8.704$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

3- العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي للمبحوث:-

من خلال الجدول (14.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت من أفراد العينة هم من خريجي الجامعات وما فوق حيث بلغت نسبة الذكور فيها 36%، أما الإناث فقد بلغت نسبتهم 15.2%، ثم بعد ذلك تأتي نسبة الذكور خريجي المعاهد العليا بنسبة 24.3% في حين أن نسبة الإناث سجلت 17.1%، ومن ثم سجلت نسبة حملة الشهادة الثانوية الذكور منهم 23.5%، أما الإناث فقد بلغن

22.6%، ربما هذا يعكس النسبة لدى مرحلة التعليم الأساسي، فقد سجلت نسبة الذكور اقل من نسبة الإناث حيث بلغت 11.8% من الذكور و15.2% من الإناث، هذا أيضا نجده عند الأميين فقد بلغت نسبة الإناث 19.5% أما الذكور فنسبتهم 3.7%، وعند الأطفال دون السادسة نجد نسبة الإناث 10.4% وأما الذكور فقد سجلوا اقل نسبة وهي 0.7% من جملة أفراد العينة، ومن هنا نرى أن هناك علاقة وطيدة ذات دلالة إحصائية بين متغيري النوع والمستوى التعليمي للمبحوث بلغت $p < 0.001$.

جدول (14.5) العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي للمبحوث

المجموع		أنثى		ذكر		النوع
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	المستوى التعليمي للمبحوث
12.3%	37	19.5%	32	3.7%	5	أمي
13.7%	41	15.2%	25	11.8%	16	أساسي
23%	69	22.6%	37	23.5%	32	ثانوي
20.3%	61	17.1%	28	24.3%	33	معهد عالي
24.7%	74	15.2%	25	36%	49	جامعي فما فوق
6%	18	10.4%	17	0.7%	1	طفل دون السادسة
100%	300	100%	164	100%	136	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.001$		درجة الحرية = 5		$\chi^2 = 42.211$

المصدر : بيانات الدراسة الميدانية 2016م

4- العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي لرب الأسرة :

يلاحظ من خلال الجدول (15.5) أن أعلى نسبة سجلت للمستوى التعليمي لأرباب الأسر هم الذكور من خريجي الجامعات فما فوق حيث بلغت نسبتهم 33.8%، بينما بلغت نسبة الإناث 31.7% من جملة أفراد العينة، وتأتي بعد ذلك نسبة أرباب الأسر من الحاصلين على الشهادة الثانوية، حيث بلغت نسبة الذكور 20.6% والإناث 17.7%. أما أرباب الأسر خريجي المعاهد العليا فقد سجلت نسبة الذكور حوالي 19.1% والإناث 18.9%. أما الأميون فقد كانت نسبة الإناث

أكبر من نسبة الذكور حيث بلغت 18.9% للإناث و16.9% للذكور. وكذلك الحال بالنسبة لأرباب الأسر من ذوي التعليم الأساسي إذ سجلت نسبة الإناث 12.8% والذكور بنسبة 9.6%، وباستخدام (مربع كاي) تبين عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغيري النوع والمستوى التعليمي لرب الأسرة حيث سجل مستوى الدلالة $p = 0.86$.

جدول (15.5) العلاقة بين متغيري النوع والمستوى التعليمي لرب الأسرة

المجموع		أنثى		ذكر		النوع
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	المستوى التعليمي لرب الأسرة
%18	54	%18.9	31	%16.9	23	أمي
%11.3	34	%12.8	21	%9.6	13	أساسي
%19	57	%17.7	29	%20.6	28	ثانوي
%19	57	%18.9	31	%19.1	26	معهد عالي
%32.7	98	%31.7	52	%33.8	46	جامعي فما فوق
%100	300	%100	164	%100	136	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p = 0.86$		درجة الحرية = 4		$\chi^2 = 1.289$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

5- العلاقة بين متغيري النوع وسبب قدوم المبحوث :-

من الجدول (16.5) نجد أن سبب قدوم المبحوث للمراكز الصحية هو من أجل العلاج، حيث سجلت نسبة الذكور 50.7% بينما الإناث فقد سجلت نسبتهم 40.2% من جملة المترددين، ويأتي بعد ذلك نسبة المراجعين وخصوصاً الإناث حيث بلغت نسبتهم 22.6% في حين نسبة الذكور بلغت 17.6%. أما المترددون لأجل التطعيم فهم 20.7% للإناث و19.1% للذكور، ومن ثم نرى أن هناك من المترددين المتابعين لحالتهم الصحية، حيث بلغت نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور إذ سجلت 16.5% للإناث و12.5% للذكور وباستخدام (مربع كاي) تبين أن مستوى الدلالة $p = 0.31$ ، وهذا يعني عدم وجود علاقة إحصائية بين المتغيرين.

جدول (16.5) العلاقة بين متغيري النوع وسبب قدوم المبحوث

المجموع		أنثى		ذكر		النوع
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	سبب قدوم المبحوث
%45	135	%40.2	66	%50.7	69	علاج
%20.3	61	%22.6	37	%17.6	24	مراجعة
%14.7	44	%16.5	27	%12.5	17	متابعة حالة
%20	60	%20.7	34	%19.1	26	تطعيم
%100	300	%100	164	%100	136	المجموع
		القيمة الاحتمالية = 0.31 = p		درجة الحرية = 3		$\chi^2 = 3.595$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

6- العلاقة بين متغيري الجنس ونوع المرض :

يوضح الجدول (17.5) نوع المرض بالنسبة للجنس حيث بلغت أعلى نسبة للإناث المصابات بمرض ضغط الدم بنسبة 25%، والذكور نسبتهم 19.1%، ومن ثم المصابون بمرض التهاب المسالك للذكور بنسبة 24.3% والإناث بنسبة 16.5%. أما المصابون بمرض البرد والحرارة فهم بنسبة 23.5% للذكور و 12.8% للإناث، ويليهما المترددون المصابون بالأمراض الباطنية حيث سجلت نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور إذ بلغت 17.7% للإناث و 14.7% للذكور، ومنه إلى أمراض الأذن والأنف والحنجرة حيث بلغت نسبة الإناث 14.6% في حين سجلت نسبة الإناث 10.3%. وأما عن المصابين بأمراض الأسنان فهم أقل نسبة من المترددين المصابين بالأمراض الأخرى حيث بلغت نسبة الذكور 13.4% أما الإناث فهي 8.1%. ومن هنا نرى أن هناك علاقة بين المتغيرين حيث ثبت ذلك باستخدام الاختبار الإحصائي (مربع كاي) فقد بلغت نسبة الدلالة $p < 0.05$ ، وهذا يعني وجود علاقة قوية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين .

جدول (17.5) العلاقة متغيري بين الجنس ونوع المرض

المجموع		أنثى		ذكر		نوع المبحوث
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نوع المرض
%22.3	67	%25	41	%19.1	26	الضغط
%20	60	%16.5	27	%24.3	33	التهاب مسالك
%17.7	53	%12.8	21	%23.5	32	البرد والحرارة
%16.3	49	%17.7	29	%14.7	20	باطنه
%12.7	38	%14.6	24	%10.3	14	أذن وأنف وحنجرة
%11	33	%13.4	22	%8.1	11	أسنان
%100	300	%100	164	%100	136	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.05$		درجة الحرية = 5		$\chi^2 = 11.681$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

7- العلاقة بين متغيري المستوى التعليمي ونوع المرض :

من خلال الجدول (18.5) نجد أن أعلى نسبة المصابين بمرض ضغط الدم هي من خريجي الجامعات وما فوق بنسبة 26.9%، يليهم حملة الشهادة الثانوية بنسبة 22.4%، يلي ذلك خريجي المعاهد العليا بنسبة 19.4%، وبعد ذلك تأتي نسبة 11.9% للأطفال دون السادسة، والأميين بنسبة 10.4%، وأخيرا بنسبة 9% لذوي التعليم الأساسي .

أما بالنسبة لمرض التهاب المسالك فقد سجلت أعلى نسبة له عند الجامعيين وما فوق حيث بلغت 31.7%، وذوي الشهادة الثانوية بنسبة 25%، ومن تم تليهم نسبة ذوي المعاهد العليا إذ بلغت 13.3%، وقلت النسبة حتى وصلت 11.7% عند الأميين، وعند ذوي التعليم الأساسي بلغت 10%، وسجلت آخر نسبة عند الأطفال دون السادسة والتي بلغت 8.3%.

تبين من المصابين بأمراض البرد والحرارة أن أعلى نسبة لهم سجلت عند ذوي المعاهد العليا حيث بلغت 28.3%، يليهم ذوي المستوى الثانوي بنسبة 22.6%، ومن ثم ذوي الجامعات

وما فوق بنسبة 18.9%، وبعدها لذوي التعليم الأساسي بنسبة 17%. أما الأميون فقد بلغت نسبتهم 11.3%، والأطفال دون السادسة بنسبة قليلة جدا حيث بلغت 1.9% .

وعن المصابين بالأمراض الباطنية فقد بلغت أعلى نسبة عند ذوي المستويات الجامعية فما فوق حيث سجلت 32.7%، ويليهم بنسبة 22.4% لذوي المعاهد العليا، والأميين بنسبة 18.4%، وكذلك نسبة ذوي المستويات الثانوية إذ بلغت 16.3%، بينما سجلت نسبة ذوي التعليم الأساسي 10.2%، وأما عن الأطفال دون السادسة فلم تسجل لهم أية نسبة لهذا المرض .

بينما أعلى نسبة سجلت للمصابين بأمراض الأذن والأنف والحنجرة عند ذوي المستويات الثانوية حيث بلغت نسبتهم 23.7%، ويليهم ذوي التعليم الأساسي بنسبة 21.1%، حيث تعادلت النسبة بين كل من ذوي الجامعات وما فوق، وذوي المعاهد العليا حيث سجلنا نفس النسبة إذ بلغت 15.8%. أما الأميون فقد بلغت نسبتهم 13.2%، وقل نسبة بلغت 10.5% عند الأطفال دون السادسة .

كذلك بلغت أعلى نسبة للمصابين بمرض الأسنان عند ذوي الشهادة الثانوية بنسبة 30.3%، ويليهم ذوي المعاهد العليا بنسبة 24.2%، وبعدهم فئة التعليم الأساسي حيث بلغت نسبتهم 21.2%. أما عن الجامعيين وما فوق فقد بلغت نسبتهم 15.2%، والأميين بلغت نسبتهم 9.1%، وأيضا لم تسجل أية نسبة عند الأطفال دون السادسة لهذا المرض .

ويتطبيق مقياس (مربع كاي) ثبت انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى

التعليمي ونوع المرض، عند مستوى دلالة $p = 0.19$.

جدول (18.5) العلاقة بين متغيري المستوى التعليمي للمبحوث ونوع المرض

المجموع		أسنان		أذن وأنف وحنجرة		الباطنه		البرد والحرارة		التهاب المسالك		الضغط		نوع المرض
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	المستوى التعليمي للمبحوث
%12.3	37	%9.1	3	%13.2	5	%18.4	9	%11.3	6	%11.7	7	%10.4	7	أمي
%13.7	41	%21.2	7	%21.1	8	%10.2	5	%17	9	%10	6	%9	6	أساسي
%23	69	%30.3	10	%23.7	9	%16.3	8	%22.6	12	%25	15	%22.4	15	ثانوي
%20.3	61	%24.2	8	%15.8	6	%22.4	11	%28.3	15	%13.3	8	%19.4	13	معهد عالي
%24.7	74	%15.2	5	%15.8	6	%32.7	16	%18.9	10	%31.7	19	%26.9	18	جامعي وما فوق
%6	18	%0	0	%10.5	4	%0	0	%1.9	1	%8.3	5	%11.9	8	طفل دون السادسة
%100	300	%100	33	%100	38	%100	49	%100	53	%100	60	%100	67	المجموع
$\chi^2 = 31.080$ درجة الحرية = 25 القيمة الاحتمالية = $p = 0.19$														

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

8- العلاقة بين متغيري العمر ونوع المرض :

في الجدول (19.5) نجد أن أعلى نسبة بلغت للفئة العمرية (الأقل من 6 سنوات) هي 45% للمصابين بضغط الدم، ويليه المصابون بأمراض المسالك حيث بلغت نسبتهم 25%، ومن ثم تأتي نسبة الأذن والأنف والحنجرة بنسبة 20% وبالنسبة لمرضي الباطنية والبرد والحرارة فقد سجلا نفس النسبة حيث بلغت 5% لكل منهما . أما الأسنان فلن تسجل لهم أية نسبة.

أما الفئة العمرية (من 6-15) سنة فقد سجلت أول نسبة لها عند المصابين بالأذن والأنف والحنجرة بنسبة 40%، وتليها النسبة التي سجلت عند المصابين بمرضي الأسنان وكذلك البرد والحرارة حيث بلغت 15% لكل منهما، أما النسبة التي سيطرت على ثلاثة أنواع من الأمراض لهذه الفئة فهي 10% لكل من ضغط الدم والتهاب المسالك والباطنية .

سجلت أعلى نسبة للفئة العمرية (15-45) سنة عند المصابين بضغط الدم بنسبة 23.2%، وتليها نسبة المصابين بالبرد والحرارة بنسبة 19.8%، وكذلك المصابين بالتهاب المسالك بنسبة 18.8%، وسجلت عند المصابين بالأمراض الباطنية 18.4%، والأسنان 12.1%، وأخيرا عند الأذن والأنف والحنجرة بنسبة 7.7% .

وبلغت أعلى نسبة للفئة العمرية من (45-65) سنة عند المصابين بالتهاب المسالك بنسبة 29.2%، وتعادلت النسبة بين مرضي الأسنان، والبرد والحرارة حيث سجلتا نسبة 20.8%، وتليها نسبة المصابين بالأذن والأنف والحنجرة بنسبة 16.7%، والباطنه بنسبة 8.3%، وأخيرا المصابين بضغط الدم بنسبة 4.2% .

أما بالنسبة للفئة الأخيرة وهي فئة كبار السن من (65 سنة فأكثر) فقد احتلت أعلى نسبة عند مرضي ضغط الدم، والتهاب المسالك حيث سجلتا نفس النسبة والتي بلغت 24.1%، وتليهما

نسبة 20.7% للمصابين بالأمراض الباطنية، والأذن والأنف والحنجرة على حدٍ سواء، وهبطت النسبة حتى وصلت 10.3% عند المصابين بمرض البرد والحرارة . في حين لم تسجل أية نسبة للمصابين بالأسنان لهذه الفئة العمرية .

ومن خلال ما سبق تبين أن هناك علاقة قوية ذات دلالة إحصائية بين عمر المبحوث ونوع المرض وهذا ما ثبت من خلال استخدام مقياس اختبار (مربع كاي) عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

جدول (19.5) العلاقة متغيري بين العمر ونوع المرض

المجموع		من 65 فما فوق		من 45- 65 سنة		من 15- 45 سنة		من 6 - 15 سنة		أقل من 6 سنوات		العمر	نوع المرض
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
%22.3	67	%24.1	7	%4.2	1	%23.2	48	%10	2	%45	9		الضغط
%20	60	%24.1	7	%29.2	7	%18.8	39	%10	2	%25	5		التهاب المسالك
%17.7	53	%10.3	3	%20.8	5	%19.8	41	%15	3	%5	1		البرد والحرارة
%16.3	49	%20.7	6	%8.3	2	%18.4	38	%10	2	%5	1		باطنه
%12.7	38	%20.7	6	%16.7	4	%7.7	16	%40	8	%20	4		أذن وأنف وحنجرة
%11	33	%0	0	%20.8	5	%12.1	25	%15	3	%0	0		الأسنان
%100	300	%100	29	%100	24	%100	207	%100	20	%100	20		المجموع
$\chi^2 = 45.991$ درجة الحرية = 20 القيمة الاحتمالية = $p < 0.001$													

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

9- العلاقة بين متغيري نوع المرض للمبحوث وسبب تفضيله لهذا المركز عن غيره:
من خلال الجدول (20.5) نجد أن أعلى نسبة للمصابين بضغط الدم يترددون على
المراكز بسبب وجود التخصص المراد بنسبة 60%، أما المترددون لعدم وجود مركز صحي قريب
منهم فقد بلغت نسبتهم 32%، والمترددون بسبب كفاءة العاملين فنسبتهم 8%.

كذلك المصابون بالتهاب المسالك أعلى نسبة لهم كانت بسبب وجود التخصص المراد
والتي بلغت 50%، أما الذين كان سبب ترددهم هو عدم وجود مركز صحي قريب منهم فنسبتهم
26.9%، وكفاءة العاملين بنسبة 23.1%،

سجلت أعلى نسبة للمصابين بأمراض البرد والحرارة عند المترددين الذين كان سبب قدومهم
للمركز هو لوجود التخصص المراد حيث بلغت 37%، يليها كفاءة العاملين بالمركز بنسبة
33.4%، أما عن سبب عدم وجود مركز صحي قريب فقد بلغت 29.6%.

بلغت أعلى نسبة للمصابين بالأمراض الباطنية عند المترددين بسبب البحث عن
التخصص المراد حيث سجلت نسبتهم 43.8%، يليهم المترددون بسبب عدم توفر مركز الصحي
قريب منهم بنسبة 37.5%. أما المترددون بسبب كفاءة العاملين فقد بلغت نسبتهم 18.8% .

يتبين أن أعلى نسبة متحصلة للأذن والأنف والحنجرة عند المترددين بسبب وجود
التخصص المطلوب لديهم والتي بلغت نسبتهم 61.1%، وتضاءلت النسبة حتى وصلت إلى
33.3% عند المترددين الذين لا يتوفر لديهم مركز قريب، وكانت النسبة قليلة جدا عند المترددين
بسبب كفاءة العاملين حيث بلغت نسبتهم 5.6%.

أخيرا بلغت أعلى نسبة من المترددين عند المصابين بالأسنان على المراكز بسبب توفر
التخصص المطلوب بنسبة 53%، يليهم المترددون بسبب عدم وجود مركز قريب لديهم حيث
بلغت نسبتهم 29.4%، وبنسبة 17.6% يترددون لكفاءة العاملين .

باستخدام مقياس (مربع كاي) ثبت عدم وجود علاقة إحصائية بين المتغيرين عند مستوى

دلالة $p = 0.53$.

جدول (20.5) العلاقة بين متغيري نوع المرض للمبحوث وسبب تفضيله لهذا المركز عن غيره

المجموع		لكفاءة العاملين		لعدم وجود مركز قريب		لوجود التخصص المراد		سبب التفضيل
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نوع المرض
%100	25	%8	2	%32	8	%60	15	الضغط
%100	26	%23.1	6	%26.9	7	%50	13	التهاب المسالك
%100	27	%33.4	9	%29.6	8	%37	10	البرد والحرارة
%100	16	%18.8	3	%37.5	6	%43.8	7	باطنه
%100	18	%5.6	1	%33.3	6	%61.1	11	أذن وانف وحنجرة
%100	17	%17.6	3	%29.4	5	%53	9	أسنان
%100	129	%18.6	24	%31	40	%50.4	65	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.53$		درجة الحرية = 10		$\chi^2 = 9.009$		

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

10- العلاقة بين متغيري الحالة الاجتماعية ونوع المرض :

نجد في الجدول (21.5) أن أعلى نسبة سجلت لدى المتزوجين المصابين بمرض ضغط الدم حيث بلغت نسبتهم 23.6%. ويليهم بنسبة 20.3% المصابون بمرض التهاب المسالك، و19.6% مصابون بالبرد والحرارة، و16.2% مصابون بالأمراض الباطنية، والأسنان بنسبة 13.5%، وأما الأذن والأنف والحنجرة فقد بلغت نسبتهم 6.8%.

أما العزاب فقد بلغ أعلى نسبة لهم عند المصابين بمرض ضغط الدم ونسبتهم 21.4% وتليهم نسبة المصابين بمرض التهاب المسالك حيث بلغت 19.6%، وبعدها تأتي نسبة المصابين بالبرد والحرارة إذ بلغت 17%، ثم نسبة المصابين بالأذن والأنف والحنجرة حيث بلغت 16.1%، والأمراض الباطنية بنسبة 15.2%، والأسنان بنسبة 10.7%.

في حين أن الأراامل بلغت أعلى نسبة لهم عند المصابين بمرض ضغط الدم بنسبة 24.2%، ويليهم المصابون بمرض التهاب المسالك والأذن والأنف والحنجرة حيث سجلنا نفس النسبة والتي بلغت 21.2% لكليهما، والأمراض الباطنية بلغت 18.2%، وعن المصابين بالبرد والحرارة فقد بلغت نسبتهم 12.1%، والأسنان يشكلون أقل نسبة وهي 3% .

بينما بلغت أعلى نسبة للمطلقين الذين يعانون من أمراض الأذن والأنف والحنجرة ونسبتهم 42.9%، ويليهم المصابون بالأمراض الباطنية بنسبة 28.6%. أما عن المصابين بمرض التهاب المسالك والبرد والحرارة فقد سجلنا نفس النسبة وهي 14.3%، ولم يسجل المطلقون أية نسبة من مرض ضغط الدم والأسنان، وبتطبيق مقياس (مربع كاي) تبين عدم وجود علاقة إحصائية بين المتغيرين في مستوى دلالة $p = 0.20$.

جدول (21.5) العلاقة بين متغيري الحالة الاجتماعية ونوع المرض

المجموع		مطلق		أرمل		أعزب		متزوج		الحالة الاجتماعية
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نوع المرض
%22.3	67	%0	0	%24.2	8	%21.4	24	%23.6	35	الضغط
%20	60	%14.3	1	%21.2	7	%19.6	22	%20.3	30	التهاب المسالك
%17.7	53	%14.3	1	%12.1	4	%17	19	%19.6	29	البرد والحرارة
%16.3	49	%28.6	2	%18.2	6	%15.2	17	%16.2	24	باطنه
%12.7	38	%42.9	3	%21.2	7	%16.1	18	%6.8	10	أذن وأنف وحنجرة
%11	33	%0	0	%3	1	%10.7	12	%13.5	20	الأسنان
%100	300	%100	7	%100	33	%100	112	%100	148	المجموع
$\chi^2 = 19.269$ درجة الحرية = 15 القيمة الاحتمالية = $p = 0.20$										

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

11- العلاقة بين متغيري نوع المرض والدخل الشهري للمبحوث :-

من الجدول (22.5) نجد أن نسبة المصابين بمرض ضغط الدم لذوي الدخل المرتفع (من 900 دينار فأكثر) بلغت 29.7%، تليها نسبة المصابين بالتهاب المسالك لذوي الدخل المرتفع أيضا بنسبة 25.7%، ومن ثم تأتي نسبة المصابين بضغط الدم عند ذوي الدخل المتوسط بين (601-899) بنسبة 24.8%، وبعدها نسبة المصابين بالبرد والحرارة عند ذوي الدخل المنخفض ما بين (300-600) بنسبة 22.1%، ويليهما نسبة المصابين بالأمراض الباطنية من ذوي الدخل المرتفع بنسبة 21.6%، واستمرت النسبة في الهبوط حتى وصلت 20.4% عند المصابين بالبرد والحرارة من ذوي الدخل المتوسط، ومنها حتى وصلت إلى 15.9% من المصابين بالأسنان عند ذوي الدخل المنخفض، واستمرت إلى أن وصلت 15% من المصابين بمرض ضغط الدم والأمراض الباطنية عند ذوي الدخل المنخفض لكل منهما، وأيضا سجلت نفس النسبة عند المصابين بالأمراض الباطنية وأمراض الأذن والأنف والحنجرة لدي ذوي الدخل المتوسط حيث بلغت 14.2% لكل منهما، أما النسبة التي سجلها المصابون بأمراض الأذن والأنف والحنجرة عند ذوي الدخل المرتفع هي 12.2%، وبعدها هذه النسبة يأتي المصابون بنفس المرض عند ذوي الدخل المنخفض بنسبة 11.5%، وبعدها سجلت نسبة المصابين بأمراض الأسنان عند ذوي الدخل المتوسط حيث بلغت 10.6%، ويليهما نسبة المصابين بالبرد والحرارة عند ذوي الدخل المرتفع إذ وصلت 6.8%، وسجلت آخر نسبة للمصابين بمرض الأسنان عند ذوي الدخل المرتفع حيث بلغت 4.1% ومن هنا نجد أن هناك علاقة بين نوع المرض ومستوى الدخل حسب ما تبين من استخدام

اختبار(مربع كاي) عند مستوى دلالة $p= 0.02$.

جدول (22.5) العلاقة بين متغيري نوع مرض والدخل الشهري بالدينار للمبحوث

المجموع		دخل مرتفع (من 900 فأكثر)		دخل متوسط (601 - 899)		دخل منخفض (300 - 600)		الدخل الشهري
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نوع المرض
%22.3	67	%29.7	22	%24.8	28	%15	17	الضغط
%20	60	%25.7	19	%15.9	18	%20.4	23	التهاب المسالك
%17.7	53	%6.8	5	%20.4	23	%22.1	25	البرد والحرارة
%16.3	49	%21.6	16	%14.2	16	%15	17	باطنه
%12.7	38	%12.2	9	%14.2	16	%11.5	13	أذن وأنف وحنجرة
%11	33	%4.1	3	%10.6	12	%15.9	18	أسنان
%100	300	%100	74	%100	113	%100	113	المجموع
$\chi^2 = 21.457$ درجة الحرية = 10 القيمة الاحتمالية = $p = 0.02$								

المصدر:- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

12- العلاقة بين توفر الأدوية ورضي المترددين أو الإقبال على المركز الصحي :-

من خلال الجدول (23.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت عند المقتنعين إلى حد ما بعدم توفر الأدوية بالصيدليات التابعة للمراكز وقد بلغت نسبتهم 46.5%، وتأتي النسبة التي بعدها عند غير المقتنعين بتوفر الأدوية حيث بلغت 40%، ومن ثم نسبة غير المقتنعين بعدم توفر الأدوية والتي بلغت 37.7%، وبعدها المقتنعين إلى حد ما بتوفر الأدوية ونسبتهم 35%. أما المقتنعون بتوفر الأدوية بلغت نسبتهم 25%، وآخر نسبة سجلت عند المقتنعين بعدم توفر الأدوية بالصيدليات التابعة للمركز، وهذا يعني انه لا علاقة بين كيفية تصنيف الخدمات المقدمة بالمركز، وتوفر الأدوية بالصيدلية التابعة للمركز، حيث ثبت ذلك باستخدام الاختبار الإحصائي (مربع كاي) فقد بلغت نسبة الدلالة $p = 0.25$ ، أي انه لا توجد علاقة بين المتغيرين .

جدول (23.5) العلاقة بين توفر الأدوية ورضي المترددين أو الإقبال على المركز الصحي

المجموع		لا		نعم		توفرًا لأدوية بالصيدلية الخاصة بالمركز تصنيف الخدمات بالمركز
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
17%	51	15.8%	41	25%	10	مقنعة
45%	135	46.5%	121	35%	14	مقنعة إلى حد ما
38%	114	37.7%	98	40%	16	غير مقنعة
100%	300	100%	260	100%	40	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p = 0.25$		درجة الحرية = 2		$\chi^2 = 2.218$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

13- العلاقة بين تصنيف الخدمات بالمركز وشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة :-

بالنظر للجدول (24.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت عند المقتنعين إلى حد ما بشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة بنسبة 47%، وتأتي نسبة غير المقتنعين بشراء الأدوية حيث بلغت 37.8% ، وتساوي النسبة التي بين المقتنعين، والمقتنعين إلى حد ما، وغير المقتنعين بعدم شراء

الأدوية من الصيدليات الخاصة حيث بلغت 33.3%، وسجلت نسبة المقتنعين بشراء الأدوية 15.1%، ومن ذلك يعني انه لا توجد علاقة بين تصنيف الخدمات الصحية في المركز بالنسبة للعلاج في حالة شراء الأدوية من الصيدليات الخاصة وهذا ما أكده استخدام الاختبار الإحصائي (مربع كاي) بمستوى دلالة $p = 0.33$ ، أي انه لا توجد علاقة بين المتغيرين .

جدول (24.5) العلاقة بين تصنيف الخدمات بالمركز وشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة

المجموع		لا		نعم		شراء الأدوية من الصيدلية الخاصة تصنيف الخدمات بالمركز
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
15.8%	41	33.3%	3	15.1%	38	مقنعة
46.5%	121	33.3%	3	47%	118	مقنعة إلى حد ما
37.7%	98	33.3%	3	37.8%	95	غير مقنعة
100%	300	100%	260	100%	40	المجموع
$p=0.33$		القيمة الاحتمالية =		درجة الحرية = 2		$\chi^2 = 2.220$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

14- العلاقة بين المشاكل التي تواجه المبحوث وتقييمه لمستوى الخدمات :

من خلال الجدول (25.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت عند المترددين الذين هم مقتنعون إلى حد ما بعدم وجود مشاكل بنسبة 50.8%، والمترددون المقتنعون بعدم وجود مشاكل بنسبة 41%، أما غير المقتنعين فهم بنسبة 8.2%. وتبين أيضا أن أعلى نسبة عند الذين يعانون من مشاكل المواصلات وهم المقتنعون إلى حد ما، وغير المقتنعين بنسبة 35.6% لكل منهما. أما المقتنعون منهم فقد بلغت نسبتهم 28.8%، وكذلك الذين يعانون من ضياع الوقت فقد سجلت أعلى نسبة لهم عند المقتنعين إلى حد ما بنسبة 52.1%، ويليهم غير المقتنعين بنسبة 25%، والمقتنعون نسبتهم 21.9%.

هناك من المترددين من يعانون من عدم الاهتمام داخل المراكز الصحية فقد بلغت أعلى نسبة لهم عند غير المقتنعين بنسبة 63%، والمقتنعون إلى حد ما نسبتهم 34.6%، والنسبة القليلة جدا سجلت عند المقتنعين والتي بلغت 2.5%. أما من يعانون من كل المشاكل السابقة فقد سجلت أعلى نسبة عند المقتنعين إلى حد ما بنسبة 53.1%، وبنسبة 42% عند غير المقتنعين، وأخيرا سجلت اقلهم نسبة عند المقتنعين حيث بلغت 4.9%، ومن خلال ما سبق تبين أن هناك علاقة قوية بين المشاكل التي تواجه المبحوث وتقييمه لمستوى الخدمات، وهذا ما ثبت من خلال استخدام مقياس اختبار (مربع كاي) عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

جدول (25.5) العلاقة بين المشاكل التي تواجه المبحوث وتقييمه لمستوى الخدمات

المشاكل		لا توجد مشاكل		المواصلات		ضيق الوقت		عدم الاهتمام		كل ما سبق		المجموع
تقييم الخدمات		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
مقنعة		%41	25	%28.8	13	%21.9	7	%2.5	2	%4.9	4	%17
مقنعة إلى حد ما		%50.8	31	%35.6	16	%53.1	17	%34.6	28	%53.1	43	%45
غير مقنعة		%8.2	5	%35.6	16	%25	8	%63	51	%42	34	%38
المجموع		%100	61	%100	45	%100	32	%100	81	%100	81	%100
$\chi^2 = 76.150$ درجة الحرية = 8 القيمة الاحتمالية = $p < 0.001$												

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

15- العلاقة بين توفر الخدمات خلال 24 ساعة وتفضيل المبحوث مركز صحي عن آخر:-
من الجدول (26.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت لهذين المتغيرين هم المترددون الذين يبحثون على التخصص المراد ولا تتوفر عندهم الخدمات خلال (24) ساعة بنسبة 93.8%، وتأتي بعدهم نسبة الذين لا توجد مراكز صحية قريبة منهم ولا تتوفر الخدمات عندهم خلال (24) ساعة بنسبة 90%، ثم بعد ذلك تليها نسبة المترددين بسبب كفاءة العاملين ولا تتوفر لديهم الخدمات بنسبة 87.5%. أما الذين تتوفر لديهم الخدمات خلال (24) ساعة بنسبة 12.5% منهم لكفاءة العاملين، و10% منهم لعدم وجود مركز قريب، ونسبة 6.2% منهم يبحثون عن التخصص المراد. وتبين من ذلك انه لا توجد علاقة بين هذين المتغيرين حيث ثبت ذلك من خلال تطبيق الاختبار الإحصائي (مربع كاي) بمستوى دلالة $p = 0.59$ ، أي لا توجد علاقة بينهما .

جدول (26.5) العلاقة بين توفر الخدمات خلال 24 ساعة وتفضيل المبحوث مركز صحي عن آخر

المجموع		لكفاءة العاملين		لعدم وجود مركز قريب		لوجود التخصص المراد		تفضيل المبحوث مركز عن
								مركز آخر
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	توفر الخدمات خلال 24 ساعة
8.5%	11	12.5%	3	10%	4	6.2%	4	نعم
91.5%	118	87.5%	21	90%	36	93.8%	61	لا
100%	129	100%	24	100%	40	100%	65	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.59$		درجة الحرية = 2				$\chi^2 = 1.066$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

16- العلاقة بين إعجاب المبحوث بالمركز وتفضيله للمركز الصحي عن المراكز الأخرى :-
بالاطلاع على الجدول (27.5) نجد أن أعلى نسبة عند الذين لم يعجبهم شيء ولا يوجد مركز قريب منهم بنسبة 62.5%، وبعدهم يأتي المعجبون بلطف الأطباء وكفاءة العاملين بنسبة 45.8%، ومن ثم المعجبون بلطف الأطباء ولا يوجد مركز قريب منهم حيث بلغت نسبتهم 35.4%، وبعد ذلك يأتي من لا يعجبهم شيء من كفاءة العاملين بنسبة 33.3%، وقد سجلت نسبة

26.2% من المعجبين بتوفر المتخصصين ووجودهم، وتليهم نسبة الذين لم يعجبهم شي بالرغم من وجود التخصص المراد بنسبة 21.5%، ومن ثم تأتي نسبة الذين لا توجد مراكز قريبة منهم ومعجبون بتوفر المتخصصين بنسبة 10%، ويليهما نسبة المعجبين بطول مدة الكشف وكفاءة العاملين حيث بلغت 8.3%، ونفس هذه النسبة سجلت عند المعجبين بتوفر المتخصصين وكفاءة العاملين، وبعدها تأتي نسبة المعجبين بدقة المواعيد ووجود التخصص المراد بنسبة 7.7%، ومن ثم نسبة 7.5% عند المعجبين بطول مدة الكشف ولا يوجد مركز قريب منهم. أما نسبة 5% سجلت لدى المعجبين بدقة المواعيد ولا يوجد مركز صحي قريب منهم، وسجلت النسبة الأخيرة عند المترددين المعجبين بدقة المواعيد وكفاءة العاملين بالمركز، ويستنتج من ذلك أن هناك علاقة قوية بين الشيء الذي أعجب المبحوث وتفضيله لمركز عن مركز آخر حيث ثبت باستخدام اختبار الاستقلالية (مربع كاي) أن مستوى الدلالة بلغ $p < 0.004$ ، وهذا يعني أن إعجاب المبحوث له تأثير على تفضيل مركز صحي عن آخر .

جدول (27.5) العلاقة بين إعجاب المبحوث بالمركز وتفضيله للمركز الصحي عن المراكز الأخرى

المجموع		لكفاءة العاملين		لعدم وجود مركز قريب		لوجود التخصص المراد		ما أعجب المبحوث في المركز
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	تفضيل المبحوث مركز عن الأخر
8.5%	11	8.3%	2	7.5%	3	9.2%	6	طول مدة الكشف
31%	40	45.8%	11	15%	6	35.4%	23	لطف الأطباء
6.2%	8	4.2%	1	5%	2	7.7%	5	دقة المواعيد
17.8	23	8.3%	2	10%	4	26.2%	17	توفير المتخصصين
36.4%	47	33.3%	8	62.5%	25	21.5%	14	لا شيء مما سبق
100%	129	100%	24	100%	40	100%	65	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.004$		درجة الحرية = 8		$\chi^2 = 22.579$		

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

17- العلاقة بين كفاءة المركز الصحي وتفضيل المبحوث لمركز صحي عن آخر :-

من خلال الجدول (28.5) نجد أن أعلى نسبة سجلت عند المراكز المتوسطة للخدمات وليست قريبة من المبحوث بنسبة 80%، ومن ثم تليها المراكز الضعيفة للخدمات ووجود التخصص المراد للمبحوث بنسبة 63.1%، وتأتي بعدها نسبة الخدمات الضعيفة أيضا مع كفاءة العاملين عند المبحوث بنسبة 54.8%، ومنها إلى نسبة المراكز المتوسطة للخدمات وكفاءة العاملين للمبحوث حيث بلغت 45.8%، وسجلت أيضا نسبة 32.3% عند المراكز المتوسطة للخدمات مع وجود التخصص المراد للمبحوث. أما المراكز الجيدة للخدمات فقد سجلت نسبة 4.6% عند الباحثين عن التخصص المراد، و2.5% عند المبحوثين الذين لا يوجد لديهم مركز قريب، وبلغت الصفر عند المبحوثين المعجبين بكفاءة العاملين، وباستخدام (مربع كاي) تبين وجود علاقة قوية بين المتغيرين عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

جدول (28.5) العلاقة بين كفاءة المركز الصحي وتفضيل المبحوث مركز صحي عن آخر

المجموع		لكفاءة العاملين		لعدم وجود مركز قريب		لوجود التخصص المراد		تفضيل المبحوث مركز عن الآخر
								خدمات المركز الصحي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
3.1%	4	0.0%	0	2.5%	1	4.6%	3	جيدة
49.6%	64	45.8%	11	80%	32	32.3%	21	متوسطة
47.3%	61	54.2%	13	17.5%	7	63.1%	41	ضعيفة
100%	129	100%	24	100%	40	100%	65	المجموع
		القيمة الاحتمالية = $p < 0.001$		درجة الحرية = 4		$\chi^2 = 23.882$		

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

18- العلاقة بين أسباب تدني الرعاية الصحية والمشاكل التي تواجه المبحوث في المراكز:-
من خلال الجدول (29.5) يتضح أن أعلى نسبة عند المترددين على المراكز الذين ليس لهم مشاكل بالخدمات سجلت تحت مسمى كل الأسباب السابقة بنسبة 31.1%، وتليهم قلة الإنفاق بنسبة 26.7%، وانعدام التخطيط بنسبة 17.8%، وعدم توفر الأطباء بنسبة 13.3%، وأخيرا غياب الإدارة ذات الكفاءة بنسبة 11.1%. أما الذين يعانون من مشاكل المواصلات فقد بلغت أعلى نسبة لهم عند غياب الإدارة بنسبة 25.8%، بينما تعادلتا كل الأسباب السابقة، وعدم توفر الأطباء بنسبة 22.6% لكل منهما، وتليهم نسبة 19.4% لانعدام التخطيط، وأخيرا قلة الإنفاق ونسبتها 9.7%، ومن يعانون من ضياع الوقت أعلى نسبة لهم احتلها كل من الأسباب الثلاثة وهي غياب الإدارة، وعدم توفر الأطباء، وكل الأسباب والتي بلغت 22.7%، وتليهم نسبة انعدام التخطيط بنسبة 18.2%، وأخيرا سجلت آخر نسبة عند قلة الإنفاق ونسبتها 13.6%. أما بالنسبة للذين يعانون من عدم الاهتمام فقد سجلت أعلى نسبة لهم عند عدم توفر الأطباء لديهم والتي بلغت 54.6%، ويليهم نسبة 22.7% لدى من يعانون من كل الأسباب، وانعدام التخطيط بلغت نسبتهم 10.7%، وعدم توفر الأطباء بنسبة 6.7%، وأخيرا غياب الإدارة بنسبة 5.3%، هناك من المترددين من يعانون من كل المشاكل حيث بلغت اكبر نسبة لهم عند من يعانون بكل المشاكل السابقة بنسبة 68.1%، ويليهم من يعانون من عدم توفر الأطباء ونسبتهم 9.7%، وغياب الإدارة بنسبة 8.4%، وأخيرا تعادلت نسبة كل من انعدام التخطيط وقلة الإنفاق حيث بلغتنا 6.9% لكل منهما، ونستنتج من ذلك أن هناك علاقة قوية بين أسباب تدني الرعاية الصحية والمشاكل التي تواجه المبحوث في المركز حيث ثبت باستخدام اختبار الاستقلالية (مربع كاي) أن مستوى الدلالة بلغ $p < 0.001$ ، وهذا يعني أن إعجاب المبحوث له تأثير على تفضيل مركز صحي عن آخر .

جدول (29.5) العلاقة بين أسباب تدني الرعاية الصحية والمشاكل التي تواجه المبحوث في المراكز

المجموع		كل ما سبق		عدم الاهتمام		ضياع الوقت		المواصلات		لا توجد مشاكل		المشاكل
												أسباب
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%12.7	31	%6.9	5	%10.7	8	%18.2	4	%19.4	6	%17.8	8	انعدام التخطيط
%11.4	28	%8.4	6	%5.3	4	%22.7	5	%25.8	8	%11.1	5	غياب الإدارة
%26.9	66	%9.7	7	%54.6	41	%22.7	5	%22.6	7	%13.3	6	عدم توفر الأطباء
%11.4	28	%6.9	5	%6.7	5	%13.6	3	%9.7	3	%26.7	12	قلة الإنفاق
%37.6	92	%68.1	49	%22.7	17	%22.7	5	%22.6	7	%31.1	14	كل ما سبق
%100	245	%100	72	%100	75	%100	22	%100	31	%100	45	المجموع
$\chi^2 = 86.523$ درجة الحرية = 16 القيمة الاحتمالية = $p < 0.001$												

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

19- العلاقة بين نوع المرض والمركز الذي يعالج فيه المبحوث :-

من خلال الجدول (30.5) نجد أن أعلى نسبة للمصابين بمرض ضغط الدم يترددون على العيادات الخاصة بنسبة 26%، والمراكز العامة بنسبة 20.7%، والمصابون بأمراض التهاب المسالك يترددون على العيادات الخاصة بنسبة 20.8%، والمراكز العامة بنسبة 15.7%، وعن المصابين بالبرد والحرارة فقد بلغت نسبتهم 17.7% من المترددين على العيادات الخاصة، و16.5% من المترددين على المراكز العامة. أما بالنسبة للمصابين بالأمراض الباطنية فقد بلغت نسبة المترددين على العيادات الخاصة 18.9%، والمترددون على المراكز العامة فنسبتهم 18.2%، وبخصوص المصابين بأمراض الأذن والأنف والحنجرة فقد بلغت نسبة المترددين على العيادات الخاصة 10.4% وهم أقل نسبة من المترددين على المراكز العامة حيث بلغت 13.2%، وكذلك بالنسبة لأمراض الأسنان فقد ارتفعت نسبة المترددين على المراكز العامة بنسبة 15.7%، منها على المترددين بالنسبة للعيادات الخاصة، وتطبيق مقياس (مربع كاي) ثبت انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوع المرض، والمركز الذي يعالج فيه ، عند مستوى دلالة $p=0.31$ ، أي ليس هناك تأثير لنوع المرض على المترددين سواء كان بالعيادات الخاصة أو المراكز العامة.

جدول (30.5) العلاقة بين نوع المرض والمركز الذي يعالج فيه المبحوث

المجموع		مركز عام		عيادة خاصة		المركز الصحي
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	نوع المرض
23%	50	20.7%	25	26%	25	الضغط
18%	39	15.7%	20	20.8%	19	التهاب المسالك
17.1%	37	16.5%	20	17.7%	17	البرد والحرارة
18.4%	40	18.2%	22	18.9%	18	باطنه
12%	26	13.2%	16	10.4%	10	أذن أنف وحنجرة
11.5%	15	15.7%	19	6.2%	6	الأسنان
100%	217	100%	121	100%	96	المجموع
$p = 0.31$		القيمة الاحتمالية =		درجة الحرية = 5		$\chi^2 = 6.013$

المصدر :- بيانات الدراسة الميدانية 2016م

جدول (31.5) النتائج المعنوية وغير المعنوية حسب اختيار مربع كاي لمجموعة من المتغيرات

ت	المتغيرات	درجات الحرية	قيم مربع كاي (x)	مستوى الدلالة المحسوبة
1	العلاقة بين النوع والعمر .	4	34.097	0.001
2	العلاقة بين النوع والمستوى التعليمي .	3	8.704	0.001
3	العلاقة بين العمر ونوع المرض .	20	45.991	0.001
4	العلاقة بين المشاكل التي تواجه المبحوث وتقييمه لمستوي الخدمات .	8	76.150	0.001
5	العلاقة بين مستوى تعليم المبحوث والحالة الاجتماعية له .	15	99.857	0.001
6	العلاقة بين كفاءة المركز الصحي وتفضيل المبحوث لمركز صحي عن آخر .	4	23.882	0.001
7	العلاقة بين أسباب تدني الرعاية الصحية والمشاكل التي تواجه المبحوث في المراكز .	16	86.523	0.001
8	العلاقة بين مدى إعجاب المبحوث بالمركز وتفضيله للمركز الصحي عن المركز الآخر .	8	22.579	0.004
9	العلاقة بين المستوى التعليمي لرب الأسرة ونوع المرض .	20	35.270	0.02
10	العلاقة بين نوع المرض والدخل الشهري .	10	21.457	0.02
11	العلاقة بين النوع والحالة الاجتماعية .	3	8.704	0.03
12	العلاقة بين نوع المبحوث ونوع المرض .	5	11.681	0.05
13	العلاقة بين المستوى التعليمي ونوع المرض .	25	31.080	0.20
14	العلاقة بين الحالة الاجتماعية ونوع المرض .	15	19.269	0.20
15	العلاقة بين تصنيف الخدمات الصحية بالمراكز الصحية وتوفر الأدوية بالصيدلية التابعة لها .	2	2.218	0.25
16	العلاقة بين النوع وسبب قدوم المبحوث للمركز الصحي .	3	3.595	0.31
17	العلاقة بين نوع المرض والمركز الذي يعالج فيه المبحوث .	5	6.013	0.31
18	العلاقة بين تصنيف الخدمات بالمراكز وشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة .	2	2.220	0.33
19	العلاقة بين نوع المرض للمبحوث وسبب تفضيله لهذا المركز الصحي عن غيره من المراكز .	10	9.009	0.53
20	العلاقة بين توفر الخدمات بالمراكز الصحية خلال 24 ساعة ومدى تفضيل المبحوث مركز صحي عن مركز آخر .	2	1.066	0.59
21	العلاقة بين النوع والمستوى التعليمي لرب الأسرة .	4	1.289	0.86

المصدر: - بيانات الدراسة الميدانية 2016م

يلاحظ من الجدول (31.5) أن هناك متغيرات ذات علاقة قوية بينهما والتي تبدأ عند مستوى دلالة (0.001) حتى تصل إلى مستوى دلالة (0.05) . أما المتغيرات التي ليس لها علاقة فهي تبدأ عند مستوى دلالة (0.20) وتنتهي عند مستوى دلالة (0.86) .

النتائج :-

من خلال دراسة وتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من مصادر مختلفة، والتي نسعى من خلالها إلى الإجابة على التساؤلات المطروحة، وذلك لتحديد مستوى التباين المكاني للمراكز الصحية الأساسية في منطقة زليتن، فقد توصلتُ إلى مجموعة من النتائج تمثلت في الآتي:

1. إن التوزيع المكاني للمراكز الصحية الأساسية في منطقة الدراسة لا ينسجم مع التوزيع السكاني الذي يتمثل في محلات المنطقة، حيث تبين من خلال بيانات الدراسة أن 40% من محلات منطقة الدراسة لا تتوفر بها مراكز صحية أساسية والتي تستحوذ على نحو 32.5% من جملة سكان المنطقة. أما باقي المحلات فيتوفر بها مركز واحد لكل محلة يقوم بخدمة سكانها، إلا إن هناك محلتان اثنتان بهما مركزان صحيان لكل منهما، وقد تبين من خلال تحليل البيانات أن نسبة 57% من المراكز الصحية تقع بعيدة على محلات سكن السكان، في حين المراكز الصحية القريبة بلغت نسبتها 43%، وهذا ما يؤكد أن هناك تفاوت في توزيع المراكز الصحية بالمنطقة بالرغم من أن عددها يتماشى مع عدد سكان منطقة زليتن خلال 2006م، 14 مركز صحي/194,842 نسمة ، وهذه النتيجة تتفق مع إجابة التساؤل الأول لتساؤلات الدراسة .

2. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك تباين في توزيع الأطباء وذوي المهن الطبية على المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة، حيث نجد أن هناك من المراكز ما تحتوي على 33 طبيباً و 25 ممرضاً مثل المركز الصحي القصبة، بينما في نفس الوقت هناك من المراكز ما تحتوي على طبيبين، و 9 ممرضين مثل المركز الصحي القزاحية، من ذلك نجد أن هناك فارق كبير في توزيع الأطباء وذوي المهن الطبية على المراكز الصحية بمنطقة زليتن وهذه الإجابة تتفق أيضاً مع ما هو مطروح في التساؤل الثاني من تساؤلات الدراسة .

3. بالرغم من أن عدد المراكز الصحية الأساسية بالمنطقة يعتبر ملائماً لعدد سكانها بغض النظر على توزيعها، إلا إن هناك نقص كبير في بعض الإمكانيات والأدوات الطبية داخلها مثل أجهزة الكشف، وأجهزة التصوير بالأشعة، وأجهزة التحاليل وغيرها، مما اثر ذلك على تدني مستوى الخدمات الصحية بها وعدم كفايتها وكفاءتها، هذا ما أدى إلى عجزها في تأدية دورها بالشكل المطلوب وهذه الإجابة قطعاً تتفق مع التساؤل الثالث من أسئلة الدراسة.

4. أثبتت نتائج الدراسة أيضاً أن هناك تدني في مستوى الخدمات الصحية في المنطقة وذلك من خلال مقارنتها بالمعايير المعتمدة بالدولة، وهذا ما جعل نسبة كبيرة من السكان يبحثون عن العلاج الأفضل خارج المنطقة حيث بلغت نسبتهم 80% من جملة سكان المنطقة و20% يترددون داخل المدينة. وبصفة عامة يمكن القول أن 83% من سكان المنطقة يبحثون عن العلاج الأفضل خارج الدولة، و17% منهم يترددون داخلها، وهذا ما يؤكد تدني مستوى الخدمات الصحية داخل المراكز الصحية بالمنطقة وهذه الإجابة تتسجم مع إجابة التساؤل الرابع من أسئلة الدراسة.

5. من خلال بيانات الدراسة تم إجراء بعض التوقعات المستقبلية لسكان منطقة زليتن، حيث سيبلغ عدد السكان خلال 2030م حوالي 320,938 نسمة حسب نتائج الإسقاطات السكانية، مما يجعل المنطقة تحتاج إلى خدمات أفضل وأوفر، فقد تحتاج حينها إلى حوالي 21 مركزاً صحياً أساسياً، و401 طبيبياً، و1542 ممرضاً، موزعين على هذه المراكز، بالإضافة إلى ذلك الفنيين وذوي المهن الفنية الصحية . وبناء على نتائج عينة الدراسة فقد توقع أكثر من 63% من سكان منطقة زليتن بعدم التفاؤل حيث ذكروا بأن الوضع الصحي في المستقبل القريب لن يكون مباشراً بخير، بينما نسبة 7.7% من السكان يتوقعون أن مستقبل الخدمات سوف يصبح أكثر

تطورا، في حين أن نسبة 28.6% امتنعوا عن الإجابة على هذا السؤال ، وهذا ما يتوافق مع إجابة التساؤل الخامس من أسئلة الدراسة.

6. أظهرت بيانات الدراسة أيضا بعض العلاقات والعوامل المؤثرة على التردد على المراكز الصحية الأساسية والانتفاع بخدماتها وهي كالآتي :

أولاً : المتغيرات التي لها علاقة ببعضها البعض :-

- هناك علاقة قوية بين متغيري النوع، والعمر حيث ثبت ذلك باستخدام اختبار، مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

- هناك علاقة بين متغيري النوع، والحالة الاجتماعية، وهذا ما تبين من خلال اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.03$.

- من خلال بيانات الدراسة اتضح أن هناك علاقة قوية بين متغيري النوع، والمستوى التعليمي للمبحوث، هذا ما أكدته استخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

- بينت الدراسة أن هناك علاقة بين نوع المبحوث، ونوع المرض، من خلال استخدام اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.04$.

- بينت الدراسة أيضا أن هناك علاقة قوية بين العمر، ونوع المرض، حيث ثبت ذلك باستخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

- توجد هناك علاقة بين نوع المرض، والدخل الشهري للمبحوث، حيث اتضح ذلك باستخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.02$.

- اتضح من خلال بيانات الدراسة أن هناك علاقة قوية بين المشاكل التي تواجه المبحوث، وتقييمه لمستوى الخدمات بالمراكز الصحية الأساسية بالمنطقة، وهذا ما أثبتته استخدام مربع

كاي عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

- أوضحت بيانات الدراسة أيضاً أن هناك علاقة بين مدى إعجاب المبحوث بالمركز، وتفضيله للمركز الصحي عن المركز الصحي الآخر، وهذا ما أكده استخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.004$.

- هناك علاقة قوية بين أسباب تدني الرعاية الصحية، والمشاكل التي تواجه المبحوث في المراكز الصحية الأساسية، وذلك باستخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

- هناك علاقة قوية بين كفاءة المركز الصحي وتفضيل المبحوث لمركز صحي عن آخر عند مستوى دلالة $p < 0.001$.

ثانياً : المتغيرات التي ليست لها علاقة إحصائية :-

- أظهرت الدراسة انه ليس هناك علاقة بين النوع، والمستوى التعليمي لرب الأسرة، وهذا ما أثبتته اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p = 0.86$.

- عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين النوع، وسبب قدوم المبحوث للمركز الصحي، وقد تبين ذلك عند استخدام مربع كاي بمستوى دلالة $p = 0.31$.

- عدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمبحوث، ونوع المرض، من خلال استخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p = 0.20$.

- أظهرت الدراسة انه ليست هناك علاقة بين نوع المرض للمبحوث، وسبب تفضيله لهذا المركز الصحي عن غيره من المراكز الأخرى، وهذا ما تبين من خلال استخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p = 0.53$.

- ليس هناك علاقة بين تصنيف الخدمات الصحية بالمراكز، وتوفر الأدوية الصيدلانية التابعة لها، حيث اثبت ذلك باستخدام مربع كاي عند مستوى دلالة $p = (0.25)$.

- عدم وجود علاقة بين تصنيف الخدمات بالمراكز، وشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة، باستخدام اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p=0.33$.
- عدم وجود علاقة أيضا بين توفر الخدمات بالمراكز الصحية خلال 24 ساعة، ومدى تفضيل المبحوث لمركز صحي عن مركز آخر، وذلك باستخدام اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p=0.59$.
- بينت الدراسة انه لا توجد علاقة بين نوع المرض، والمركز الذي يعالج فيه المبحوث وذلك ما ثبت باستخدام اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p=0.31$.
- ليس هناك علاقة بين الحالة الاجتماعية، ونوع المرض للمبحوث وذلك باستخدام اختبار مربع كاي عند مستوى دلالة $p=0.20$.

التوصيات :

1. لابد من وضع خطط تنموية لإعادة توزيع المراكز الصحية الأساسية بطريقة صحيحة وسليمة حتى يبتعد عن النمط العشوائي السائد في المنطقة .
2. محاولة خلق نوع من التوازن بين الخدمات الصحية بجميع عناصرها من مراكز صحية، وأطباء، وصيادلة، وهيئة التمريض، والفنيين، والإداريين، والحيز السكاني الذي تمثله محلات المنطقة، بحيث تتحقق العدالة في التوزيع وتصل هذه الخدمات إلى كل السكان بالمنطقة.
3. زيادة عدد القوة العاملة في قطاع الصحة، وذلك لتغطية العجز الذي تعاني منه المنطقة بصفة عامة ومحلاتها بصفة خاصة في هذه العناصر .
4. التقليل من فترة الانتظار، وتوفير الأدوية بالصيدليات التابعة للمراكز الصحية بحيث يستطيع جميع المواطنين الحصول عليها بصفة مجانية أو رمزية من قطاع الدولة .
5. تجهيز المراكز الصحية بكل محلات منطقة زليتن وخاصة النائية منها بالأجهزة والمعدات الطبية الحديثة .
6. الاهتمام برفع كفاءة العاملين في المؤسسات الصحية وذلك من خلال الندوات والدورات والبرامج التثقيفية .
7. إعطاء اهتمام أكبر لأماكن الانتظار الموجودة بالمراكز الصحية الأساسية من حيث النظافة والمقاعد وتوفر المزيد منها .
8. العمل على معاملة المرضى بالتساوي، وتقديم خدمات صحية متكافئة للجميع، والحد من تأثير الوساطة والمحسوبية والوضع الاجتماعي والمادي في اختلاف المعاملة .
9. مراعاة اختيار مواقع المراكز الصحية بحيث تتميز بالهدوء، وقلة الازدحام، وتوفير مواقف للسيارات منظمة، والبعد عن أماكن الضجيج وحركة مرور المركبات .

10. يجب أن يكون المسئول على المركز الصحي من ذوي الخبرة الطبية حتى يتسنى له التعامل مع مشاكل المترددين على المؤسسات الصحية الخدمية بفاعلية عالية .
11. عمل جولات تفقدية يقوم بها فريق طبي في كل المراكز الصحية بالمنطقة بشكل دوري .
12. ضرورة التقيد بنظام تسجيل الحالات المرضية بالمراكز الصحية بطريقة منظمة ومتطورة بحيث تمكن أي باحث من الاطلاع عليها بطريقة سريعة وواضحة .
13. على المخططين الأخذ في الاعتبار النمو المستقبلي للمنطقة، وذلك من خلال وضع الخطط والبرامج التي يستطيعون من خلالها تلبية ما تحتاجه المنطقة من خدمات والتي من بينها الخدمات الصحية الأساسية، ومعرفة الأماكن التي يجب أن تتوفر فيها هذه الخدمات من اجل خلق نوع من التوازن بينها وبين التجمعات السكانية داخل المنطقة .
14. ضرورة الالتزام بالكتيب الصحي للأسرة والذي من خلاله يمكن متابعة أحوال أفراد الأسرة صحياً عبر السنين .

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً : التقارير الرسمية :-

- التقرير الوطني للتنمية البشرية، ليبيا، 1999،
- إدارة الخدمات الصحية زليتن، مكتب الإحصاء والتوثيق، بيانات غير منشورة، 2016م.
- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط والبحث العلمي، خطة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، 1976 - 1980 م.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، 1981-1985م.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2005.
- الجماهيرية العربية الليبية الاشتراكية العظمى، اللجنة الشعبية العامة للصحة والبيئة، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة والبيئة، 2006م.
- الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية، اللجنة العامة للتخطيط، خطة التحول الاقتصادي والاجتماعي، الجزء(2)، 1981 - 1985م.
- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، الخطة الثالثة للتنمية الاجتماعية، 1973م.
- الجمهورية العربية الليبية، وزارة التخطيط، الخطة الثلاثية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، 1973 - 1975.
- الدولة الليبية (الجماهيرية الليبية - سابقاً)، الهيئة الوطنية للتوثيق والمعلومات، تقرير التنمية البشرية، طرابلس، 1999م.
- اللجنة الشعبية العامة للصحة ، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة ، 2004م.
- المخطط الشامل لمدينة زليتن 1988، التقرير النهائي شركة ماك مارشال، ماكميلان ولوكس المحددة، إيطاليا، طرابلس 1966 م.
- المخطط الشامل لمدينة زليتن 2000، التقرير النهائي شركة بول سيرفس البولندية، طرابلس، 1980 م.
- الهيئة العامة للمعلومات والتوثيق ، النتائج النهائية للتعداد العام للسكان ، لسنة 2006م.
- الهيئة الوطنية للمعلومات والتوثيق، تقرير التنمية البشرية، ليبيا، 1999م.
- بوليسيرفس، الأوضاع القائمة وتقييم إمكانيات التطور، إقليم مصراته الفرعي، بلدية مصراته، المخطط الشامل والمخطط العام، إقليم طرابلس المجلد 2 - تقرير رقم (6) 1980 م.

- ج. ع. ل. ش. أ، اللجنة الشعبية للتعليم، الأطلس التعليمي للمرحلة الأساسية.
- ج. ع. ل. أ. اللجنة الشعبية العامة لقطاع الصحة، الصحة بالجماهير للجماهير، الدار العربية للكتاب، 1976م.
- سجلات المراكز الصحية الأساسية بمنطقة زليتن، بيانات (غير منشورة) سنة (2016م).
- قرار اللجنة الشعبية العامة رقم 249 لسنة 1424 باعتماد الإستراتيجية الوطنية لتوفير الصحة للجميع وبالجميع ، مادة 6.
- قرار أمين اللجنة الشعبية العامة للصحة والضمان الاجتماعي ، رقم (48) لسنة 1426 بشأن تنظيم مزاولة الأنشطة الطبية بالنظام التشاركي مادة 7.
- قرار وزير الصحة رقم (83) ، لسنة 1972م بقواعد الترخيص للأطباء بعقود العمل الخاص وفتح العيادات ، الجريدة الرسمية ، العدد 43 ، المادة 58 (ليبيا : مطابع وزارت العدل)
- قرار وزير الصحة رقم 654 ، لسنة 1975م بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون الصحي، الجريدة الرسمية ، عدد خاص ، المادة 359 ، (ليبيا: مطابع وزارة العدل، 1976م).
- محطة الأرصاد الجوية، مصراتة، بيانات غير منشورة. 2009م.
- مركز المعلومات والتوثيق، التقرير الإحصائي لقطاع الصحة، 2006م.
- مركز المعلومات والتوثيق، المنجزات في مجال الصحة خلال أربعين عام 1969 - 2010م
- مصلحة الإحصاء والتعداد، نتائج التعداد السكاني للسنوات (1973-1984-1995-2006).
- منظمة الصحة العالمية واليونيسيف ، إعلان ألما- آتا ، عاصمة كازاخستان آنذاك ، صدر المؤتمر الدولي عن " الرعاية الصحية الأولية " ، في سبتمبر 1978 م .
- منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرف المتوسط، الورقة التقنية : الرعاية الصحية الأولية : 25 عام بعد ألما- آتا، الدورة الخمسون 2003 م.
- وزارة الصحة ، إدارة الخدمات الصحية زليتن ، مكتب الإحصاء والتوثيق ، بيانات غير منشورة، 2016م.
- مكتب الإحصاء والتوثيق، مستشفى ادواو القروي بيانات غير منشورة، سنة 2015م.
- مكتب الإحصاء والتوثيق، مستشفى زليتن التعليمي، بيانات غير منشورة، سنة 2015م
- مكتب التخطيط العمراني زليتن عام 2006م.
- مكتب السجل المدني زليتن حتى نهاية 2007، وبيانات مكتب التخطيط العمراني، زليتن، بيانات غير منشورة.
- مصلحة الإحصاء والتعداد، النتائج النهائية، تعداد السكان العام 1995م، منطقة مصراتة، جدول رقم (52- 3- 4).
- مصلحة الإحصاء والتعداد، النتائج النهائية عام 1995م منطقة مصراتة.

- وزارة الصحة زليتن، مكتب الإحصاء والتوثيق، بيانات غير منشورة، لسنة 2015م

ثانيا : الدوريات :-

- إبراهيم ، معصومة احمد، سلطان ، غانم (الرضا عن الخدمات الصحية بدولة الكويت لدى كل من الجمهور المستفيد والأطباء) المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، العدد السابع والستون ، 1999 م ، ص 114_175 .
- أبو حمراء ، سناء صالح ، الزيد ، بدر محمد (رضا المراجعين عن مستوى الخدمة في مراكز الرعاية الصحية الأولية بدولة الكويت دراسة ميدانية) مجلة الخليج والجزيرة العربية ، العدد 95، السنة الرابعة 1999 م، ص ص 15_85.
- الغامدي ، عبدالعزيز، الجغرافيا الصحية كنموذج للجغرافية التطبيقية ، مجلة كلية الآداب ، جامعة الملك سعود ، الرياض ، 1983م ، ص ص 9_20.
- شرف ، عبد العزيز طريح ، مشكلة الأمطار في ليبيا ، مجلة كلية الآداب والتربية ، جامعة الدول العربية ، القاهرة ، العدد 39 ، 1998م ، ص ص 303_325.
- طعماس، يوسف يحيى ، التوزيع المكاني للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية ، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية ، العدد 447 ، السنة الثانية عشر، الكويت ، 1986، ص ص 94_109.
- عبد الهادي ، عبد السلام حسن ، تقويم الخدمات الصحية ، إطار نظري ، مجلة دراسات سكانية ، السنة العاشرة ، العدد 65 ، القاهرة ، 1983م ، ص ص 1_22 .

ثالثا : الكتب :-

- أبو العينين ، حسين أحمد ، أصول الجغرافية المناخية ، ط3 ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 1985م .
- أبو راضي ، فتحي عبد العزيز، مقدمة الأساليب الكمية في الجغرافيا ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 1997 .
- أبو عيانة ، فتحي محمد ، جغرافية السكان ، ط3 ، دار النهضة العربية ، بيروت، 1986م.
- _____ ، مدينة الإسكندرية: دراسة ديموغرافية منهجية ، مؤسسة الثقافة الجامعية ، الإسكندرية ، 1980م.
- _____ ، جغرافية السكان ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1989م.

- إسماعيل ، أحمد علي ، أسس السكان وتطبيقاته الجغرافية ، ط 1 ، دار الثقافة والنشر والتوزيع، القاهرة ، 1976م.
- _____ ، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية ، ط7، دار الثقافة القاهرة ، 1989م.
- _____ ، دراسات في جغرافية المدن ، الطبعة ط4 ، دار الثقافة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، 1988 م .
- ألحاجي ، سالم علي ، ليبيا الجديدة ، مجمع الفاتح للجامعات ، ط2 ، 1970م.
- السبعواوي ، محمد نور الدين ، الجغرافية الطبية: مناهج البحث وأساليب التطبيق ، المنيا، ط1 ، 1997م.
- السعدي ، عباس فاضل ، دراسات في جغرافية السكان ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، 1980م.
- الشركسي ، ونيس ، أبحاث في جغرافية مصراتة ، ط1 ، أوبا للكتاب ، جامعة 7 أكتوبر، مصراتة ، 2006 م .
- الصالح ، ناصر عبد الله ، محمد محمود السرياني ، الجغرافية الكمية والإحصائية "أسس وتطبيقات" ، كلية التربية ، جامعة الملك عبد العزيز بمكة المكرمة ، 1979 م .
- العبيدي ، سالم فرج ، التوزيع الجغرافي لخدمات العيادات المجمع في مدينة بنغازي وأفاقها المستقبلية ، دراسة تطبيقية في الجغرافية الطبية ، في كتاب دراسات تطبيقية في جغرافيا ليبيا البشرية ، عوض يوسف الحداد ، سالم فرج العبيدي ، بنغازي ، منشورات جامعة قاريونس ، ط1 ، 2002 م .
- _____ ، محددات الانتفاع بالخدمات الصحية عيادة العقورية الخارجية : دراسة في جغرافية الخدمات الطبية ، في كتاب دراسات تطبيقية في جغرافية ليبيا البشرية ، تأليف عوض يوسف الحداد ، سالم فرج العبيدي ، بنغازي ، منشورات جامعة قاريونس ، ط1 ، 2002م .
- العيسوي ، فايز محمد ، أسس جغرافية السكان ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية ، 2001م.
- الكيخيا ، منصور محمد ، جغرافية السكان أسسها ووسائلها ، بنغازي ، منشورات جامعة قاريونس ، 2003م.
- _____ ، "السكان" الجماهيرية : دراسة في الجغرافيا ، تحرير الهادي مصطفى بولقمة وسعد خليل القريري ، ط1 ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، سرت ، 1995 م .
- المظفر، محسن عبد الصاحب ، التحليل المكاني لأمراض متوطنة في العراق: دراسة في الأسس الجغرافية للتخطيط الصحي ، مطبعة الإرشاد بغداد ، الطبعة الأولى ، 1979 م .

- _____ ، " التحليل المكاني لتوزيع الخدمات الصحية في مدينة بغداد " في كتاب الجغرافية الطبية محتوى ومنهج وتحليلات مكانية ، دار الشموع الثقافية للطباعة والنشر والتوزيع ، الزاوية ، 2002 م.
- المهدي ، محمد المبروك ، جغرافية ليبيا البشرية ، ط3 ، بنغازي - ليبيا ، منشورات جامعة قاريونس ، 1998م.
- أمقيلي ، أحمد عياد ، "المناخ" الجماهيرية : دراسة في الجغرافيا ، تحرير الهادي مصطفى أبو لقمة ، سعد خليل القزيري ، ط1 ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، سرت ، 1995م.
- بن عامر ، رؤوف محمد ، تطور الوضع الصحي في ليبيا ، دار الكتب الوطنية ، بنغازي ، 1998م.
- بو مدينة ، حسين مسعود ، المواني الليبية ، دراسة في الجغرافية الاقتصادية ، ط1 ، منشورات الشركة الاشتراكية للمواني ، مصراتة ، 2000م.
- سهاونة ، فوزي ، مبادئ الديموغرافيا ، الطبعة الثالثة ، المطبعة الأردنية ، عمان ، 1983م.
- شرف ، عبد العزيز طريح ، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافية الطبية ، بدون طبعة ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، 1995م.
- _____ ، جغرافية ليبيا ، ط3 ، الإسكندرية ، مصر: مركز الإسكندرية للكتاب ، 1996م.
- عطوة ، عبد الله ، جغرافية المدن ، دار النهضة العربية ، بيروت ، 2003 م .
- غلاب ، محمد السيد ، محمد صبحي عبد الحكيم ، السكان ديموغرافيا وجغرافيا ، ط3 ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، 1967م.
- قنوص ، صبحي وآخرون ، ليبيا الثورة في ثلاثين عاماً ، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية ، ط2 ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، 1969 - م1999 .
- _____ ، التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية ، ليبيا الثورة 30 عاماً ، ط1 ، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان ، 1999م.
- كانتر ، هلموت ، ليبيا دراسة في الجغرافية الطبية (ترجمة) : عبد القادر مصطفى المحيشي . ط 1 ، مطبعة مركز جهاد الليبيين للدراسات التاريخية عام 2002 م.

رابعاً الرسائل العلمية :-

- البرطاع ، مفتاح محمد ، منطقة زليتن دراسة في جغرافية السكان ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، قسم الجغرافيا كلية الآداب والعلوم زليتن ، جامعة المرقب ، 2001م.
- البرعصي ، أسامة خير الله ، التباين المكاني للخدمات الصحية والتعليمية في مدينة المرج الجديدة ، دراسة في جغرافية الخدمات ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2004م .
- البرعصي ، فايز آدم محمد ، التباين المكاني للخدمات الصحية في مدينة طبرق ، دراسة في جغرافية الخدمات رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2008م .
- التير ، علي محمد إبراهيم ، التعليم والصحة في منطقة زليتن ، دراسة في جغرافية الخدمات رسالة دكتوراه (غير منشورة) جامعة الدول العربية للتربية والعلوم والثقافة ، معهد البحوث والدراسات العربية قسم البحوث والدراسات الجغرافية ، 2008م .
- الحاسي ، كريمة محمد عطية ، التخطيط الصحي وأثره علي تحسين الأداء الكلي للمرافق العامة بشحات وضواحيها ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2008م .
- الحشاني ، عبد السلام محمد ، التصحر والتدعيم والرجوعية في المنطقة الساحلية مصراتة الخمس ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب بزليتن ، ليبيا ، جامعة ناصر ، 2000م.
- الجبو ، سالمة عامر بوعجيلة ، التحليل الجغرافي لواقع الخدمات في شعبية النقاط الخمس ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة السابع من ابريل ، الزاوية ، 2009م .
- الدادة ، أوخن عمر ، الوحدات الصحية في منطقة أوباري ومدى كفايتها وكفاءتها لمتطلبات سكان وادي الحياة دراسة في الجغرافية الطبية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2004م .
- الرقيبي ، محمد ، الإقليم الوظيفي لمدينة الزاوية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة السابع من ابريل ، الزاوية ، 2002م .
- السبعواوي ، محمد نور الدين ، المشكلات الصحية لسكان محا فظة المنيا ، دراسة في الجغرافية الطبية ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة المنيا ، 1993م.

- الشركسي ، ونيس عبد القادر، التعليم والصحة في بلدية مصراته ، دراسة في جغرافية الخدمات ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافية ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، 2000 م.
- العجيلي ، محمد صالح ربيع ، الخدمات الصحية في مدينة بغداد ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة بغداد ، 1989م.
- الغافود ، عبدالرحمن عيسى ، أثر المناخ والسطح على النبات الطبيعي بمنطقة زليتن ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجرافيا ، كلية الآداب ، جامعة طرابلس ، 2013م ،
- الفيتوري ، سالمة فرج عاشور ، دور مدينة زليتن في إقليمها : دراسة في تحديد الإقليم الوظيفي للمدينة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2010م.
- الكواري ، نورا يوسف مبارك ، مدينة الدوحة ، دراسة في جغرافية المدن، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، 1994 م .
- إمحمد ، عمار سلامة ، الوظيفة الصحية لمدينة يفرن ، دراسة في جغرافية المدن ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة السابع من ابريل ، الزاوية ، 2004م.
- بالحاج ، سهام مفتاح ، التوزيع الجغرافي للخدمات الطبية بمدينة طرابلس المركز، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، الأكاديمية الليبية ، طرابلس ، 2013م.
- بلال ، فتحي عبد الحميد ، مستشفيات القاهرة دراسة في جغرافية الخدمات ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ، مصر ، 1989م.
- بن عمور ، خالد محمد ، جغرافية الخدمات في إقليم بنغازي ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، معهد البحوث والدراسات العربية ، القاهرة ، 2006م.
- خلاف ، ميرفت أحمد ، قراءة تحليلية لخريطة الخدمات في محافظة الشرقية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ، 1990م.
- سيد ، عفاف سيد محمد ، الجغرافيا الطبية لمحافظة القليوبية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب، جامعة القاهرة ، 1995م.
- صبره ، رنا أمين محمد ، الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس ، دراسة في الجغرافية الطبية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الدراسات العليا ، جامعة النجاح ، 2003م.

- صبره ، يعقوب عبد الكريم عبد الحميد ، التباين المكاني للخدمات الصحية في شعبية درنة ، دراسة في جغرافية الخدمات ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2008 م.
- عبد الهادي ، عبد المنعم علي ، جغرافية الخدمات الصحية والتعليمية في محافظة الجيزة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، 1996م.
- عبده ، أشرف علي ، ضاحية المعادي دراسة في جغرافية العمران ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، 1994م.
- عقيل ، سمية علي البشير، التوزيع المكاني للخدمات الصحية بمنطقة ترهونة رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافية ، كلية الآداب والعلوم ترهونة ، جامعة المرقب ، 2008 م.
- عمران ، ابتسام عامر الفيتوري ، الوظيفة الصحية لمدينة صبراتة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة السابع من ابريل ، الزاوية ، 2006 م.
- عون ، معتوق علي ، ظواهر التنوع والتركز الزراعي في المنطقة الساحلية لمصدراته - الخمس} رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب والعلوم زلتين ، جامعه ناصر الأممية ، 2000 م.
- لنقي ، هالة عوض ، التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية الأولية بمدينة بنغازي ، وآفاقها المستقبلية رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة قاريونس ، بنغازي ، 2005 م.
- محمد ، أنور مرسل خميس ، التوزيع المكاني لمنشآت الخدمات الطبية العامة بمدينة طبرق ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، الأكاديمية الليبية ، طرابلس ، 2011م.
- محمد ، غادة عبد الوهاب الطاهر ، الوظيفة الصحية لمدينة صرمان ، دراسة في جغرافية المدن ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة السابع من ابريل ، الزاوية ، 2005 م.
- محمد ، ماجدة إبراهيم عامر، التركيب الاقتصادي للسكان في ليبيا "دراسة في جغرافية السكان"، رسالة دكتوراه (غير منشورة) مقدمة إلى قسم الجغرافيا ، البحوث والدراسات الأفريقية، جامعة القاهرة . 1994م.
- مصطفى ، كريمة ، الوظيفة الصحية لمدينة الزاوية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) قسم الجغرافيا ، كلية الآداب ، جامعة السابع من إبريل ، الزاوية ، 2002 م.

خامسا المراجع الأجنبية :-

- Clarke J. Population Geography، Pregamon Press, London, 1969.
- Pinsh. S Cities and Services. The Geography of Collective Consumption London , 1985
- Kregcie and Morgan. D. Determining size for research activities Educational and Psychological Measurement, vol.(30), 1970.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1)
استمارة الاستبيان

قسم الجغرافيا



جامعة بنغازي

كلية الآداب

استمارة الاستبيان

أخي المواطن أختي المواطنة /

تحية طيبة وبعد ،،،

هذه أسئلة عبارة عن استمارة (استبيان) معدة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العالية الماجستير في الجغرافيا.

تحت عنوان:

المراكز الصحية الأساسية في منطقة زيتن

" دراسة في جغرافية الخدمات "

نرجو التعاون معنا بالإجابة على أسئلة الاستبيان إجابة واضحة وصريحة،
ونؤكد لك بأن المعلومات التي ستدلي بها مخصصة لأغراض البحث العملي.

شاكرين حسن تعاونكم

الباحث

فتحي عطية امنيدر

أولا : البيانات الشخصية

1. العمر:
2. الجنس:
 ذكر أنثى
3. الجنسية:
 ليبي
 غير ليبي
4. الحالة الاجتماعية:
 متزوج
 أعزب
 أرمل
 مطلق
5. المستوى التعليمي:
 أمي
 أساسي
 ثانوي
 معاهد عليا
 جامعي فما فوق
6. اسم المركز الصحي الذي تعالج فيه
7. حجم الأسرة
8. الدخل الشهري للأسرة بالدينار الليبي
9. مستوى تعليم رب الأسرة.....

ثانيا : أسئلة الاستبيان

1. ما سبب قدومك لهذا المركز الصحي اليوم ؟:

- علاج
 مراجعة
 متابعة حالة
 تطعيم

2. إذا كان سبب قدومك العلاج فما هو نوع المرض؟

.....

3. هل المركز الصحي الذي تعالج فيه حاليا قريب منك أي داخل الحي ؟

- نعم لا

4. إذا كانت الإجابة (لا) لماذا فضلت هذا المركز على الأخرى القريبة من بيتك ؟

- لعدم وجود التخصص الذي تريده
 لعدم وجود مركز صحي قريب منك
 تفضل هذا المركز لكفاءة العاملين به

5. ما هي وسيلة النقل التي استخدمتها لوصولك لهذا المركز؟

- سيارة خاصة
 سيارة أجرة
 حافلة
 سير على الأقدام

6. هل ترددت طوال الفترة السابقة على المركز ؟

- إيدز
 درن
 التهاب كبد وبائي

7. إذا كانت الإجابة بـ لا اذكر اسم المركز الذي تعالج به سواء ؟

- عام
 خاص

8. كم تستغرق المسافة التي تقطعها في الذهاب والعودة من وإلى المركز الصحي تقريبا ؟

15 دقيقة فأقل

30 دقيقة

45 دقيقة فأكثر

9. كم يبعد أقرب مركز صحي من بيتك بالكلم تقريبا ؟

10. كيف تصنف الخدمات المقدمة في المركز فيما يتعلق بالعلاج ؟

مقنعة

مقنعة إلى حد ما

غير مقنعة

11. هل الأدوية متوفرة بالصيدلية التابعة للمركز ؟

نعم لا

12. في حالة الإجابة (لا) هل تشتريها من الصيدلية الخاصة ؟

نعم لا

13. إذا كانت الإجابة (نعم) هل سعرها ؟

معقول

غير معقول

لا اعرف

14. ما هي المشاكل الرئيسية التي تواجهك عند البحث عن رعاية صحية في المركز ؟

عامة لا توجد مشاكل

مشاكل المواصلات أو المسافة

الوقت الضائع في الانتظار

عدم الاهتمام بالمريض

كل المشاكل السابقة

15. هل يمكنك أن تخبرني لماذا يقوم الناس بزيارة أكثر من مركز صحي لنفس المرض ؟

للبحث عن علاج أفضل

للبحث عن علاج سريع

زيادة الاهتمام بالصحة

جميع الإجابات السابقة

في حالة الأمراض الصحية الخطرة وعدم توفر المتخصص

16. إذا طلب منك تقديم اقتراحات بخصوص تحسين الخدمات الصحية المقدمة في المركز المجاور

لك والذي بمنطقتك ماذا تقترح ؟

- زيادة عدد العاملين بما فيهم الأطباء
- استجلاب متخصصين
- تطوير نظام النقل والتحويل الطبي
- تطوير نظام تزويد الأدوية
- جميع الإجابات السابقة

17. ما مدى كفاءة المراكز الصحية بالمدينة ؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

18. ما هو وضع القطاع الصحي بالمدينة

- متدني
- غير متدني

19. إذا كان الوضع متدني فما هي أسباب هذا التدني ؟

- انعدام التخطيط الصحي
- غياب الإدارة الكفوءة
- عدم توفر الأطباء الأخصائيين
- قلة الإنفاق على القطاع الصحي
- كل الأسباب السابق ذكرها

20. هل تفضل العلاج لدى الطبيب ؟

- الوطني
- أم الطبيب الأجنبي

21. إذا كنت تفضل العلاج لدى الطبيب الأجنبي فلماذا ؟

.....
.....
.....

22. هل لديك ثقة في الطبيب الوطني ؟

- لا
- نعم

23. إذا كنت لا تثق به فلماذا ؟

- لأنه غير متخصص
 غير قادر على تشخيص المرض
 أسباب أخرى

24. ما مدى توفر الأجهزة والمعدات الطبية التي تحتاجها في إثناء الكشف في المركز الصحي الذي تتردد عليه ؟

- جيدة
 متوسطة
 سيئة
 غير متوفرة

25. إذا كانت غير متوفرة فما سبب ذلك هل هو ؟

- عدم كفاية الإنفاق عليها
 عدم الاهتمام بتوفيرها
 سبب آخر

26. وما مدى الاهتمام بصيانتها ؟

- هل يوجد اهتمام
 لا يوجد اهتمام

27. هل تتردد في أثناء العلاج على المراكز الصحية الموجودة في ؟

- داخل المدينة
 خارج المدينة

28. إذا كنت تتردد على المراكز الصحية التي تقع خارج المنطقة فلماذا؟

.....
.....

29. هل تفضل العلاج ؟

- داخل البلاد
 خارج البلاد

30. إذا كنت تفضل العلاج في الخارج فلماذا؟ اذكر السبب الرئيسي ؟

.....
.....

31. ما مدى توفر الأطباء الأخصائيين في المنطقة هل يتوفر بصورة ؟

- جيدة
 متوسطة
 سيئة

32. إذا كانوا يتوفرون بصورة سيئة فما سبب ذلك؟

.....
.....

33. كيف سيكون مستقبل القطاع الصحي بالمدينة في نظرك ؟

- أكثر تطوراً
 سيتدهور
 لا أعرف

34. حسب رأيك ما هو سبب النهوض بالقطاع الصحي في المدينة هل سيكون ؟

- بزيادة عدد الأطباء المتخصصين
 زيادة حصة القطاع من الإنفاق
 توفير أحدث الأجهزة والمعدات الطبية المساعدة على التشخيص
 توفير الأدوية بصورة مستمرة
 توفير رقابة مستمرة وفعالة للقطاع
 إنشاء إدارة تتمتع بكفاءة عالية
 توفير ما تقدم ذكر

35. كيف تقيم أماكن وقوف السيارات حول المركز؟

- ممتاز
 متوسط
 سيء
 لا يوجد موقف

36. كيف تقيم موقع هذا المركز؟

- سهل الوصول إليه
 صعب الوصول إليه
 متوسط الوصول إليه
 لا اعرف

37. كم دقيقة يجب الانتظار حتى يمكنك رؤية الطبيب ؟

.....

38. هل تعتقد أن فترة الانتظار لرؤية الطبيب معقولة في هذا المركز؟ 1

- نعم لا

39. هل تعتقد إن حجرة الانتظار كافية ؟

- نعم لا

40. ما هي المشكلة الأكثر خطورة في هذا المركز من بين المشاكل التالية؟

- الانتظار
 سوء المعاملة
 غياب الأطباء
 الازدحام
 نقص المتخصصين
 انعدام النظافة
 عدم وجود النظام وانتشار الوساطة
 جميع ما سبق ذكره

41. هل هذا المركز توجد به خدمات خلال 24 ساعة ؟

- نعم لا

42. ما هو الشيء الذي أعجبك أكثر من غيره فيما يتعلق بعلاجك لهذا المركز؟

- طول مدة الكشف
 لطف الأطباء
 دقة المواعيد
 توفير المتخصصين
 توفر الأجهزة الطبية الحديثة
 لا شيء ما سبق

43. الخدمات الطبية التي يقدمها المركز بالمنطقة ؟

كافية

غير كافية

كافية إلى حد ما

44. هل تضطر في بعض الأحيان إلى السفر خارج الدولة لتلقي العلاج ؟

نعم لا

45. هل تضطر أحيانا للذهاب إلى المستشفيات الخاصة لتلقي العلاج ؟

نعم لا

** إذا كانت الإجابة بـ (نعم) فما هي الأسباب ؟

لضعف الخدمات

لانعدام الخدمات

Abstract

The aim of this study is to shed light on the primary health care services in Zliten area in terms of their distribution and the extent of their services, including the health workforce.

The population of Zliten , the national standard for primary health care services, doctors, nursing staff, pharmacists and technicians were used as a measure of the adequacy and efficiency of health care services and health workforce in the area.

The statistical test (**Chi-square**) was used to measure some of the relevant relationships. The statistical analysis showed that the geographical distribution of health care services does not correspond to the numerical development of the population in the region. Some health care centers have a large number of doctors and nurses such as **Al-Kasbah**, while other health care centers lack such characteristics as the center of **Al-Khazahia**, and thus it turns out that the rate of doctors for every citizen is not consistent with the national standard. Also, the results of the field study showed that the area of Zliten is still suffering from the problem of lack of specialized manpower, shortage of medical equipment, as well as lack of medicines in the public pharmacies and health care centers.

It was also found from the results of the study that the most important reasons to go to health care centers away from the place of residence is to seek better treatment and the presence of doctors specialized in those centers. The main reasons for preference for treatment outside the city or the state in general is attributed to the weakness of health care services in the area.

The results of the field study clearly showed the low level of performance of doctors and nursing staff and the lack of communication services for the request of a doctor or treatment in the health care centers in the study area as is the case in developed countries. The results of the study predicted that the population will reach 320,938 by the year 2030. This is not in line with the distribution of primary health care services and their planning criteria, which made the study area in dire need for more widespread and equitable distribution of primary health care services.

In conclusion, the researcher recommended at the end of the study the need to create a balance between the health care services and the demographic space represented by the shops of the area, in addition to increasing the number of manpower in the health sector, and to draw attention to raising the efficiency of workers in this sector and the provision of medicines in public pharmacies so that all citizens can get them when they are needed.

Further, the future growth of the region and the consequent increase in the number of health care services should also be taken into account. What is more important is the need to adhere to the ownership of the family health booklet, through which the health of family members can be monitored throughout the year



The Basic Health Centers Zliten Area "A Study in the Geography of Services"

By :

Fathi Attieh Muneider

Supervisor :

Prof : Salem Faraj Al Obeidi

**This Thesis was submitted in Partial Fulfillment of
the Requirements for Master's Degree in Geography.**

Benghazi University

Faculty of Literature

May 2018